

# 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 provee igualdad de oportunidades para todos.**

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 provee igualdad de oportunidades para todos.**