

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? _____

STAFF USE ONLY	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? _____

**STAFF
USE ONLY**

Date: _____ Staff Name: _____

WIC ID#: _____ Length: _____ Weight: _____