



PREGUNTAS DE NUTRICIÓN PARA NIÑOS (DE 2 A 5 AÑOS)

Nombre del Niño:	Edad del Niño:	Fecha de nacimiento:
Edad de la Madre (circule): 19 años o menos 20 años o más	Nombre de la persona que completa este formulario:	

Favor de circular o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo es la siguiente cita de su niño: con el doctor? _____ ¿con el dentista? _____
- ¿Ha tenido su niño una prueba de sangre para detectar PLOMO? Sí No No sé
Si respondió sí, ¿cuándo? _____
- ¿Qué le da a su niño? Vitaminas Fluoruro Hierro Ninguno
¿Cuáles medicinas le da usted a su niño? _____
- ¿Cuál de estas tiene su niño actualmente? Alergias Respira con dificultad Sarpullido
Estreñimiento Diarrea Nada
- ¿Cuáles cosas, además de alimentos, come su niño? Tierra Arcilla Fibras de alfombra Colilla de cigarro
Pintura descascarada Polvo Cenizas Espuma sintética Crayones Ninguna
Otro (enliste) _____
- ¿Qué opina del peso de su niño? Está bien Muy bajo Muy alto
- ¿Qué tan seguido se queda sin dinero o sin estampillas de comida (o EBT) para comprar comida?
Seguido A veces Nunca

- ¿Cuántos **DIAS a la semana** su niño hace actividad física durante 60 minutos o más (como por ejemplo: correr caminar, andar bicicleta, jugar, deportes, nadar)? _____ días a la semana.
- ¿Cuántas **HORAS al día**:
a. está en su casa la TV prendida? _____ horas al día
b. ve TV, usa la computadora o juega videojuegos su niño? _____ horas al día

Voltee la hoja →

For Staff Use Only	
Date: _____	WIC Staff Name: _____
WIC I.D. #: _____	Height _____ Weight _____ Pronto: Y N
Hgb/Hct in ISIS _____ YES: Date: _____	_____ No: Referral given



10. ¿Cuál de éstos utiliza para comer o beber su niño? (Circule todos los que correspondan)
 Leche materna Biberón Taza Taza entrenadora Cuchara Tenedor Dedos

11. ¿Cuántas **VECES al día** su niño:
 a. come verduras (sin incluir papas fritas)? _____ veces al día
 b. come frutas? _____ veces al día
 c. come bocadillos dulces y/o salados? _____ veces al día
 (como frituras, dulces y galletas)
 d. toma agua? _____ veces al día
 e. toma jugo? _____ veces al día
 f. toma refresco, Gatorade o bebidas azucaradas de frutas? _____ veces al día

12. a. ¿Cuántas veces al día toma leche su niño? _____ veces al día
 b. ¿Cuál leche toma su niño más a menudo? Entera 2% 1% Descremada
 Leche de Soya Formula Leche materna Baja en Lactosa Otras leche

13. ¿Cuáles alimentos come seguido su niño? (Circule todos los que correspondan)
 ♦ Queso Yogurt Requesón Tofú Pudín/Flan
 ♦ Verduras Frutas
 ♦ Carne Salchichas Carne de puerco Pollo Pavo Pescado
 Frijoles/Lentejas
 Crema de cacahuete Hamburguesas Huevos Nueces
 ♦ Pan Cereal Tortillas Pizza Arroz Fideos Bolillos Galletas saladas Pan Dulce
 ♦ Dulce Galletas Pasteles Donas Helados Frituras
 ♦ Otros alimentos favoritos (enliste) _____

14. ¿Cuál(es) alimento(s) no le gusta a su hijo o no puede comer? _____

15. ¿Cuántos **DIAS a la semana** su niño:
 a. come con la familia? _____ veces a la semana
 b. come alimentos fritos (incluyendo papas fritas)? _____ veces a la semana
 c. come 'comida rápida' o comida de restaurante? _____ veces a la semana
 d. come o toma un bocadillo al mismo tiempo que está viendo televisión? _____ veces a la semana

16. ¿Cómo describe el comer de su niño?
 Está bien Melindros Come demasiado Come poco Otro _____

17. ¿Cuáles preguntas sobre nutrición y salud le gustaría hacerle a su consejero de WIC? _____

For Staff Use Only

Circle Chart

