



Department of Health

OHIO WIC Women, Infants, and Children Program



Complete este lado de la página SOLAMENTE

Evaluación de Salud Infantil

Fecha(s): _____ Nombre del Bebé: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Relación: _____

Preguntas sobre el Historial de Salud Infantil (por favor complete todas las preguntas de este lado de la página- deje el reverso en blanco)

¿Estuvo usted (madre del bebé) en WIC durante el embarazo? Sí No No sé

¿A dónde va su bebé para la atención médica? Nombre del médico/clínica _____

¿Asiste su bebé a visitas de bienestar de salud (well visits)? Sí No

¿Está su bebé al día con las vacunas? Sí No No sé

¿Recibe su bebé terapia u otros servicios? Física Ocupacional Habla

Visita al Hogar: _____ Otros: _____ N/A

¿Tiene su bebé alguna condición médica, cirugía reciente, enfermedad, alergias a alimentos o lesiones? Por favor describa:

Por favor liste cualquier medicamento(s) que su bebé tome: _____ N/A

¿Se alimenta a su bebé con sonda? Sí Describa: _____ No

Tiene su bebé: Estreñimiento Diarrea Vómitos Gases N/A

¿A alguien en su familia le han hecho la prueba de plomo? Sí (niveles): _____ No No sé

¿Cómo limpia los dientes/encías de su bebé? _____

¿Vive en un lugar temporal (refugio, hotel, etc.)? Sí No

¿Ha entrado su niño en el cuidado de crianza o se ha mudado a hogares de cuidado de crianza, dentro de los últimos 6 meses? Sí No

¿Ha sido su bebé abusado físicamente, verbalmente, sexualmente o abandonado? Sí No

¿Dónde duerme su bebé? Cuna Bassinet Cribette/Pack n Play Con otra persona/niño Otros

¿Cuántos pañales mojados y sucios tiene su bebé cada día? Mojados: _____ Sucio: _____

¿Se preocupa de quedarse sin comida? Sí No

¿Usas bancos/dispensas (food banks/pantries) de alimentos locales? Sí No

¿Qué preguntas o inquietudes tiene sobre la salud de su bebé, sus hábitos alimenticios y la lactancia materna? _____

Esta parte debe ser completada por el personal de WIC.
This portion is to be completed by WIC staff.

New Cert (date): _____ Recert (date): _____ HA (date): _____ Continue Goal

Location of WIC Program Application: _____

HT _____ WT _____ Hgb _____ (optional)

Nutrition, Breastfeeding, and Physical Activity Questions (to be completed by WIC staff member)

Check for safe sleep (bedding/wraps/pacifier) _____

How do you interact with your baby? _____

Tell me about screen time and your baby: Time/day _____ Days/week _____

Tell me about your experience with giving your baby breast milk: _____

Describe what your baby eats and drinks each day: _____

Targeted diet assessment may include:

- Breastfeeding challenges
- Feedings per day/ounces
- Number of bottles/days
- Paced feeding
- Hunger and feeding cues
- Formula mixing and preparation
- Water source
- Choking/gagging
- Religious or cultural diets
- Bottle use/propped/sleeping
- What's in the bottle?
- Cup/sippy cup use
- What age did your baby start eating foods?
- Food safety, handwashing, leftover milk
- Feeding tube

Caregiver with limited feeding decision/inability to prepare foods:

Current/history of alcohol or substance abuse Mental illness, including severe depression

Intellectual disability Physical disability Age \leq 17 years N/A

Notes: