

**Infant (Birth to under 12 months)
Nutrition Questionnaire (English)**

1. Check all your baby has had in the last month:

- diarrhea constipation vomiting nausea reflux spitting up difficulty swallowing dental problems
 special diet _____ health or medical problem _____ food allergy or problem _____ none

2. Check all that your baby takes:

- medicine _____ herbal teas / herbal products _____
 vitamins / minerals _____ home remedies _____ none

3. Check all that your baby uses to eat or drink:

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

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

5. In one day (24 hours) how many does your baby usually have? _____ wet diapers per day _____ dirty diapers per day

6. Check all that you are feeding your baby and answer the following questions:

- Breastmilk** How many times do you breastfeed or give breastmilk in one day (24 hours)? _____
How long do you plan to breastfeed? _____
Are you having any problems with or do you have any questions about breastfeeding? Yes No If yes, _____
Do you ever pump your breastmilk? Yes No If yes, how many times per day? _____
- Infant Formula** Name of formula? _____
What Type? concentrate powder ready-to-feed
How do you make formula? Concentrate: _____ oz of formula to _____ oz of water
Powder: _____ scoops of formula to _____ oz of water
How many bottles does your baby drink in one day (24 hours)? _____ How many ounces are in each bottle? _____
What type of water do you use to mix the formula? city well bottled water bottled "nursery" water
Do you boil the water that is added to the formula? Yes No If boiled, for how long? _____ minutes
How are the baby bottles cleaned? _____

7. Check "Yes" or "No" to each question below:

- Does your baby fall asleep with a bottle? Yes No
Does your baby drink from a bottle that is being propped up? Yes No
Do you put cereal, other foods, or juice in your baby's bottle? Yes No
Is your baby fed breastmilk or formula that has been in the refrigerator for more than 24 hours? Yes No
Is your baby fed breastmilk or formula that has been in a bottle 1 hour after the start of a feeding? Yes No
Is your baby fed breastmilk or formula that has been in a bottle from an earlier feeding? Yes No

8. Check all the foods or beverages you give your baby:

- | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Breast milk | <input type="checkbox"/> Gatorade® | <input type="checkbox"/> Mixed dinners | <input type="checkbox"/> Luncheon meats | <input type="checkbox"/> Corn syrup | <input type="checkbox"/> nuts, seeds |
| <input type="checkbox"/> Cow's milk | <input type="checkbox"/> Kool-Aid® | <input type="checkbox"/> Meats | <input type="checkbox"/> hot dogs / sausage | <input type="checkbox"/> Honey | <input type="checkbox"/> peanut butter |
| <input type="checkbox"/> Soy milk | <input type="checkbox"/> Soda | <input type="checkbox"/> Fruits | <input type="checkbox"/> Fish | <input type="checkbox"/> Egg yolk (yellow) | <input type="checkbox"/> popcorn |
| <input type="checkbox"/> Goat's milk | <input type="checkbox"/> Tea | <input type="checkbox"/> Vegetables | <input type="checkbox"/> Shellfish | <input type="checkbox"/> Egg white | <input type="checkbox"/> hard candies |
| <input type="checkbox"/> Water | <input type="checkbox"/> Fruit drinks | <input type="checkbox"/> Desserts | <input type="checkbox"/> French fries | <input type="checkbox"/> Cheese | <input type="checkbox"/> marshmallows |
| <input type="checkbox"/> 100% Fruit Juice | | <input type="checkbox"/> Cereal | <input type="checkbox"/> Table food | <input type="checkbox"/> Yogurt | <input type="checkbox"/> added salt, gravy |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | | | | |

How do you know when your baby is hungry? _____

How do you know when your baby is full? _____

9. Do you have any questions or concerns about your baby's health, diet, feeding, growth or development?

- Yes No **If yes, please describe** _____

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



Bebés (Nacimiento - 12 meses)

Cuestionario de Nutrición (Español)

1. Seleccione todo lo que su bebé ha tenido en el mes pasado:

- diarrea estreñimiento vómitos náusea reflujo vómito leve dificultad para tragar problemas dentales

 dieta especial _____ problema médico o de salud _____ alergia o problema alimenticio _____ ninguno(a)

2. ¿Su bebé toma?

