



**PROGRAMA DE IDAHO WIC  
SALUD y NUTRICIÓN  
NIÑOS (1-5 años)**



FORMA 133S (05/99)

Nombre del Niño	Edad	Client #
-----------------	------	----------

DISCRECIONAL

**WIC USE ONLY**

**È** computer fields  
OPT = Optional

DOB \_\_\_\_\_

Ht/Lgth \_\_\_\_\_

Wt \_\_\_\_\_

Hgb/Hct \_\_\_\_\_

PROT \_\_\_\_\_

CALC \_\_\_\_\_

IRON \_\_\_\_\_

VITC \_\_\_\_\_

VITA \_\_\_\_\_

Brth Lgth (OPT\$2 yr) \_\_\_\_\_

Brth Wt (OPT\$ 2 yr) \_\_\_\_\_

(BF Data is OPT)

Ever BF: Y N U

Start Formula \_\_\_\_\_

Stop BF \_\_\_\_\_

Why \_\_\_\_\_

**RISK FACTORS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES: Favor de contestar las preguntas de cada lado de este cuestionario. Sus respuestas nos ayudarán a determinar la salud de su niño y sus necesidades nutritivas para el programa de WIC. Toda la información será confidencial.**

1.  Quién es el doctor de su niño? \_\_\_\_\_
2.  Esta el niño al día con sus vacunas?       si     no
- (28/45) 3. Describa cualquier tipo de problemas de salud que ha tenido este niño (sin incluir catarros o gripa) \_\_\_\_\_
- (90/91/93)
- (47) 4. Indique cualquier hierba/s, vitamina/s o medicina/s que toma este niño:  
 hierbas: \_\_\_\_\_     hierro     fluoruro     píldoras de vitaminas  
 nombre de medicina \_\_\_\_\_
5. Indique los alimentos que come este niño:  
**leche o queso    verduras    frutas    carnes o proteínas    pan o cereales**  
**comida de adultos    comida de niños    comida de bebés** (47)
- (47) 6. Indique la clase de leche que generalmente toma este niño:  
**baja en grasa (1% ó 2%)    sin grasa (skim)    leche natural (sin estar procesada)**  
**leche de cabra    leche (con vitamina D)    leche de soya    leche Láctea** (49)
- (47) 7.  Generalmente toma este niño más de 12 oz. de jugo al día?       si     no
8.  Le preocupa la alimentación de su niño o su hábito de comer? \_\_\_\_\_
- (Many) 9. Esta en una dieta especial este niño?  si     no En caso de si, cual: \_\_\_\_\_
- (36) 10.  Usa biberón este niño?       si     no En caso de si, cuando: \_\_\_\_\_
- (35) 11.  Tiene dientes podridos este niño?       si     no
- (47) 12.  Este niño come barro, pedacitos de pintura, tierra, u otras cosas que no son alimentos?  
 si     no
13. Indique si su niño tiene problemas con:  
**tragando    se asqea    excrementos duros o suaves    vomitando**
14.  Este niño se puede dar, asi mismo de comer?       si     no (47)
15.  Quién generalmente prepara la comida para este niño? \_\_\_\_\_
16. **È** Si es menor de dos años:  
(27)       Cuánto pesó este niño al nacer? \_\_\_\_\_       Cuánto midió? \_\_\_\_\_

