WIC HEALTH QUESTIONNAIRE - Child

Date:_____

_____ _____ _____

Child's Name | Birth Date | 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 have a medical problem diagnosed by a doctor (such as birth defects/handicaps, hepatitis, HIV/AIDS, diabetes, or asthma requiring daily medications)?..... If yes, describe:_____	No	Yes	Medical Condition
5. Does your child have any dental problems (such as severe tooth decay and/or swallowing/chewing difficulties)?..... If yes, describe:_____	No	Yes	
6. Has your child had major surgery in the last two months?	No	Yes	
7. 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
8. Is this child in foster care? If yes, when did they move to this foster care home?_____	No	Yes	94
9. 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
10. Does anyone in your home or at day care smoke tobacco?	No	Yes	
11. 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:_____			
12. Do you clean/brush your child's teeth daily?	Yes	No	
13. 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	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. ¿Tiene su niño/a algún problema de salud diagnosticado por un médico (como defectos de nacimiento/discapacidades, hepatitis, VIH/SIDA, diabetes, o asma que requiere medicamento diariamente)? ..... Si contestó sí, descríbalo: _____	No	Sí	Medical Condition
5. ¿Su niño tiene algún problema dental como caries graves y/o dificultades para tragar o masticar? Si contestó sí, descríbalo:_____	No	Sí	
6. ¿Su niño ha tenido una cirugía mayor en los últimos dos meses?	No	Sí	
7. ¿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
8. ¿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
9. ¿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	Sí	Counsel/ Refer
10. ¿Alguien fuma en su casa o en la guardería?	No	Sí	
11. ¿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:_____			
12.¿ Le lava los dientes al niño/a diariamente?	Sí	No	
13.¿ Tiene su niño cuidados dentales regulares?.....	Sí	No	

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

Notes: