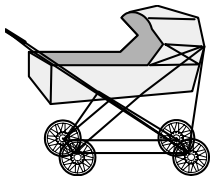
PROGRAMA DE IDAHO WIC
SALUD y NUTRICIÓN
INFANTE (0-12 meses)



FORMA 134E (4/99)

Nombre del bebé	Edad	Client #
		DISCRECIONAL

WIC USE ONLY
computer fields

DOB _____
Ht/Lgth _____
Wt _____
Hgb/Hct _____
PROT _____
CALC _____
IRON _____
VITC _____
VITA _____
Brth Lgth _____
Brth Wt _____
Ever BF: Y N U
Start Formula _____
Stop BF _____
Why _____
RISK FACTORS
_____
_____
_____
_____
_____

INSTRUCCIONES: **Favor de contestar las preguntas de cada lado de este cuestionario. Sus respuestas nos ayudarán a determinar la salud de su bebé y sus necesidades nutritivas para el programa de WIC. Toda la información será confidencial.**

1. ¿Quién es el doctor de su bebé? _____
2. ¿Esta su bebé al día con sus vacunas? **9 si 9 no**
(37) 3. ¿Cuál fue la fecha de parto que le habian dado? _____
4. ¿Qué fue la fecha actual de su parto? _____
5. ¿Cuánto midio de largo su bebé cuando nació? _____ pulgadas
(27/34) 6. ¿ Cuánto peso su bebé cuando nació? _____
(28/45) 7. Describa cualquier tipo de problemas de salud que tiene su bebé (sin incluir catarros o
(90/91/93) gripa). _____
8. ¿Alimentó a su bebé de pecho alguna vez? **9 si 9 no**
9. ¿A qué edad tomó su bebé fórmula por primera vez? _____
10. ¿Qué edad tuvo su bebé cuándo le paro de alimentar de pecho? _____
11. ¿Por qué dejó de alimentar a su bebé de pecho o por qué decidió no dar pecho?
_____
(46) 12. Indique cualquier vitamina/s, medicina/s o hierba/s, que toma su bebé: **9 ninguno**
9 hierro **9 fluoruro** **9 píldoras de vitaminas**
9 nombre de medicina: _____ **9 nombre de hierba:**_____
(46) 13. ¿Le preocupa la alimentación de su niño o su hábito de comer?_____
14. ¿Si su bebé toma fórmula, qué marca y tipo?
Enfamil polvo — ProSobee concentrada — Otra:_____ preparada (lista para tomar)
(46) 15. ¿Mantiene las latas abiertas de leche concentrada frias en el refrigerador? **9 si 9 no**
16. Indique todas las que toma su bebé:
(46) **9 leche de vaca** **9 leche natural de vaca (sin estar procesada)** **9 leche de cabra**
(46) **9 ninguno**
17. ¿Indique todo lo que pone en biberón para su bebé?
9 leche materna **9 fórmula** **9 agua**
9 leche de vaca (46) **9 gelatina o agua de Karo** (36) **9 refresco** (46)
9 cereal (46) **9 jugo** (36) **9 té** (46)
18. ¿Cómo calienta los biberones y comida de su bebé? _____
(46) 19. ¿Detiene el biberón con algo cuando le esta dando de comer, en vez de detenerlo Ud.?
9 si 9 no
(36) 20. ¿Su bebé lleva a la cama un biberón? **9 si 9 no**
(46) 21. ¿Usa Ud. un "*infa-feeder*" para darle de comer a su bebé? **9 si 9 no**
(46) 22. ¿Usa su bebé un chupón qué a remojado con miel o azúcar? **9 si 9 no**
(36) 23. ¿Toma su bebé de una taza? **9 si 9 no**
(46) 24. ¿Le pone sal, azúcar o miel a la comida de su bebé? **9 si 9 no**

El Programa WIC es un proveedor y empleador de igual oportunidad.

REGISTRO DE NUTRICION DE 24 HORAS
INFANTE

Escriba todo lo que su bebé comió o tomó el día anterior a la cita.
Si no es como generalmente come su bebé, escriba lo que generalmente come durante un día.
Especifique bien, y escriba un alimento por línea. Vea el siguiente ejemplo.

HORA	COMIDA	CANTIDAD	BREAS	PROT	CALC	IRON	VITC	VITA	OTHER	GRAIN	ECAL
12:30	amamantar (dar pecho)	10 minutos									
	jugo de manzana de bebé	2 onzas									
WIC CLINIC USE		TOTAL (Circle if low)									
		Birth to 2 mo.		--	3	6	--	--	--	--	--
		2 to 4 mo.		--	4	6	--	--	--	--	--
		4 to 6 mo.		--	4	6	--	--	--	--	--
		6 to 8 mo.		--	5	10	.5	.5	--	--	--
		8 to 12 mo.		1	4	10	1	1	--	--	--

Client Name: _____ WIC Staff Signature (CPA): _____ Date: _____

WIC es un programa de oportunidad igual. Si usted cree que ha sido victima de la descriminación por causa de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, a desabilidad, escriba inmediatamente a: Secretary of Agriculture, USDA, Washington, DC 20250.