

# Infant Nutrition Questionnaire (Birth through 3 Months)

Baby's Name: \_\_\_\_\_

Baby's Age: \_\_\_\_\_

**Please circle or write your answers to the following questions:**

1. What would you like to talk about today? \_\_\_\_\_

## Your Baby's Sleep

2. In 24 hours, what is the longest stretch of time that your baby sleeps? \_\_\_\_\_ hours

3. What questions do you have about your baby's sleep? \_\_\_\_\_

## Your Baby's Cues

4. How does your baby show you he or she is hungry? \_\_\_\_\_

5. How does your baby show you he or she is full? \_\_\_\_\_

6. Does it seem like your baby is crying too much? *No* *Yes*

7. Is it ever hard to figure out what your baby needs? *No* *Yes*

## Feeding Your Baby

8. How is feeding going? *Not good* *OK* *Pretty good* *Great* *Other* \_\_\_\_\_

9. What else does your baby drink besides breastmilk? *Nothing else* *Formula* *Juice* *Cereal in bottle* *Water*  
*Sugar water* *Tea* *Other* \_\_\_\_\_

10. How many times in 24 hours (day and night) does your baby breastfeed? \_\_\_\_\_

11. What questions do you have about feeding your baby? \_\_\_\_\_

## If Feeding Your Baby Formula

12. When was the last time you breastfed this baby? \_\_\_\_\_

13. What is the name of the formula you give your baby? \_\_\_\_\_ *Powder* *Concentrate*

14. How many ounces of formula does your baby drink at a feeding? \_\_\_\_\_

15. How many times in 24 hours (day and night) do you feed formula? \_\_\_\_\_

16. Explain how you mix the formula: \_\_\_\_\_ ounces water with \_\_\_\_\_ scoops/ounces formula  
Which do you put in the bottle first? *Formula* *Water*

17. Where does your baby drink from the bottle?  
*Crib* *Stroller* *Car seat* *Held by someone* *Other* \_\_\_\_\_

## Additional Questions

18. In the last 24 hours (day and night) how many wet or poopy diapers did your baby have? \_\_\_\_\_ wet \_\_\_\_\_ poopy

19. Describe your baby's poop.

Color: *Black & Sticky* *Brownish to Greenish* *Yellowish & Seedy* *Other* \_\_\_\_\_

Texture: *Firm* *Hard & Pebbly* *Soft* *Watery* *Other* \_\_\_\_\_

20. Do you give your baby: *Vitamin drops* *Vitamin D* *Fluoride* *Iron drops* *Medicine*  
*Other* \_\_\_\_\_

21. Does your baby often have: *Wheezing* *Rash* *Constipation* *Diarrhea* *Colic*  
*Allergies to* \_\_\_\_\_ *Other* \_\_\_\_\_

22. When is your baby's next doctor's appointment? \_\_\_\_\_

23. Do you ever run out of food? *No* *Yes (What do you do?)* \_\_\_\_\_

24. What questions or concerns do you have about shopping for WIC foods? \_\_\_\_\_

**STAFF  
USE ONLY**

Date: \_\_\_\_\_ Staff Name: \_\_\_\_\_

WIC ID#: \_\_\_\_\_ Length: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_

**Cuestionario sobre nutrición infantil (del nacimiento a 3 meses de edad)**

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_

Edad del bebé: \_\_\_\_\_

**Por favor, encierre en un círculo o escriba sus respuestas a las siguientes preguntas:**

1. ¿Sobre qué le gustaría hablar hoy? \_\_\_\_\_

**El sueño de su bebé**

2. En 24 horas, ¿cuál es el periodo más largo que su bebé pasa dormido? \_\_\_\_\_ horas

3. ¿Qué preguntas tiene acerca de cómo duerme su bebé? \_\_\_\_\_

**Las señales de su bebé**

4. ¿Cómo le hace saber su bebé que tiene hambre? \_\_\_\_\_

5. ¿Cómo le hace saber su bebé que está satisfecho? \_\_\_\_\_

6. ¿Piensa que su bebé llora demasiado? *No Sí*7. ¿Le cuesta trabajo saber lo que su bebé necesita? *No Sí***Alimentar a su bebé**8. ¿Cómo va la alimentación? *No muy bien Más o menos Bien Excelente Otro* \_\_\_\_\_9. ¿Qué más toma su bebé además de leche materna? *Nada más Fórmula Jugo Cereal en biberón Agua Agua azucarada Té Otro* \_\_\_\_\_

10. ¿Cuántas veces en 24 horas (día y noche) toma pecho su bebé? \_\_\_\_\_

11. ¿Qué preguntas tiene acerca de cómo alimentar a su bebé? \_\_\_\_\_

**Si alimenta a su bebé con fórmula**

12. ¿Cuándo fue la última vez que dio pecho a este bebé? \_\_\_\_\_

13. ¿Cuál es el nombre de la fórmula que le da a su bebé? \_\_\_\_\_ *Polvo Concentrado*

14. ¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé cuando lo alimenta? \_\_\_\_\_

15. ¿Cuántas veces en 24 horas (día y noche) alimenta a su bebé con fórmula? \_\_\_\_\_

16. Explique cómo mezcla la fórmula: \_\_\_\_\_ onzas de agua con \_\_\_\_\_ *cucharadas/onzas* de fórmula  
¿Qué es lo primero que pone en el biberón? *Fórmula Agua*

17. ¿En qué lugares toma su bebé del biberón?

*Cuna Carriola Asiento de seguridad En brazos de alguien Otro* \_\_\_\_\_**Preguntas adicionales**

18. En las últimas 24 horas (día y noche), ¿cuántos pañales mojados \_\_\_\_\_ o pañales sucios \_\_\_\_\_ ha tenido su bebé?

19. Describa la popó de su bebé.

Color: *Negra y pegajosa Café a verdosa Amarillenta y grumosa Otra* \_\_\_\_\_Textura: *Firme Dura y en bolitas Suave Aguada Otra* \_\_\_\_\_20. Su bebé consume: *Vitaminas en gotas Vitamina D Fluoruro Hierro en gotas Medicamentos*  
*Otro* \_\_\_\_\_21. Su bebé sufre con frecuencia: *Dificultad para respirar Sarpullido Estreñimiento Diarrea Cólicos*  
*Alergias a* \_\_\_\_\_ *Otro* \_\_\_\_\_

22. ¿Cuándo es la próxima cita de su bebé con el médico? \_\_\_\_\_

23. ¿Alguna vez se le acaba la comida? *No Sí (¿Qué hace en ese caso?)* \_\_\_\_\_

24. ¿Qué preguntas o preocupaciones tiene acerca de comprar alimentos de WIC? \_\_\_\_\_

**STAFF  
USE ONLY**

Date: \_\_\_\_\_ Staff Name: \_\_\_\_\_

WIC ID#: \_\_\_\_\_ Length: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_