



Department of Health



Complete este lado de la página SOLAMENTE

## Evaluación de Salud de Niña(o)

Fecha(s): \_\_\_\_\_ Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Preguntas sobre el Historial de Salud de Niños

(por favor complete todas las preguntas de este lado de la página—deje el reverso en blanco)

¿A dónde va su niño(a) para la atención médica? Nombre del médico/clínica: \_\_\_\_\_

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

¿Está su niño(a) al día con las vacunas?  Sí  No  No sé

¿Recibe su niño(a) terapia u otros servicios?  Física  Ocupacional  Habla

Visita al Hogar: \_\_\_\_\_  Otros: \_\_\_\_\_  N/A

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

\_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier medicamento(s) que su niño(a) tome: \_\_\_\_\_  N/A

¿Se alimenta su niño(a) con sonda?  Sí, Describa: \_\_\_\_\_  No

Tiene su niño(a):  Estreñimiento  Diarrea  Vómitos  N/A

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

¿Tiene usted o su dentista alguna preocupación dental?  Sí \_\_\_\_\_  No  Yo no tengo un dentista

¿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 niño(a) abusado físicamente, verbalmente, sexualmente o abandonado?  Sí  No

¿Se preocupa de quedarse sin comida?  Sí  No

¿Usa bancos/despensas (food banks/pantries) de alimentos locales?  Sí  No

¿Qué preguntas o inquietudes tiene sobre la salud de su niño(a), 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)*

Share with me the physical activities your child enjoys: \_\_\_\_\_

Tell me about screen time and your child: Time/day \_\_\_\_\_ Days/week \_\_\_\_\_

Tell me about your experience with giving your child breast milk: \_\_\_\_\_

Describe what your child eats and drinks each day: \_\_\_\_\_

#### Targeted diet assessment *may include:*

- Vitamins, iron sources, enhancers, inhibitors
- Dairy/calcium/vitamin D
- Whole grains/fiber
- Protein sources
- Fruits and vegetables
- Sugar sweetened drinks/foods
- Foods limited/refused/avoided
- Meals away from home/fast food
- Feeding tube
- Self-feeding (progression and eating skills)
- Family meals/mealtimes
- Religious or cultural diets
- Same foods as rest of the family
- Bottle use/propped/sleep with bottle
- What's in the bottle?
- Open/sippy cup use
- Water source
- Choking

Does your child eat unsafe foods or non-food items?  Yes  No  Concerns: \_\_\_\_\_

#### Check for unsafe foods:

- Raw/undercooked meats
- Uncooked deli and processed meats
- Unpasteurized foods

#### Check for non-food items:

- Paint chips, starch, coffee grounds
- Ice
- Paper
- Dirt/Clay

#### 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: