

Nutrición WIC/Evaluación de la Salud

Niño

Fecha

(Objetivo de salud: Crecer y desarrollarse en un hogar nutritivo y empezar a formar hábitos alimenticios y un estilo de vida que conduzcan a tener una vida con buena salud.)

Nombre del niño(a) _____

Fecha de nacimiento _____

1. Complete esta pregunta solo si su hijo tiene menos de dos años. Si su respuesta es no, vaya a la pregunta dos.
¿Cuánto pesó el niño al nacer?
_____ Libras _____ Onzas
¿Cuánto midió el niño al nacer? _____ Pulgadas
¿Nació el niño antes de tiempo? Sí No
Si es así, ¿cuántas semanas antes de lo estimado?

2. ¿Cuál de los siguientes alimentos/meriendas come su hijo regularmente?
 Desayuno Merienda matutina
 Comida Merienda vespertina
 Cena Merienda nocturna

3. ¿Cómo describiría usted el apetito de su hijo?
 Bueno Regular Malo

4. ¿Este niño(a) se alimenta así mismo(a)?
 Siempre Algunas Veces Nunca

5. ¿Cómo describiría las horas de comida con el niño(a)?
 Siempre agradables Nunca agradables
 Regularmente agradables Rara vez come con el niño(a)
 Algunas veces agradables

6. ¿Cuántos días come su familia junta cada semana?
 Nunca 1-3 días 4-7 días

7. ¿Su familia ve televisión durante la hora de comida?
 Siempre Algunas veces Nunca

8. ¿Este niño come o recibe una comida de un restaurante de comida rápida 2 o más veces por semana?
 Sí No

9. ¿Hay una estufa, horno y refrigerador que funcionan en el lugar donde vive este niño(a)?
 Sí No

10. ¿Hubo algunos días del mes pasado cuando su familia no tuvo suficiente comida para comer o suficiente dinero para comprar comida?
 Sí No

11. ¿Le preocupa el peso de este niño(a)?
 Sí No

12. ¿Tiene este niño una dieta vegetariana (sin comer carne)?
 Sí No

13. ¿Tiene este niño intolerancia a la lactosa?
 Sí No

14. ¿Cuánto jugo bebe este niño al día?
 Menos de 4 onzas 9-12 onzas
 4-8 onzas Más de 12 onzas

15. ¿Este niño se estriñe regularmente o tiene problemas para defecar?
 Sí No

16. ¿Cuántos vasos de agua bebe este niño en un día típico?
 Ninguno 4-7
 1-3 8 ó más
¿Contiene la cantidad adecuada de fluoruro el suministro de agua de este niño?
 Sí No Se desconoce

17. ¿Este niño toma un suplemento de vitaminas/minerales/herbal?
 Sí No
¿Contiene el suplemento vitamina D?
 Sí No

18. ¿Este niño come o se le antojan cosas que no son alimentos como el barro, almidón para la ropa, pedacitos de pintura, papel, tierra o hielo?
 Sí No

19. ¿Usa este niño biberón?
 Sí No

20. ¿Este niño se lleva un biberón a la cama o carga un biberón o vasito entrenador con él/ella durante el día?
 Sí No

21. ¿Este niño usa un chupón sumergido en miel de abeja, miel de maíz o azúcar?
 Sí No

22. ¿Cuándo va este niño(a) al doctor o a la clínica?
 A chequeos regulares
 Solo cuando está enfermo
 Nunca

23. ¿Este niño recibe cuidado dental regular (visita a un dentista)?
 Sí No

24. ¿Está puesto en custodia estatal actualmente el niño?
 Sí No
Si es así, ¿ha cambiado hogares en los últimos 6 meses?
 Sí No

25. ¿Este niño come las siguientes comidas?
 Carne cruda o no cocinada completamente como pescado, pollo, o huevo
 Leche no pasteurizada o queso casero
 Carnes frías en emparedados o salchichas (hot dogs)
 Brotes de vegetales crudos
 Jugo no pasteurizado
 Ninguno

