



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

PARTICIPANT NAME:	DATE OF BIRTH:	DATE COMPLETED:
COMPLETED BY CAREGIVER OF INFANT		
1. Has the doctor ever told you that your baby has any medical conditions or illnesses? [341-362]		
<input type="checkbox"/> Yes, Indicate condition or illness: _____		
<input type="checkbox"/> No		
When is your baby's next doctor appointment? Date: _____		
2. What are you feeding your baby? Select all that apply: [411.3]		
<input type="checkbox"/> Breastmilk		
<input type="checkbox"/> Formula (name) _____		
<input type="checkbox"/> Other liquids or beverages (not infant formula): _____		
<input type="checkbox"/> Baby food or family/table food _____		
3. Where are all the places your baby takes a bottle or cup? Select all that apply: [411.2]		
<input type="checkbox"/> Breastfeeding only/no bottles		
<input type="checkbox"/> Bed		
<input type="checkbox"/> Stroller		
<input type="checkbox"/> Car seat		
<input type="checkbox"/> Held by someone		
<input type="checkbox"/> High chair		
<input type="checkbox"/> Holds his/her own bottle		
<input type="checkbox"/> Other _____		
4. Do you dip your baby's pacifier in sugar, syrup or honey, or add sugar, syrup or honey to breastmilk or formula? [411.2] [411.3] [411.5]		
<input type="checkbox"/> Yes		
<input type="checkbox"/> No		
Does your baby eat honey or any foods made with honey such as honey graham crackers, muffins, etc.?		
<input type="checkbox"/> Yes [411.3] [411.5]		
<input type="checkbox"/> No		
5. Which of the following foods does your baby eat? Select all that apply: [411.5]		
<input type="checkbox"/> Fresh squeezed fruit or vegetable juices		
<input type="checkbox"/> Unpasteurized (farm fresh) dairy products		
<input type="checkbox"/> Soft cheeses such as Feta, Brie, Camembert, Blue-veined cheese, Queso-Blanco or Queso-Fresco		
<input type="checkbox"/> Raw or undercooked meats, fish, chicken, turkey or eggs		
<input type="checkbox"/> Raw sprouts (alfalfa, clover, bean, radish)		
<input type="checkbox"/> Uncooked luncheon meats, deli meats, hot dogs		
<input type="checkbox"/> None of the above		
6. Have you noticed any oral or dental problems with (in) your baby's mouth? [381]		
<input type="checkbox"/> Yes, Indicate problems: _____		
<input type="checkbox"/> No		

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



MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES
EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN PARA BEBÉS

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

DEBE COMPLETARLO LA PERSONA QUE CUIDA AL BEBÉ

1. ¿Alguna vez el médico le ha dicho que su bebé tiene alguna enfermedad o padecimiento médico? **[341-362]**

Sí, Indique la enfermedad o padecimiento: _____

No

¿Cuándo es la próxima cita médica de su bebé? Fecha: _____

2. ¿Qué alimento le da a su bebé? (Escoja todas las que correspondan): **[411.3]**

Leche materna

Fórmula (Nombre) _____

Otros líquidos o bebidas (no fórmula para bebés): _____

Alimento para bebé o comida que se sirve a la familia/mesa _____

3. ¿En cuáles lugares su bebé toma en biberón o en vaso? Escoja todas las que correspondan: **[411.2]**

Lactancia solamente / no biberones

Cama

Carriola

Asiento para el bebé

Cuando alguien lo carga

Sillita alta

El mismo se da el biberón

Otro

4. ¿Usted moja el chupón de su bebé en azúcar, jarabe o miel o agrega azúcar, jarabe o miel a la leche materna o fórmula? **[411.2] [411.3] [411.5]**

Sí

No

¿Su bebé consume miel o algún alimento que contenga miel, como galletas graham, muffin, etc.? **[411.3] [411.5]**

Sí

No

5. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come su bebé? (Escoja todos los que correspondan): **[411.5]**

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, cortes de carnes frías sin cocinar

Nada de lo anterior

6. ¿Ha notado algún problema oral o dental en su bebé? **[381]**

Sí, indique los problemas: _____

No

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