MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN WIC PARA NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS

NOMBRE DEL NIÑO:	EDAD: √ RANGO EN MESES ☐ 12-23 ☐ 24-59	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:

1. ¿Tiene su hijo(a) una dieta especial? ..... ☐ Sí ☐ No **[341-362] [425.6]**
   Si contesta sí, escoja: ☐ Vegetariana ☐ Vegana ☐ Baja en calorías/bajar de peso
   ☐ Macrobiótica ☐ Alergia a alimentos ☐ Alimentación por sonda ☐ Otra:_____
   Si contesta sí, ¿la dieta se relaciona con una enfermedad médica? ..... ☐ Sí ☐ No

2. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come su hijo(a)? (Escoja todos los que correspondan): **[425.5]**
   ☐ Jugo fresco de frutas o verduras
   ☐ Carne, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o semi crudos
   ☐ Quesos suaves como Feta, Brie, Camembert, Queso Stilton, Queso blanco, Queso fresco
   ☐ Salchichas, embutidos y carnes frías sin cocinar
   ☐ Productos lácteos sin pasteurizar (de granja)
   ☐ Brotes crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano)
   ☐ Ninguno de los anteriores

3. ¿Come su hijo(a) regularmente objetos no comestibles? ..... ☐ Sí ☐ No **[425.9]**
   Si contesta sí, escoja todos los que correspondan:
   ☐ Cenizas ☐ Barro ☐ Astillas de pintura
   ☐ Fibras de alfombra ☐ Polvo ☐ Papel ☐ Almidón (para la ropa o almidón de maíz)
   ☐ Cigarros o colillas de cigarros ☐ Hule espuma ☐ Tierra ☐ Otro:_____

4. En un día normal, ¿cuántas veces come fruta su hijo(a)? ..... ☐ 5 o más ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Ninguna

5. En un día normal, ¿cuántas veces come verduras su hijo(a)? ..... ☐ 5 o más ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Ninguna

6. ¿Qué clase de leche toma su hijo(a)? (Escoja todas las que correspondan): **[425.1] [425.8]**
   ☐ Leche materna ☐ Fórmula (nombre)_____ ☐ Leche (de vaca) ☐ Leche de cabra
   ☐ Leche de arroz o leche de almendras ☐ Leche de soya ☐ Leche deslactosada ☐ Ninguna ☐ Otra:
   ¿Qué clase de leche toma su hijo(a)? ☐ Leche descremada (sin grasa) ☐ Baja en grasa (1%) ☐ Grasa reducida (2%)
   ☐ Entera ☐ No aplica
   En un día normal, ¿cuántas veces toma leche su hijo(a)? ☐ 4 vasos o más/Muchas veces al día
   ☐ 3 vasos/Tres veces al día ☐ 2 vasos/Dos veces al día ☐ 1 vaso o menos/Una vez al día o menos

7. En un día normal, ¿cuántas veces toma su hijo(a) jugos, bebidas deportivas o de frutas, **[425.2] [425.3]**
   refrescos regulares, té dulce y/o agua con Kool-Aid o azúcar agregada? ..... ☐ 4 o más ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Ninguna
   En un día normal, ¿cuántas veces toma su hijo(a) refrescos de dieta y/o café/té?. ☐ 4 o más ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Ninguna
   En un día normal, ¿cuántas veces toma agua su hijo(a)? ..... ☐ 4 o más ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Ninguna

8. ¿Cuál es la fuente de agua de su hijo(a)? (Escoja todas las que correspondan): **[425.8]**
   ☐ Sistema de agua de la ciudad/condado ☐ Sistema de agua rural ☐ Pozo privado ☐ Agua embotellada

9. ¿Toma su hijo(a) alguna bebida, aparte del agua, en biberón o en vaso entrenador? ☐ Sí ☐ No **[425.3]**
   ¿Cuándo toma su hijo(a) bebidas, aparte del agua, en biberón o en vaso entrenador? (Escoja todas las que correspondan):
   ☐ En la cama por la noche ☐ En la siesta ☐ En comidas y meriendas ☐ Lleva un biberón o vaso entrenador durante el día

10. ¿Toma su hijo(a) vitaminas, minerales, plantas medicinales o suplementos de hierbas? ..... ☐ Sí ☐ No **[425.7] [425.8]**
    Si contesta sí, seleccione todas las que correspondan: ☐ Multivitamina para niños ☐ Suplemento de hierro
    ☐ Suplemento de fluoruro ☐ Suplemento de hierbas ☐ Vitamina D ☐ Otros:

11. En un día normal, ¿cuántas horas pasa su hijo(a) frente a una pantalla o monitor? (TV, computadora, vídeojuego, teléfono celular)
    ☐ Ninguna ☐ menos de 1 hora ☐ 1 hora ☐ 2 horas ☐ 3 horas ☐ 4 horas ☐ 5 horas o más ☐ No sé
    En un día normal, ¿cuántos minutos pasa su hijo(a) jugando activamente o haciendo ejercicios? (sudando o con respiración agitada)
    ☐ Menos de 15 minutos ☐ 15 minutos ☐ 30 minutos ☐ 45 minutos ☐ 60 minutos (1 hora)
    ☐ 90 minutos (1 ½ horas) o más ☐ No aplica

12. ¿Ha visitado su hijo(a) a un dentista en los últimos 12 meses? ..... ☐ Sí ☐ No **[425.8]**
    ¿Tiene su hijo(a) caries dentales (incluyendo caries por biberón), dientes rotos, encías sangrantes, le faltan dientes y/o dientes chuecos que le dificultan masticar? ..... ☐ Sí ☐ No
    ¿Se cepilla los dientes su hijo(a) con pasta dentífrica con fluoruro? ..... ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Su Nutricionista CPA platicará sobre la manera de comer de su hijo(a) y hábitos de actividad y le hará más preguntas.