

CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA NIÑOS (2 a 4 años)

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

Favor de circular o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuándo es la siguiente cita de su niño con el doctor? _____ dentista? _____
2. **¿Qué le da a su niño?** *Vitaminas/Minerales Fluoruro Hierro Ninguno*
Otras medicinas (apunte) _____
3. Mi niño tiene actualmente: *Alergias Respira con dificultad Sarpullido Estreñimiento Diarrea Nada*
4. **¿Cuáles cosas, además de alimentos, come su niño?** *Tierra Barro Alfombra Almidón*
Colillas Pintura descascarada Polvo Cenizas Ninguna Otras (apunte) _____
5. ¿Su niño ha tenido una prueba del plomo en la sangre? *Sí No Si sí, ¿cuándo? _____*

6. **¿Cómo describiría la manera de comer de su niño?**
Está bien No quiere comer Come demasiado No come lo suficiente Otro _____
7. **¿Cuántas veces a la semana come un adulto con su niño?**
Nunca 1 a 3 veces 4 a 6 veces 7 o más veces
8. ¿Quién prepara las comidas para su familia? _____
9. ¿Cómo describiría las comidas en su familia?
Usualmente agradables A veces agradables Desagradables Otro _____
10. ¿Cuántas veces a la semana come su familia comidas rápidas o de restaurante?
Nunca 1 a 2 veces 3 a 4 veces 5 o más veces
11. **¿Qué es lo que su niño come y toma en la mayoría de los días?**
 - ◆ *Jugo Soda Kool Aid Gatorade Agua*
 - ◆ *Frutas Verduras*
 - ◆ *Leche (Descremada Baja en grasa Entera) Queso Yogurt Requesón Pudín/Flan*
 - ◆ *Carne Hotdogs Pollo Pavo Pescado Tofú Frijoles/Lentejas Crema de cacahuete Huevos Nueces*
 - ◆ *Pan Cereales Tortillas Arroz Pasta Bolillos Galletas saladas Pan Dulce*
 - ◆ *Dulces Galletas Pasteles Donas Helados Tostaditas Papas fritas*
 - ◆ *Otros (apunte) _____*
12. ¿Cuáles son los alimentos favoritos de su niño? _____
13. **¿Cuáles alimentos no le gustan a su hijo o no puede comer?** _____
14. **Mi niño usa lo siguiente para comer o tomar:** *Pecho Biberón Taza Cuchara Tenedor Dedos*

15. ¿Qué piensa del peso y crecimiento de su niño? *Muy poco Mucho Está bien*
16. ¿Cuáles actividades físicas hace su niño? _____
17. ¿Cuántas horas regularmente está prendida la televisión (incluyendo juegos de video, videos, gameboy) cada día en su casa? _____
18. **¿Alguna vez se ha quedado sin dinero o sin estampillas de comida para comprar alimentos?**
Sí No
19. ¿Qué preguntas tiene hoy sobre la nutrición o la salud? _____

For Staff Use Only (Para el uso del empleado de WIC)

Date: _____ WIC Staff Name: _____

Participant WIC ID#: _____ Height: _____ Weight: _____