



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: