

# Nutrición de WIC/ Evaluación de Salud – Niño

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor complete las siguientes preguntas para ayudar al personal de WIC a comprender mejor las necesidades de su niño(a).**

1. ¿Cuál de los siguientes alimentos/bebidas usualmente come o bebe su niño(a)?

<p><b>Panes &amp; Granos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pan                      <input checked="" type="checkbox"/> Fideos                      <input type="checkbox"/> Arroz</p> <p><input type="checkbox"/> Panecillos                      <input type="checkbox"/> Pasta                      <input type="checkbox"/> Galletas</p> <p><input type="checkbox"/> Tortillas                      <input type="checkbox"/> Cereal</p> <p>Mi niño(a) también come: _____</p> <p><b>Carne &amp; Proteínas:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Carne de res                      <input type="checkbox"/> Carnes frías                      <input type="checkbox"/> Salchicha</p> <p><input type="checkbox"/> Pollo                      <input type="checkbox"/> Tofu                      <input type="checkbox"/> Crema de maní</p> <p><input type="checkbox"/> Pescado                      <input type="checkbox"/> Frijoles                      <input type="checkbox"/> Carne de cerdo</p> <p>Mi niño(a) también come: _____</p> <p><b>Otras Bebidas:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Refresco                      <input type="checkbox"/> Té dulce                      <input type="checkbox"/> Té sin azúcar</p> <p><input type="checkbox"/> Jugo                      <input type="checkbox"/> Kool-Aid                      <input type="checkbox"/> Bebida energética</p> <p>Mi niño(a) también bebe: _____</p>	<p><b>Verduras &amp; Frutas:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Brócoli                      <input type="checkbox"/> Papas                      <input type="checkbox"/> Plátanos</p> <p><input type="checkbox"/> Ejotes                      <input type="checkbox"/> Maíz / Chicharos                      <input type="checkbox"/> Naranjas</p> <p><input type="checkbox"/> Tomates                      <input type="checkbox"/> Manzanas                      <input type="checkbox"/> Bayas</p> <p>Mi niño(a) también come: _____</p> <p><b>Leche y Otros Productos Lácteos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leche materna                      <input type="checkbox"/> Leche sin lactosa                      <input type="checkbox"/> Queso</p> <p><input type="checkbox"/> Leche de vaca                      <input type="checkbox"/> Leche de soya                      <input type="checkbox"/> Yogurt</p> <p><input type="checkbox"/> Formula: _____</p> <p>Mi niño(a) también come &amp; bebe: _____</p> <p><b>Otras Comidas:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Donas                      <input type="checkbox"/> Mantequilla/margarina                      <input type="checkbox"/> Salsa</p> <p><input type="checkbox"/> Pastel                      <input type="checkbox"/> Papas Fritas                      <input type="checkbox"/> Galletas</p> <p>Mi niño(a) también come: _____</p>
---	---

2. ¿Come su niño(a) alguno de los siguientes?

- Carne, pescado, pollo, o huevo crudo o poco cocido
- Brotes crudos como alfalfa o brotes de soja
- Carnes frías, salchichas, carnes procesadas
- Quesos blandos como Brie, Feta, Queso Fresco
- Jugo o leche cruda o no pasteurizada
- Mi hijo(a) no come ninguno de estos alimentos

3. ¿Come su niño(a) alguno de los siguientes?

- Palomitas de maíz                       Dulces duros, redondos
- Uvas enteras                       Nueces o semillas
- Salchichas enteras                       Bombones (Malvaviscos)
- Crema de maní                       Mi hijo(a) no come estos

4. ¿Bebe su niño(a) agua?  Sí  No

¿El agua tiene fluoruro?  Sí  No  No sé

5. ¿Usa su niño(a) un biberón?  Sí  No

6. ¿Su niño(a) toma biberón en la cama por la noche o carga un biberón o vasito entrenador con él/ella durante el día?  Sí  No

7. ¿Su niño(a) visita a un dentista regularmente?

Sí  No

8. ¿Come o se le antojan a su niño(a) artículos no alimenticios como el barro, restos de pintura, tierra o hielo?  Sí  No

9. ¿Su hijo/a toma vitaminas o minerales diariamente?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿Las toma según las instrucciones?

Sí  No  No estoy seguro/a

¿Su hijo/a toma un suplemento con vitamina D?

Sí  No  No estoy seguro/a

¿Su hijo/a toma suplementos herbales o botánicos?

Sí  No

10. ¿Siente que tiene suficiente comida para alimentar a su familia?  Sí  No

11. ¿Ha ingresado su niño(a) al sistema de cuidado de crianza en los últimos 6 meses?  Sí  No

¿Ha cambiado su niño(a) de hogar de crianza en los últimos 6 meses?  Sí  No

12. ¿Su niño(a) visita a un médico para chequeos de rutina?  Sí  No

13. Enumere cualquier problema de salud que su niño(a) tenga:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. ¿Han sido diagnosticados estos problemas por el médico de su niño(a)?  Sí  No

15. Si pudiera desear un hábito saludable para su niño(a) en los próximos seis meses, ¿cuál sería?

\_\_\_\_\_

**Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.**

Below are suggested questions to facilitate WIC discussion.

- Tell me about your child's eating. (*Assess eating behaviors, self-feeding, uses a cup/weaned from bottle, planned meals/snacks and only water between*)
- What are your mealtimes like? (*Assess family meals, is mealtime enjoyable, environment at table [no TV/phones/tablets, comfortable/secure seating for child], developmentally appropriate foods*)
- What concerns do you have about your child's health? Activity level? Growth?
- How do you care for your child's teeth and gums?
- What has been helpful at this visit?

***Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.***