WIC HEALTH QUESTIONNAIRE - Child

Date:_____

Child's Name	Birth Date	Expected Due Date (If <2 years old)	Age (in months if less than 2 years; in years and months if over 2)

Female / Male (Circle one)

		Circle Yes or No		NRFs
1.	**Is your child under two years of age? (**If no, skip to question 2; if yes, answer the following): a) Child's birth weight_____ Birth length_____ b) Was your child ever breastfed? If yes, for how long?_____ Why was breastfeeding stopped?_____	No No	Yes Yes	
2.	**Is your child up to date on his/her immunizations? Please bring shot records.**	Yes	No	Refer
3.	**Has your child had a blood lead test done in the last 12 months?** ..... Lead level or test result (if known)_____	No	Yes	System Assigned NRF
4.	**Does your child take any herbs or dietary supplements?**……... **If yes, describe:**_____	No	Yes	CG CH
5.	**Does your child have a medical problem diagnosed by a doctor (such as birth defects/handicaps, hepatitis, HIV/AIDS, diabetes, food allergy or asthma requiring daily medication)?**……. If yes, describe:_____	No	Yes	Medical Condition
6.	**Does your child have any dental problems (such as severe tooth decay and/or swallowing/chewing difficulties)?** ..... If yes, describe:_____	No	Yes	
7.	**Has your child had major surgery in the last two months?**.....	No	Yes	
8.	**Does your child have any of the following?** ..... Frequent constipation ☐ Frequent vomiting ☐ Frequent diarrhea ☐ Frequent illness ☐ If yes, describe how long/how often:_____	No	Yes	Counsel/ Refer
9.	**Is this child in foster care?** If yes, when did s/he move to this foster care home?_____	No	Yes	94
10.	**Do you have any questions or concerns about:** ..... Picky eaters ☐ What foods are best ☐ Well Child clinic ☐ Snacks ☐ Eating vegetables ☐ Immunizations ☐ Lead exposure ☐ Child support payments ☐ Other questions:_____ **Would you like information about:** Medicaid ☐ TANF ☐ Food Stamps ☐	No No	Yes Yes	Counsel/ Refer
11.	**Does anyone living in your household smoke inside the home?**	No	Yes	ES
12.	**When does your child see a doctor or go to a clinic?** For regular check-ups ☐ Just when sick ☐ Both ☐ Neither ☐ Name of doctor or clinic:_____			Counsel/ Refer
13.	**Do you clean/brush your child's teeth daily?**.....	Yes	No	
14.	**Does your child receive regular dental care?**	Yes	No	

*Questionnaire assessed by:*_____ *(Staff)*

Notes:

CUESTIONARIO DE SALUD DE WIC - NIÑO
WIC NUTRITION QUESTIONNAIRE - Child

Fecha:_____

Nombre del Niño	Fecha de nacimiento	Fecha probable del parto (Si tiene menos de 2 años)	Edad (En meses si tiene menos de 2 años; en años y meses si más de 2 años)
Niña / Niño (circule uno)			

	Marque con un Círculo **Sí**	**o No**	**NRFs**
1. Tiene su niño menos de dos años de edad? (No: pase a la pregunta #2; Sí: conteste lo siguiente): a) Peso del niño al nacer _____ Estatura al nacer _____ b) ¿Amamantó a su niño/a alguna vez ? ..... Si lo hizo, ¿por cuánto tiempo?_____ ¿Por qué dejó de darle el pecho al niño?_____	No No	Sí Sí	
2. Está su niño/a al corriente con sus vacunas/inmunizaciones? ..... Por favor, traiga con usted los registros de vacunación.	Sí	No	Refer
3. En los últimos 12 meses, ¿le han hecho a su niño la prueba de plomo en la sangre? ..... Nivel de plomo o resultados del examen (si se conocen): _____	No	Sí	System Assigned NRF
4. ¿Le da a su niño/a algún tipo de hierbas o suplementos dietéticos? Si contestó sí, descríbala:_____	No	Sí	CG CH
5. ¿Tiene su niño/a algún problema de salud diagnosticado por un médico (como defectos de nacimiento/discapacidades, hepatitis, VIH/SIDA, diabetes, alergia de alimento, o asma que requiere medicamento diariamente)? ..... Si contestó sí, descríbalo: _____	No	Sí	Medical Condition
6. ¿Su niño tiene algún problema dental como caries graves y/o dificultades para tragar o masticar? Si contestó sí, descríbalo:_____	No	Sí	
7. ¿Su niño ha tenido una cirugía mayor en los últimos dos meses?	No	Sí	
8. ¿Tiene su niño/a alguno de los siguientes problemas? ..... Estreñimiento frecuente ☐ Vómitos o que devuelva con frecuencia ☐ Diarrea frecuente ☐ Se enferma con frecuencia ☐ Si los tiene, describa con qué frecuencia y por cuánto tiempo:_____	No	Sí	Counsel/ Refer
9. ¿Este niño está recibiendo cuidado de "foster care?" ..... …. Si la respuesta es sí, ¿cuándo le llevaron a esta casa de transición/"foster care home?"_____	No	Sí	94
10. ¿Tiene preguntas o le preocupa alguno de los siguientes puntos ..... Los niños que quieren comer sólo ciertos alimentos ☐ Las comidas que son mejores para los niños ☐ Los bocadillos ☐ Clínica de cuidados preventivos para niños ☐ Sostenimiento económico del padre ☐ Las verduras (vegetales) ☐ Las vacunas ☐ Exposición al plomo ☐ Otras preguntas:_____ ¿Quisiera recibir información sobre: Medicaid ☐ TANF ☐ Estampillas de comida ☐	No No	Sí Sí	Counsel/ Refer
11. ¿Alguien viviendo en la casa fuma dentro de la casa?	No	Sí	ES
12. ¿Cuándo va su niño/a al médico o a la clínica? Para revisiones regulares ☐ Solamente cuando está enfermo ☐ En ambos casos ☐ En ningún caso ☐ Nombre del médico o de la clínica:_____			Counsel/ Refer
13.¿ Le lava los dientes al niño/a diariamente?	Sí	No	
14.¿ Tiene su niño cuidados dentales regulares?	Sí	No	

*Questionnaire assessed by:*_____ *(staff)*