Nombre del niño(a): _____
Fecha de nacimiento: _____ edad _____
Nombre del padre/tutor: _____

Cuestionario de Nutrición Para Niño(a) (Español)

1. **Seleccione todo lo que su niño(a) toma:**
   - ☐ Medicina_____
   - ☐ Vitaminas/Minerales_____
   - ☐ té de hierbas/ productos de hierbas_____
   - ☐ Remedios caseros_____
   - ☐ ninguno

2. **Seleccione todo lo que su niño(a) usa para comer o beber:**
   ☐ pecho ☐ sus dedos ☐ una taza ☐ cuchara o tenedor
   ☐ biberón ☐ taza para bebe ☐ sonda

3. **¿Su niño(a) se salta comidas o tiene una cantidad limitada de alimentos por falta de dinero?** ☐ Sí ☐ No

4. **¿Su estufa, refrigerador, y fregadero, están en buenas condiciones?** ☐ Sí ☐ No

5. **Seleccione con cual frecuencia come su niño lo siguiente:**

Carne, pollo, pescado, frijoles, o huevos	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Leche, yogurt, o queso	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Frutas	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Vegetales	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Pan integral, cereal, arroz, pasta, tortillas	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Galletas, tortas, pastel, dulce	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Comida frita, papas fritas, salsa, perros calientes, tocino	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca

6. **Seleccione todo lo que su niño(a) toma:**
   - ☐ leche materna
   - ☐ leche entera
   - ☐ leche baja en grasa 1%
   - ☐ leche de soya
   - ☐ leche libre de grasa
   - ☐ leche baja en grasa 2%
   - ☐ bebidas de frutas
   - ☐ jugo 100% de fruta
   - ☐ soda o gaseosa
   - ☐ agua
   - ☐ té
   - ☐ Gatorade®
   - ☐ suplementos nutricionales
   - ☐ otros _____

7. **Seleccione todo lo que su niño(a) come:**
   - ☐ dulces duros
   - ☐ caramelos suaves
   - ☐ chicle
   - ☐ papas fritas
   - ☐ palomitas de maíz
   - ☐ galletas saladas
   - ☐ nueces
   - ☐ cucharadas de mantequilla de maní
   - ☐ semillas
   - ☐ pasas
   - ☐ fruta seca
   - ☐ uvas enteras
   - ☐ perros calientes
   - ☐ maicena
   - ☐ carne cruda
   - ☐ pescado crudo
   - ☐ huevos crudos
   - ☐ tierra
   - ☐ barro
   - ☐ tiza
   - ☐ ceniza
   - ☐ almidón para planchar
   - ☐ lápices de colores
   - ☐ bicarbonato de sodio
   - ☐ cantidades grandes de hielo

8. **¿Su niño(a) come comidas rápidas más de dos veces por semana?** ☐ Sí ☐ No

9. **¿Cómo sabe cuándo su niño(a) tiene hambre?**
   _____
   ¿Cómo sabe cuándo está lleno(a) su niño(a)?
   _____

10. **Va su niño(a) a:**
    ¿Chequeos regulares de salud? ☐ Sí ☐ No
    ¿Chequeos dentales regulares? ☐ Sí ☐ No

11. **Seleccione cualquier problema que haya tenido su niño(a) el mes pasado**:
    - ☐ diarrea ☐ estreñimiento ☐ vómitos ☐ náuseas
    - ☐ dificultad para masticar o tragar ☐ incapaz de comer solo
    - ☐ problemas dentales
    - ☐ dieta especial:_____
    - ☐ problema médico o de salud:_____
    - ☐ alergia o problema alimenticio:_____
    - ☐ ninguno(a)

12. **¿Cual es la actividad diaria de su niño(a)?**
    - ☐ Mucha actividad (juega activamente 2 o más horas por día)
    - ☐ Algo de actividad (juega activamente 1 - 2 horas diarias)
    - ☐ Sin actividad

13. **¿Cuantas horas al día pasa su niño(a) viendo televisión, jugando con computadora o videos? _____ horas por día.**

14. **¿Come su niño(a) alimentos provistos por un centro de atención infantil, o en la escuela?**
    ☐ Sí ☐ No

15. **¿Tiene usted algunas preguntas o preocupaciones acerca de la salud, dieta, alimentación o el crecimiento de su niño(a)?**
    ☐ Sí ☐ No

    Si es así, por favor explique_____
    _____
    _____
    _____

16. **Por favor, ofrezca cualquier sugerencia sobre qué puede hacer WIC para servirle mejor a usted y a su familia.** _____
    _____
    _____
    _____

PARE

DETÉNGASE AQUÍ

Child's Name: _____
ID# _____
Date of Birth: _____ Age _____
Name of Parent/Guardian: _____

For Staff use Only

Nutrition Education Flow Sheet (Child)

	✓ Topics Discussed	Primary Education	Secondary Nutrition Date: _____ *Sign./Title: _____	Secondary Nutrition Date: _____ *Sign./Title: _____
	Reinforce Good Points in Diet			
	Nutritional Value of WIC Foods			
General Nutrition	Meat / Meat Substitutes			
General Nutrition	Dairy / Milk / Milk Substitutes			
General Nutrition	Fruits / Vegetables			
General Nutrition	Bread / Cereal			
General Nutrition	Good Quality Snacks			
General Nutrition	↑ Calcium Sources			
General Nutrition	Foods to Prevent Anemia (Fe, Vit. C, Pro., Folic Acid)			
General Nutrition	Medicine / Vitamins / Minerals			
General Nutrition	↓ Empty Calories & Sweet Drinks			
General Nutrition	Dental Care / Weaning to Cup / Baby Bottle Caries			
Physical Activity	Weight Management			
Physical Activity	Exercise Benefits / Frequency			
Physical Activity	Physical Activity / Play as a Family			
Physical Activity	Alternatives to TV / Video Time			
Parenting Skills	Modeling Positive Behaviors			
Parenting Skills	Stress Free Feeding			
Parenting Skills	Picky Eating			
Parenting Skills	Goal Setting			
	Immunizations			
	***Alcohol. Tobacco, Drugs & other Harmful Substances**			
	Other: (Specify)			

Only use risk 401 – (Other Dietary Risk) if no other risk is identified.

- **12-23 months- Risk of Inappropriate Complementary Feeding Practices**
- **≥ 2 years of age- Failure to meet Dietary Guidelines**

Inappropriate Nutrition Practices for Children

WIC Risk 400: Inappropriate Nutrition Practices. If yes, document how.
☐ Yes ☐ No

- ☐ Routinely feeding inappropriate beverages as the primary milk source.[6] _____
- ☐ Routinely feeding a child any sugar containing fluids.[6] _____
- ☐ Routinely using nursing bottles, cups, or pacifiers improperly.[2] _____
- ☐ Routinely using feeding practices that disregard the developmental needs or stages of the child.[2,7] _____
- ☐ Potentially unsafe food consumption.[7] _____
- ☐ Routinely feeding a diet very low in calories and/or essential nutrients.[3,5] _____
- ☐ Feeding dietary supplements with potentially harmful consequences.[1] _____
- ☐ Routinely not providing dietary supplements recognized as essential by national public health policy when a child's diet alone cannot meet nutrient requirements.[1,5,6] _____
- ☐ Routine ingestion of nonfood items (pica).[7] _____

Note: the number(s) after each statement correspond to the related nutrition questionnaire.

***Required Documentation**

Primary Nutrition Contact

Comments:

***Plan / Goals:**

***Sign./Title/Date:** _____