

Child Nutrition Questionnaire (1 through 4 Years)

Child's Name: _____	Child's Age: _____
---------------------	--------------------

Please circle or write your answers to the following questions:

1. What is something your family does to be healthy? _____
2. What would you like to talk about today? _____

Your Child's Eating

3. How would you describe your child's eating? *OK Picky Eats too much Doesn't eat enough Other* _____
4. How many meals does your child eat per day? _____ How many snacks? _____
5. How often do you eat together as a family? *Every day Sometimes Rarely* _____
6. How would you describe mealtimes? *Enjoyable Rushed Stressful We watch TV We talk together Child eats alone Other* _____
7. How many times a **week** does your family eat out or eat take-out food? _____

Drinks and Foods

8. Does your child use: *Bottle Sippy Cup Cup His/her fingers Spoon Fork* _____
9. What does your child drink on **most days**? *Breastmilk Milk Juice Water Soy milk Formula Fruit Drinks Kool-Aid or Punch Soda Energy drinks Sports drinks Diet drinks Tea Pediasure Nido Other* _____
10. What does your child eat on **most days**? *Whole wheat bread Corn tortillas Whole wheat tortillas Brown rice Cold or hot cereal White bread Flour tortillas White rice Pasta/noodles Crackers Vegetables (which?) Fruits (which?) Beef Pork Chicken Turkey Fish Eggs Beans Peanut butter Tofu Whole milk Lowfat milk Nonfat milk Flavored milk Cheese Yogurt Cottage cheese French fries Chips Hot dogs Nuggets Desserts/sweets Popcorn Raisins Nuts Baby foods Other* _____
11. Are there any foods that your child does not eat? *No Yes (which?)* _____
12. Does your child eat non-food items like dirt, sand or paint chips? *No Yes (which?)* _____
13. What questions do you have about feeding your child? _____

Additional Questions

14. Do you give your child: *Vitamins/minerals Fluoride Iron Medicine Other* _____
15. Does your child often have? *Wheezing Rash Constipation Diarrhea Allergies to* _____ *Other* _____
16. Has your child ever had a blood lead test? _____ If yes, when? _____
17. What do you think about your child's size? *Too small Too big OK Other* _____
18. What kinds of active play does your child do? _____
19. How many hours a day does your child watch TV, play video or computer games, etc.? _____
20. When is your child's next doctor's appointment? _____ Dentist? _____
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/Height: _____ Weight: _____



Cuestionario sobre nutrición de niños (de 1 a 4 años de edad)

Nombre del niño: _____	Edad del niño: _____
------------------------	----------------------

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

1. Mencione algo que hace su familia para estar sana. _____
2. ¿Sobre qué le gustaría hablar hoy? _____

Alimentar a su hijo

3. ¿Cómo describiría la alimentación de su hijo? Buena Es delicado para comer Come demasiado No come lo suficiente Otro _____
4. ¿Cuántas comidas come su hijo al día? _____ ¿Cuántos bocadillos come? _____
5. ¿Con qué frecuencia comen en familia? Todos los días A veces Rara vez
6. ¿Cómo describiría la hora de la comida? Agradable Apresurada Estresante Vemos la televisión Platicamos El niño come solo Otro _____
7. ¿Cuántas veces a la **semana** comen fuera de casa o piden comida para llevar? _____

Bebidas y alimentos

8. Su hijo usa: Biberón Vaso entrenador Taza Sus dedos Cuchara Tenedor
9. ¿Qué bebe su hijo la **mayoría de los días**? Leche materna Leche Jugo Agua Leche de soya Fórmula Bebidas de fruta Kool-Aid o ponche Refrescos Bebidas energéticas Bebidas deportivas Bebidas dietéticas Té Pediasure Leche Nido Otro _____
10. ¿Qué come su hijo la **mayoría de los días**? Pan de trigo integral Tortillas de maíz Tortillas de trigo integral Arroz integral Cereal frío o caliente Pan blanco Tortillas de harina Arroz blanco Pasta/fideos Galletas Verduras (¿cuáles?) _____ Frutas (¿cuáles?) _____
Res Puerco Pollo Pavo Pescado Huevo Frijoles Crema de cacahuete Tofu Leche entera Leche baja en grasa Leche descremada Leche de sabor Queso Yogurt Requesón Papas a la francesa Papas fritas Salchichas Nuggets Postres/dulces Palomitas de maíz Pasas Nueces Alimento para bebés Otro _____
11. ¿Hay algún alimento que su hijo no coma? No Sí (¿cuál?) _____
12. ¿Su hijo come otras cosas que no sean alimento como tierra, arena o trozos de pintura? No Sí (¿qué?) _____
13. ¿Qué preguntas tiene acerca de cómo alimentar a su hijo? _____

Preguntas adicionales

14. Su hijo consume: Vitaminas/minerales Fluoruro Hierro Medicamentos Otro _____
15. Su hijo sufre con frecuencia: Dificultad para respirar Sarpullido Estreñimiento Diarrea Alergias a _____ Otro _____
16. ¿Alguna vez le han hecho pruebas de plomo en la sangre a su hijo? _____ De ser así, ¿cuándo fue? _____
17. ¿Qué piensa del tamaño de su hijo? Muy pequeño Muy grande Está bien Otro _____
18. ¿En qué juegos participa de manera activa su hijo? _____
19. ¿Cuántas horas al día pasa su hijo viendo televisión, jugando juegos de video o de computadora, etc.? _____
20. ¿Cuándo es la próxima cita de su hijo con el médico? _____ ¿Con el dentista? _____
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/Height: _____ Weight: _____