

# Infant Nutrition Questionnaire (4 through 11 Months)

Baby's Name: _____	Baby's Age: _____
--------------------	-------------------

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

1. What is something new that your baby is doing now? \_\_\_\_\_
2. What would you like to talk about today? \_\_\_\_\_

**Feeding Your Baby**

3. How is feeding going? *Not good* *OK* *Pretty good* *Great* *Other* \_\_\_\_\_
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. How many times in 24 hours (day and night) does your baby breastfeed? \_\_\_\_\_

**If Feeding Your Baby Formula**

7. What is the name of the formula you give your baby? \_\_\_\_\_ *Powder* *Concentrate*
8. How many ounces of formula does your baby drink at a feeding? \_\_\_\_\_
9. How many times in 24 hours (day and night) do you feed formula? \_\_\_\_\_
10. Explain how you mix the formula: \_\_\_\_\_ ounces water with \_\_\_\_\_ scoops/ounces formula  
Which do you put in the bottle first? *Formula* *Water*

**Other Drinks and Foods**

11. What does your baby drink besides breastmilk or formula? *Nothing else* *Water* *Juice* *Cereal in bottle*  
*Milk* *Sweetened water* *Rice water* *Bean water* *Tea* *Fruit drinks* *Soda* *Sports drinks* *Diet drinks*  
*Energy drinks* *Nido* *Pedialyte* *Other* \_\_\_\_\_
12. Does your baby use: *Bottle* *Sippy cup* *Cup*
13. Where does your baby drink from the bottle or sippy cup? *Does not use* *Crib* *Stroller* *Car seat* *High chair*  
*Held by someone* *Other* \_\_\_\_\_
14. What textures of food does your baby eat? *None* *Smooth* *Mashed* *Chopped* *Soft pieces*
15. How often do you offer your baby solid foods? *Not at all* *1-2 times a day* *3 or more times a day*
16. What does your baby eat? *None* *Baby food in jars* *Table food*  
*Infant cereal* *Cold or hot cereal* *Bread* *Tortillas* *Rice* *Pasta/noodles* *Crackers* *Teething biscuits*  
*Vegetables (which?)* \_\_\_\_\_  
*Fruits (which?)* \_\_\_\_\_  
*Beef* *Pork* *Chicken* *Turkey* *Fish* *Egg yolks* *Whole eggs* *Beans* *Peanut butter* *Tofu*  
*Milk* *Cheese* *Yogurt* *Cottage cheese*  
*French fries* *Chips* *Hot dogs* *Nuggets* *Desserts/sweets* *Popcorn* *Raisins* *Honey* *Nuts*  
*Other* \_\_\_\_\_
17. What questions do you have about feeding your baby? \_\_\_\_\_

**Additional Questions**

18. Do you give your baby: *Vitamin drops* *Vitamin D* *Fluoride* *Iron drops* *Medicine*  
*Other* \_\_\_\_\_
19. Does your baby often have: *Wheezing* *Rash* *Constipation* *Diarrhea* *Colic*  
*Allergies to* \_\_\_\_\_ *Other* \_\_\_\_\_
20. When is your baby's next doctor's appointment? \_\_\_\_\_
21. Do you ever run out of food? *No* *Yes (what do you do?)* \_\_\_\_\_
22. What questions or concerns do you have about shopping for WIC foods? \_\_\_\_\_

<b>STAFF USE ONLY</b>	Date: _____ Staff Name: _____
	WIC ID#: _____ Length: _____ Weight: _____



# Cuestionario sobre nutrición infantil (de 4 a 11 meses de edad)

Nombre del bebé: _____	Edad del bebé: _____
------------------------	----------------------

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

1. ¿Qué hace su bebé que sea nuevo ahora? \_\_\_\_\_
2. ¿Sobre qué le gustaría hablar hoy? \_\_\_\_\_

**Alimentar a su bebé**

3. ¿Cómo va la alimentación? *No muy bien Más o menos Bien Excelente Otro* \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo le hace saber su bebé que tiene hambre? \_\_\_\_\_
5. ¿Cómo le hace saber su bebé que está satisfecho? \_\_\_\_\_
6. ¿Cuántas veces en 24 horas (día y noche) toma pecho su bebé? \_\_\_\_\_

**Si alimenta a su bebé con fórmula**

7. ¿Cuál es el nombre de la fórmula que le da a su bebé? \_\_\_\_\_ *Polvo Concentrado*
8. ¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé cuando lo alimenta? \_\_\_\_\_
9. ¿Cuántas veces en 24 horas (día y noche) alimenta a su bebé con fórmula? \_\_\_\_\_
10. Explique cómo mezcla la fórmula: \_\_\_\_\_ onzas de agua con \_\_\_\_\_ *cucharadas/onzas* de fórmula  
 ¿Qué es lo primero que pone en el biberón? *Fórmula Agua*

**Otras bebidas y alimentos**

11. ¿Qué más toma su bebé además de leche materna o fórmula? *Nada más Agua Jugo Cereal en biberón Leche Agua endulzada Agua de arroz Agua de frijol Té Bebidas de fruta Refrescos Bebidas deportivas Bebidas dietéticas Bebidas energizantes Leche Nido Pedialyte Otro* \_\_\_\_\_
12. Su bebé usa: *Biberón Vaso entrenador Taza*
13. ¿En qué lugares toma su bebé del biberón o vaso entrenador? *No lo usa Cuna Carriola Asiento de seguridad Silla alta En brazos de alguien Otro* \_\_\_\_\_
14. ¿Qué texturas de alimentos come su bebé? *Ninguna Puré Machacados Picados En pedacitos blandos*
15. ¿Qué tan seguido le ofrece a su bebé alimentos sólidos? *No le ofrece De 1 a 2 veces al día 3 o más veces al día*
16. ¿Qué come su bebé? *Ninguna de estas opciones Alimento para bebé en frasco Alimentos que come la familia Cereal infantil Cereal frío o caliente Pan Tortillas Arroz Pasta/fideos Galletas Galletas para la dentición Verduras (¿cuáles?) Frutas (¿cuáles?) Res Puerco Pollo Pavo Pescado Yemas de huevo Huevo entero Frijoles Crema de cacahuete Tofu Leche Queso Yogurt Requesón Papas a la francesa Papas fritas Salchichas Nuggets Postres/dulces Palomitas de maíz Pasas Miel Nueces Otro* \_\_\_\_\_
17. ¿Qué preguntas tiene acerca de cómo alimentar a su bebé? \_\_\_\_\_

**Preguntas adicionales**

18. Su bebé consume: *Vitaminas en gotas Vitamina D Fluoruro Hierro en gotas Medicamentos Otro* \_\_\_\_\_
19. Su bebé sufre con frecuencia: *Dificultad para respirar Sarpullido Estreñimiento Diarrea Cólicos Alergias a* \_\_\_\_\_ *Otro* \_\_\_\_\_
20. ¿Cuándo es la próxima cita de su bebé con el médico? \_\_\_\_\_
21. ¿Alguna vez se ha quedado sin comida? *No Sí (¿Qué hace en ese caso?)* \_\_\_\_\_
22. ¿Qué preguntas o preocupaciones tiene acerca de comprar alimentos de WIC? \_\_\_\_\_

<b>STAFF USE ONLY</b>	Date: _____ Staff Name: _____
	WIC ID#: _____ Length: _____ Weight: _____