



MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES
WIC NUTRITION ASSESSMENT FOR WOMEN

PARTICIPANT NAME	DATE COMPLETED:
------------------	-----------------

COMPLETED BY ALL WOMEN

1. Are you following a special diet? Yes No [427.2]
 If yes, which of the following special diets are you following? (Select all that apply):
 Vegetarian Vegan Low calorie/weight loss Macrobiotic Food allergy
 Low Fat Low Carbohydrate Other: _____
 If yes, is there a medical condition related to this special diet? Yes No [341-362]

2. Do you routinely eat things that are non-food items? Yes No [427.3]
 If yes, select all that apply:
 Ashes Chalk Large quantities of ice and/or freezer frost
 Baking Soda Cigarettes Paint chips
 Burnt matches Clay Soil
 Carpet fibers Dust Starch (laundry or cornstarch) Other: _____

3. On a typical day, how many times do you usually eat fruit? 5 or more 4 3 2 1 None

4. On a typical day, how many times do you usually eat vegetables? 5 or more 4 3 2 1 None

5. What type of milk do you drink? (Select all that apply): [427.2]
 Milk (Cow) Goat Milk Rice Milk or Almond Milk Soy Milk Lactose Free Milk None
 Other _____
 What kind of milk do you drink? Fat-free (skim) Low-fat (1%) Reduced fat (2%) Whole Not Applicable
 On a typical day, how many times do you drink milk?
 4 cups or more/ Many times/day 3 cups/Three times/day 2 cups/ Twice/day 1 cup or less/ Once/day or less

6. On a typical day, how many times do you drink juice, fruit/sports drinks, regular pop/soda, sweet tea and/or water with Kool-Aid or sugar? 4 or more 3 2 1 None
 On a typical day, how many times do you drink diet pop/soda and/or coffee/tea? ... 4 or more 3 2 1 None
 On a typical day, how many times do you drink plain water? 4 or more 3 2 1 None

7. What kind of physical activities do you do on most days? (Select all that apply)
 None Running Housework/cleaning Bike riding Playing with my children
 Walking Swimming Gardening/yard work Gym Other: _____

8. On a typical day, how many minutes do you spend doing these activities breathing hard or sweating?
 Less than 15 minutes 15 minutes 30 minutes 45 minutes
 60 minutes (1 hour) 90 minutes (1½ hours) or more Not Applicable

9. Have you visited a dentist within the past 12 months? Yes No [381]
 Do you have tooth decay, broken teeth, bleeding gums, missing teeth and/or misplaced teeth that make chewing difficult? Yes No

ANSWER THE FOLLOWING QUESTION IF YOU ARE CURRENTLY PREGNANT.

10. Which of the following foods do you eat? (Select all that apply): [427.5]
 Fresh squeezed fruit or vegetable juices
 Unpasteurized (farm fresh) dairy products
 Soft cheeses such as Feta, Brie, Camembert, Blue-veined cheese, Queso Blanco, Queso Fresco
 Raw or undercooked meats, fish, chicken, turkey or eggs
 Raw sprouts (alfalfa, clover, bean, radish)
 Uncooked luncheon meats, deli meats, hot dogs
 None of these

Your CPA/Nutritionist will discuss your eating and activity habits and will ask more questions.



EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN PARA MUJERES

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:
-------------------------	---------------------------

TODAS LAS MUJERES DEBEN COMPLETAR

1. ¿Tiene usted una dieta especial? Sí No [427.2]
 Si contesta sí, ¿cuál de las siguientes dietas especiales tiene usted? (Escoja todas las que correspondan):
 Vegetariana Vegana Baja en calorías/bajar de peso Macrobiótica Alergia a alimentos
 Baja en grasa Baja en carbohidratos Otra: _____

Si contesta sí, ¿la dieta especial se relaciona con una enfermedad médica? Sí No [341-362]

2. ¿Come usted regularmente objetos no comestibles? Sí No [427.3]
 Si contesta sí, escoja todos los que correspondan:
 Cenizas Tiza/gis Grandes cantidades de hielo y/o escarcha Otros:
 Bicarbonato Cigarros Astillas de pintura
 Cerillos usados Arcilla Tierra
 Fibras de alfombra Polvo Almidón (de ropa o almidón de maíz)

3. En un día normal, ¿cuántas veces come fruta? 5 o más 4 3 2 1 Ninguna

4. En un día normal, ¿cuántas veces come verduras? 5 o más 4 3 2 1 Ninguna

5. ¿Qué tipo de leche toma usted? (Escoja todas las que correspondan): [427.2]
 Leche (de vaca) Leche de cabra Leche de arroz o Leche de almendras Leche de soya
 Leche deslactosada Ninguna Otra _____
 ¿Qué clase de leche toma usted?
 Leche descremada (sin grasa) Baja en grasa (1%) Grasa reducida (2%) Entera No aplica
 En un día normal, ¿cuántas veces toma leche? 4 vasos o más/Muchas veces al día 3 vasos/Tres veces al día
 2 vasos/Dos veces al día 1 vaso o menos/Una vez al día o menos

6. En un día normal, ¿cuántas veces toma jugos, bebidas deportivas o de frutas, refrescos regulares, té dulce y/o agua con Kool-Aid o azúcar? 4 o más 3 2 1 Ninguna
 En un día normal, ¿cuántas veces toma refresco de dieta y/o café o té? 4 o más 3 2 1 Ninguna
 En un día normal, ¿cuántas veces toma agua sola? 4 o más 3 2 1 Ninguna

7. ¿Qué clase de actividades físicas realiza la mayoría de los días? (Escoja todas las que correspondan)
 Ninguna Correr Limpieza/labores del hogar Andar en bicicleta Jugar con mis hijos
 Caminar Nadar Jardinería Gimnasio Otra: _____

8. En un día normal, ¿cuántos minutos pasa en estas actividades sudando o con respiración agitada? No aplica
 Menos de 15 minutos 15 minutos 30 minutos 45 minutos 60 minutos (1 hora) 90 minutos (1 ½ horas) o más

9. ¿Ha visitado a un dentista en los últimos 12 meses? Sí No [381]
 ¿Tiene usted caries dentales, dientes rotos, encías sangrantes, le faltan dientes y/o dientes chuecos que le dificultan el masticar? Sí No

CONTESTE LA SIGUIENTE PREGUNTA SI ESTÁ EMBARAZADA.

10. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come usted? (Escoja todos los que correspondan): [427.5]
 Jugos frescos de frutas o verduras
 Productos lácteos sin pasteurizar (de granja)
 Quesos suaves como Feta, Brie, Camembert, Queso Stilton, Queso blanco, Queso fresco
 Carne, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o semi crudos
 Brotes crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano)
 Salchichas, embutidos y de carnes frías sin cocinar
 Nada de esto

Su Nutricionista CPA le platicará sobre su manera de comer y hábitos de actividad y le hará más preguntas.