



Department of Health



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 húmedos y sucios tiene su bebé cada día? Húmedo: \_\_\_\_\_ 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: