MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

WIC NUTRITION ASSESSMENT FOR CHILDREN AGES 1-5

CHILD'S NAME:	AGE: √ MONTH RANGE ☐ 12-23 ☐ 24-59	DATE COMPLETED:

1. Is your child following a special diet? ☐ Yes ☐ No **[341- 362] [425.6]**
   If yes, select: ☐ Vegetarian ☐ Vegan ☐ Low calorie/weight loss
   ☐ Macrobiotic ☐ Food allergy ☐ Tube Feeding ☐ Other: _____
   If yes, is there a medical condition related to this diet? ☐ Yes ☐ No

2. Which of the following foods does your child eat? (Select all that apply): **[425.5]**
   ☐ Fresh squeezed fruit or vegetable juices
   ☐ Raw or undercooked meats, fish, chicken, turkey or eggs
   ☐ Soft cheeses such as Feta, Brie, Camembert, Blue-veined cheese, Queso Blanco, Queso Fresco
   ☐ Uncooked luncheon meats, deli meats, hot dogs
   ☐ Unpasteurized (farm fresh) dairy products
   ☐ Raw sprouts (alfalfa, clover, bean, radish)
   ☐ None of the above

3. Does your child routinely eat things that are non-food items? ☐ Yes ☐ No **[425.9]**
   If yes, select all that apply:
   ☐ Ashes ☐ Clay ☐ Paint chips
   ☐ Carpet fibers ☐ Dust ☐ Paper ☐ Starch (laundry or cornstarch)
   ☐ Cigarettes or cigarette butts ☐ Foam Rubber ☐ Soil ☐ Other: _____

4. On a typical day, how many times does your child eat fruit? ☐ 5 or more ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ None

5. On a typical day, how many times does your child eat vegetables? ☐ 5 or more ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ None

6. What <u>type</u> of milk does your child drink? (Select all that apply): **[425.1] [425.8]**
   ☐ Breast Milk ☐ Formula (name)_____ ☐ Milk (Cow) ☐ Goat Milk
   ☐ Rice Milk or Almond Milk ☐ Soy Milk ☐ Lactose Free Milk ☐ None ☐ Other: _____
   What <u>kind</u> of milk does your child drink? ☐ Fat-free (skim) ☐ Low-fat (1%) ☐ Reduced fat (2%) ☐ Whole ☐ Not Applicable
   On a typical day, how many times does your child 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

7. On a typical day, how many times does your child 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 **[425.2]**
   On a typical day, how many times does your child drink diet pop/soda and/or coffee/tea? ☐ 4 or more ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ None
   On a typical day, how many times does your child drink plain water? ☐ 4 or more ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ None

8. What is your child's water source? (Select all that apply): **[425.8]**
   ☐ City/County water system ☐ Rural water system ☐ Private well ☐ Bottled water

9. Does your child drink any beverages, other than water, from a baby bottle/sippy cup? ☐ Yes ☐ No **[425.3]**
   When does your child drink beverages, other than water, from a bottle/sippy cup? (Select all that apply):
   ☐ In bed at night ☐ At naptime ☐ At meals and snacks ☐ Carries a bottle/sippy cup around during the day

10. Does your child take any vitamins, minerals, herbs or herbal supplements? ☐ Yes ☐ No **[425.7] [425.8]**
    If yes, select all that apply: ☐ Children's multivitamin ☐ Iron supplement ☐ Fluoride supplement
    ☐ Herbal supplement ☐ Vitamin D ☐ Other: _____

11. On a typical day, how many hours is your child in front of a screen? (TV, computer, video game, cell phone)
    ☐ None ☐ Less than 1 hour ☐ 1 hour ☐ 2 hours ☐ 3 hours ☐ 4 hours ☐ 5 or more hours ☐ Don't know
    On a typical day, how many minutes does your child spend in active play/exercise? (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

12. Has your child visited a dentist within the past 12 months? ☐ Yes ☐ No **[425.8]**
    Does your child have tooth decay (including baby bottle tooth decay), broken teeth, bleeding gums, missing teeth and/or misplaced teeth that make chewing difficult? ☐ Yes ☐ No
    Does your child brush their teeth with toothpaste that has fluoride? ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

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

This institution is an equal opportunity provider.

MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN WIC PARA NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS

NOMBRE DEL NIÑO:	EDAD: √ RANGO EN MESES ☐ 12-23 ☐ 24-59	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:

1. ¿Tiene su hijo(a) una dieta especial? ☐ Sí ☐ No **[341-362] [425.6]**
   Si contesta sí, escoja: ☐ Vegetariana ☐ Vegana ☐ Baja en calorías/bajar de peso ☐ Macrobiótica ☐ Alergia a alimentos ☐ Alimentación por sonda ☐ Otra:_____
   Si contesta sí, ¿la dieta se relaciona con una enfermedad médica? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come su hijo(a)? (Escoja todos los que correspondan): **[425.5]**
   ☐ Jugo fresco de frutas o verduras
   ☐ Carne, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o semi crudos
   ☐ Quesos suaves como Feta, Brie, Camembert, Queso Stilton, Queso blanco, Queso fresco
   ☐ Salchichas, embutidos y carnes frías sin cocinar
   ☐ Productos lácteos sin pasteurizar (de granja)
   ☐ Brotes crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano)
   ☐ Ninguno de los anteriores

3. ¿Come su hijo(a) regularmente objetos no comestibles? ☐ Sí ☐ No **[425.9]**
   Si contesta sí, escoja todos los que correspondan:
   ☐ Cenizas ☐ Barro ☐ Astillas de pintura ☐ Almidón (para la ropa o almidón de maíz)
   ☐ Fibras de alfombra ☐ Polvo ☐ Papel ☐ Tierra
   ☐ Cigarros o colillas de cigarros ☐ Hule espuma ☐ Otro: _____

4. En un día normal, ¿cuántas veces come fruta su hijo(a)? ☐ 5 o más ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Ninguna

5. En un día normal, ¿cuántas veces come verduras su hijo(a)? ☐ 5 o más ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Ninguna

6. ¿Qué clase de leche toma su hijo(a)? (Escoja todas las que correspondan): **[425.1] [425.8]**
   ☐ Leche materna ☐ Fórmula (nombre)_____ ☐ Leche (de vaca) ☐ Leche de cabra
   ☐ Leche de arroz o leche de almendras ☐ Leche de soya ☐ Leche deslactosada ☐ Ninguna ☐Otro:_____
   ¿Qué clase de leche toma su hijo(a)? ☐ Leche descremada (sin grasa) ☐ Baja en grasa (1%) ☐ Grasa reducida (2%) ☐ Entera ☐ No aplica
   En un día normal, ¿cuántas veces toma leche su hijo(a)? ☐ 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

7. En un día normal, ¿cuántas veces toma su hijo(a) jugos, bebidas deportivas o de frutas, refrescos regulares, té dulce y/o agua con Kool-Aid o azúcar agregada? ☐ 4 o más ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Ninguna **[425.2]**
   En un día normal, ¿cuántas veces toma su hijo(a) refrescos de dieta y/o café/té? ☐ 4 o más ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Ninguna
   En un día normal, ¿cuántas veces toma agua su hijo(a)? ☐ 4 o más ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Ninguna

8. ¿Cuál es la fuente de agua de su hijo(a)? (Escoja todas las que correspondan): **[425.8]**
   ☐ Sistema de agua de la ciudad/condado ☐ Sistema de agua rural ☐ Pozo privado ☐ Agua embotellada

9. ¿Toma su hijo(a) alguna bebida, aparte del agua, en biberón o en vaso entrenador? ☐ Sí ☐ No **[425.3]**
   ¿Cuándo toma su hijo(a) bebidas, aparte del agua, en biberón o en vaso entrenador? (Escoja todas las que correspondan):
   ☐ En la cama por la noche ☐ En la siesta ☐ En comidas y meriendas ☐ Lleva un biberón o vaso entrenador durante el día

10. ¿Toma su hijo(a) vitaminas, minerales, plantas medicinales o suplementos de hierbas? ☐ Sí ☐ No **[425.7] [425.8]**
    Si contesta sí, seleccione todas las que correspondan: ☐ Multivitamina para niños ☐ Suplemento de hierro
    ☐ Suplemento de fluoruro ☐ Suplemento de hierbas ☐ Vitamina D ☐ Otro: _____

11. En un día normal, ¿cuántas horas pasa su hijo(a) frente a una pantalla o monitor? (TV, computadora, vídeojuego, teléfono celular)
    ☐ Ninguna ☐ menos de 1 hora ☐ 1 hora ☐ 2 horas ☐ 3 horas ☐ 4 horas ☐ 5 horas o más ☐ No sé
    En un día normal, ¿cuántos minutos pasa su hijo(a) jugando activamente o haciendo ejercicios? (sudando o con respiración agitada)
    ☐ Menos de 15 minutos ☐15 minutos ☐ 30 minutos ☐ 45 minutos ☐ 60 minutos (1 hora)
    ☐ 90 minutos (1 ½ horas) o más ☐ No aplica

12. ¿Ha visitado su hijo(a) a un dentista en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No **[425.8]**
    ¿Tiene su hijo(a) caries dentales (incluyendo caries por biberón), dientes rotos, encías sangrantes, le faltan dientes y/o dientes chuecos que le dificultan masticar? ☐ Sí ☐ No
    ¿Se cepilla los dientes su hijo(a) con pasta dentífrica con fluoruro? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Su Nutricionista APC platicará sobre la manera de comer de su hijo(a) y hábitos de actividad y le hará más preguntas.

Esta institución brinda oportunidades iqualitarias.