

# 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)?

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

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.***

----- ESTE LADO ES PARA QUE EL PERSONAL DE WIC COMPLETE -----

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.***