- medicina _____ té herbal/ productos herbales _____

 vitaminas / minerales _____ remedios caseros _____ ninguno(a)

3. Seleccione todo lo que su bebé usa para comer o beber:

- Pecho los dedos una taza/vaso cuchara o tenedor biberón vasito para bebé otro _____

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

5. ¿En 24 horas, cuantos pañales mojados y/o sucios tiene su bebé? Pañales húmedos _____ pañales sucios _____

6. Seleccione todo lo que le esté dando de comer a su bebé, y responda las siguientes preguntas:

- Leche materna** ¿Cuántas veces da pecho o leche materna en un día (24 horas)? _____

 ¿Por cuánto tiempo planea dar pecho (leche materna)? _____

 ¿Está teniendo problemas dando pecho, o tiene preguntas acerca de dar pecho? Sí No _____

 ¿Se saca la leche con una bomba / maquina? Sí No Si es así, ¿cuántas veces por día? _____
- Fórmula infantil** Nombre de la fórmula _____

 ¿De qué tipo? Líquido o concentrado en polvo lista para servir

 ¿Cómo prepara la leche? Concentrado o Líquido: _____ onzas de la fórmula para _____ onzas de agua

 Polvo: _____ cucharadas de leche para _____ onzas de agua

 ¿Cuántos biberones toma su bebé en un día (24 horas)? _____ ¿Cuántas onzas hay en cada biberon? _____

 ¿Qué tipo de agua usa para mezclar la fórmula? de ciudad de pozo

 agua en botella agua "para bebé " en botella

 ¿Hierve el agua que usa para la fórmula/leche? Sí No Si la hierve, ¿por cuánto tiempo? _____ minutos

 ¿Cómo limpia los biberones? _____

7. Seleccione "Sí" o "No" para cada pregunta:

- ¿Su bebé duerme con una botella o biberón? Sí No

 ¿Su bebé toma de un biberón que tiene que estar sostenido? Sí No

 ¿Agrega cereal, otras comidas, o jugo en el biberón de su bebé? Sí No

 ¿Su bebé toma leche materna o fórmula que ha estado en el refrigerador por más de 24 horas? Sí No

 ¿Su bebé toma leche materna o fórmula que ha estado en el biberón mas de 1 hora? Sí No

 ¿Su bebé toma leche materna o fórmula que sobró de un biberón anterior? Sí No

8. Seleccione todos los alimentos o bebidas que le ofrece a su bebé:

- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> leche materna | <input type="checkbox"/> Gatorade® | <input type="checkbox"/> comidas mezcladas | <input type="checkbox"/> carnes frías | <input type="checkbox"/> miel de maíz | <input type="checkbox"/> nueces, semillas |
| <input type="checkbox"/> leche de vaca | <input type="checkbox"/> Kool-Aid® | <input type="checkbox"/> carnes | <input type="checkbox"/> perros calientes / salchichas | <input type="checkbox"/> miel | <input type="checkbox"/> mantequilla de cacahuete |
| <input type="checkbox"/> leche de cabra | <input type="checkbox"/> soda /gaseosa | <input type="checkbox"/> frutas | <input type="checkbox"/> pescado | <input type="checkbox"/> yema de huevo (amarilla) | <input type="checkbox"/> palomitas de maíz |
| <input type="checkbox"/> leche de soya | <input type="checkbox"/> té | <input type="checkbox"/> verduras | <input type="checkbox"/> mariscos | <input type="checkbox"/> clara de huevo | <input type="checkbox"/> dulces duros |
| <input type="checkbox"/> agua | <input type="checkbox"/> bebidas de fruta | <input type="checkbox"/> postres | <input type="checkbox"/> papas fritas | <input type="checkbox"/> queso | <input type="checkbox"/> malvavisco, nube o esponjita (marshmallow) |
| <input type="checkbox"/> otro _____ | <input type="checkbox"/> jugo 100% de fruta | <input type="checkbox"/> cereal | <input type="checkbox"/> comida de adultos | <input type="checkbox"/> yogurt | <input type="checkbox"/> sal y salsa agregadas |

¿Cómo sabe cuando su bebé tiene hambre? _____

¿Cómo sabe si su bebé está lleno? _____

9. ¿Tiene preguntas o preocupaciones acerca de la salud, dieta, alimentación, crecimiento o desarrollo de su bebé?

- Sí No Si contestó que sí, ¿cuales? _____

10. Por favor, ofrezca algunas sugerencias sobre lo que puede hacer WIC para servirle mejor a usted y a su familia.