26. ¿Su niño come alguno de los siguientes alimentos? (Marque todo lo que aplique.)
 Dulces duros o redondos Nueces y semillas
 Biscochos secos (pretzels) y frituras (papitas fritas) Palomitas de maíz
 Zanahorias y apio crudo Uvas enteras
 Crema de cacahuete Salchichas (hot dogs)
 Bombones

Nombre del niño(a) _____

Fecha de nacimiento _____

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

Granos

- Pan
- Roles
- Bagels (roschas con sal)
- Biscochos (muffins)
- Palomitas de maíz
- Fideos/pasta/arroz
- Tortillas
- Galletas saladas
- Cereal/sémola

Vegetales

- Maíz
- Chícharos
- Papas
- Papas a la francesa
- Verduras de hoja verde (repollo, espinaca)
- Jugo -Verduras/tomate
- Ensalada verde
- Brócoli/coliflor
- Ejotes
- Zanahorias
- Tomates
- Camotes
- Chile verde/ pimiento verde

Frutas

- Manzanas
- Naranjas
- Toronja
- Uvas
- Bayas (berries)
- 100% jugo de fruta
- Plátanos
- Peras
- Melón
- Duraznos
- Ciruelas

Leche y Otros Productos Lácteos

- Leche descremada
- Leche baja en grasa (½ –1%)
- Leche reducida en grasa (2%)
- Leche entera
- Leche con saborizantes
- Leche de soya
- Queso
- Yogurt
- Requesón
- Helado (nieve)
- Leche sin fortificar o de imitación

Carnes y Alternativas de Carnes

- Res/hamburguesa
- Puerco
- Pollo
- Pavo
- Pescado
- Carnes frías (para emparedados, hot dogs)
- Salchichón
- Crema de cacahuete/ nueces
- Huevos
- Frijoles secos/ chicharos
- Tofu

Grasas y Dulces

- Margarina/mantequilla
- Manteca
- Caldillos (gravy)
- Tocino
- Frituras/papitas fritas
- Donas/pan dulce
- Pay
- Pastel/biscochos
- Gelatina

Otros Bebidas

- Refrescos regulares
- Sodas de dieta
- Bebidas con sabor a frutas
- Café/té
- Cerveza/vino/licor
- Bebidas para tener energía
- Bebidas para deportistas (como el Gatorade)
- Té endulzado

28. ¿Actualmente tiene el niño algo de lo siguiente, **de acuerdo a lo diagnosticado por algún profesional médico?**

Problema	Sí	No
Problemas de crecimiento		
Problemas dentales		
Síndrome del alcoholismo fetal		
Cáncer		
Enfermedad celiaca		
Desórdenes del sistema nervioso, como epilepsia, parálisis cerebral, o espina bífida		
Depresión		
Retraso de desarrollo, sensorial o motriz que afecte lo que ingiere		
Diabetes		
Alergias a alimentos Lista:		
Trastornos gastrointestinal como úlceras, enfermedad del hígado, problemas del páncreas, o enfermedad de la vesícula		
Desórdenes genético y congénito como labio leporino, paladar hendido, Talasemia mayor, síndrome de Down, o anemia drepanocítica (células falciformes)		
Hipertensión alta presión arterial), pre hipertensión		
Hipoglucemia (baja azúcar de la sangre)		
Errores congénitos del metabolismo como la fenilcetonuria o galactosemia		
Enfermedades infecciosas como la hepatitis, VIH, TB, o SIDA		
Otras condiciones médicas como lupus, enfermedad del corazón, fibrosis quística, o asma con medicamento diario		
Cirugía mayor, accidentes, o quemaduras recientes		
Enfermedad de los riñones		
Problemas de la tiroides		
Otras condiciones diagnosticadas Lista:		

Firma de la persona que llenó esta forma

Fecha

Relación con el niño

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

CPA Signature/Title _____ Date _____