

Child Nutrition Questionnaire (English)

1. Check all that your child takes:

- Medicine _____
- Vitamins/Minerals _____
- Herbal teas/herbal products _____
- Home remedies _____
- none

2. Check all that your child uses to eat or drink:

- breast baby bottle sippy cup his/her fingers
- regular cup spoon or fork other _____

3. Does your child skip meals or have a limited amount of food at meals because there is not enough money to buy food? Yes No

4. Do you have a working stove, refrigerator, and sink? Yes No

5. Check how often your child eats these foods:

Meat, poultry, fish, beans, or eggs	<input type="checkbox"/> Daily	<input type="checkbox"/> Some days	<input type="checkbox"/> Never
Milk, yogurt, or cheese	<input type="checkbox"/> Daily	<input type="checkbox"/> Some days	<input type="checkbox"/> Never
Fruits	<input type="checkbox"/> Daily	<input type="checkbox"/> Some days	<input type="checkbox"/> Never
Vegetables	<input type="checkbox"/> Daily	<input type="checkbox"/> Some days	<input type="checkbox"/> Never
Grains- cereal, bread, rice, pasta, tortillas	<input type="checkbox"/> Daily	<input type="checkbox"/> Some days	<input type="checkbox"/> Never
Cookies, cakes, pies, candy	<input type="checkbox"/> Daily	<input type="checkbox"/> Some days	<input type="checkbox"/> Never
Fried foods, french fries, sausage, hot dogs, bacon	<input type="checkbox"/> Daily	<input type="checkbox"/> Some days	<input type="checkbox"/> Never

6. Check all that your child drinks:

- breast milk soy milk soda
- whole milk water Gatorade
- 2% reduced fat milk fruit drink tea
- 1% reduced fat milk 100% fruit juice
- fat free milk other _____

7. Check all that your child eats:

- hard candies seeds dirt
- Gum drops raisins clay
- chewing gum dried fruit chalk
- chips whole grapes ashes
- popcorn hot dogs laundry starch
- pretzels Cornstarch
- nuts uncooked meat baking soda
- spoonfuls of peanut butter uncooked fish crayons
- uncooked eggs large amounts of ice

8. Does your child eat fast food meals more than 2 times a week? Yes No

9. How do you know when your child is hungry?

How do you know when your child is full?

10. Does your child go for:

- regular health check-ups? Yes No
- regular dental check-ups? Yes No

11. Check all your child has had in the last month:

- diarrhea constipation vomiting nausea
- difficulty chewing or swallowing unable to feed self
- dental problems
- special diet: _____
- health or medical problem: _____
- food allergy or problem: _____
- none

12. What is your child's usual daily activity?

- Very active (plays actively 2 or more hours per day)
- Active some of the time (plays actively about 1 to 2 hours per day)
- not active

13. How many hours a day does your child watch TV, play at the computer, or play video games? _____ hours per day.

14. Does your child eat meals provided by a child care center or at school? Yes No

15. Do you have any questions or concerns about your child's health, diet, feeding, or growth?

- Yes No

If yes, please describe _____

16. Please offer any suggestions on what WIC can do to better serve you and your family. _____



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	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Leche, yogurt, o queso	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Frutas	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Vegetales	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Pan integral, cereal, arroz, pasta, tortillas	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Galletas, tortas, pastel, dulce	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Comida frita, papas fritas, salsa, perros calientes, tocino	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca

6. Seleccione todo lo que su niño(a) toma:

- leche materna leche baja en grasa 2% té
- leche entera bebidas de frutas Gatorade®
- leche baja en grasa 1% jugo 100% de fruta suplementos nutricionales
- leche de soya soda o gaseosa otros
- leche libre de grasa agua

7. Seleccione todo lo que su niño(a) come:

- dulces duros semillas tierra
- caramelos suaves pasas barro
- chicle fruta seca tiza
- papas fritas uvas enteras ceniza
- palomitas de maíz perros calientes almidón para planchar
- galletas saladas maicena lápices de colores
- nueces carne cruda bicarbonato de sodio
- cucharadas de mantequilla de maní pescado crudo cantidades grandes de hielo
- huevos crudos

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. ¿Cuántas 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. _____

DETÉNGASE AQUÍ

