

Evaluación de nutrición/de salud del WIC - Niño

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

1. ¿Come su niño algo de lo siguiente?
☐ Carne, pescado, aves de corral y huevos crudos o poco cocinados
☐ Brotes crudos, como los brotes de alfalfa o de frijoles
☐ Sin calentar: fiambres, hot dogs, carnes procesadas
☐ Queso blando sin pasteurizar, como el brie, el feta, el queso fresco
☐ Leche o jugos crudos o sin pasteurizar
☐ Palomitas de maíz
☐ Uvas enteras
☐ Hot dogs enteros
☐ Mantequilla de maní
☐ Caramelos duros y redondos
☐ Nueces o semillas
☐ Malvaviscos
2. ¿Bebe su niño algo de lo siguiente?
☐ Agua
¿Tiene el agua flúor?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
☐ Refrescos/soda
☐ Té dulce
☐ Kool-Aid
☐ Otros: _____
3. ¿Usa su niño un biberón?
☐ Sí ☐ No
Si respondió Sí, ¿tiene su niño 14 meses o más?
☐ Sí ☐ No
4. ¿Su hijo toma el biberón en la cama por la noche o lleva un biberón o un vaso con boquilla?
☐ Sí ☐ No
5. ¿Su hijo come o quiere comer cosas que no son alimentos, como arcilla, trozos de pintura, tierra o hielo? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Toma su niño vitaminas o minerales todos los días?
☐ Sí ☐ No
Si respondió Sí, ¿se toman según las instrucciones?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
¿Toma su niño un suplemento de vitamina D?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
¿Toma su niño algún suplemento de hierbas o de origen botánico? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Cree que tiene suficiente comida para alimentar a su familia? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Tuvo su niño algún ingreso al sistema de crianza temporal en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Cambió su niño de casa de crianza temporal en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Visita su niño a un proveedor de atención médica para chequeos médicos de rutina? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Visita su niño al dentista con regularidad?
☐ Sí ☐ No
12. ¿Qué problemas de salud tiene su niño, si es que tiene alguno?

¿Diagnosticó el proveedor de atención médica de su niño estos problemas médicos? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Sobre qué le gustaría hablar o aprender más hoy?
☐ Alimentación de mi niño
☐ Comer selectivo
☐ Actividad física
☐ Atención de los dientes de mi niño
☐ Snacks saludables
☐ Otros: _____

Solo para uso del personal

- ¿Cómo son sus horarios de comida? Hábleme sobre la alimentación de su niño (como, ¿qué come y qué quisiera que comiera más/menos?)

Esta institución es proveedora de igualdad de oportunidades.