

Nutrition & Activity Self-History Form - Child 1-5 years

To be completed at all WIC visits by the parent or guardian with children ages 1 to 5 years.

Please complete the questions below about yourself and your child or children who are 1 to 5 years old.

Sex (circle): Male Female **Age:** ____years ____months **Birth Weight** (for child 12-23 months) _____ (141)

Medical Information:

- Does your child have any medical problems today? ____ Cold ____ Rashes (353) ____ Wheezing/Asthma (360)
____ Diarrhea ____ Constipation Other: _____
- What items do you give your child/children (circle all that apply)? Vitamins (425.7) Fluoride (425.8)
Iron Medicines (please write in his/her medicines): _____ (357)
- Does your child have any food allergies? Yes (353) No
If yes, please write in his/her food allergies: _____ (355)
- Does anyone in your house smoke cigarettes or use other tobacco products? Yes (904) No
- Has your 2-5 year old child been to the dentist? (381, 425.2, 425.3) Yes No
- Has your child been to see the doctor recently? Yes No Appointment Made Yet No insurance
If yes, please write in your doctor's name: _____

Family History: Do any of your family members have any of the following health conditions?:

<u>Health Condition:</u>	<u>Circle the family member(s) with the health condition:</u> (114)					
Diabetes	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	None/Unknown
Heart Disease / Heart Attack	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	None/Unknown
High Blood Pressure	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	None/Unknown
Obesity	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	None/Unknown
Stroke	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	None/Unknown

Please circle the answers to the questions below:

- Food Choices** - how many **times per day** does your child / children: (425.1 & .2)
 - Eat vegetables (not French fries)? 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
 - Eat fruit? 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
 - Eat fried food? 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
 - Eat sweets and/or salty snacks? 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
(such as chips, candy, cookies)
 - Drink water? 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
 - Drink soda or sweetened drinks? 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
 - Drink WIC 100% juice? 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
 - Circle what type of milk your child /children drink most often:
Whole 2% 1% Non-fat/Skim Soy Formula Breastmilk Low lactose
Other types of milk (chocolate, etc.) Rarely drinks milk Never drinks milk (355)
- Meal Patterns** – how many **days per week** does your child / children:
 - Eat breakfast? 0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk
 - Eat a meal with the family? 0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk
 - Eat food from a fast food restaurant? 0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk
 - Eat meals or snacks in front of the TV? 0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk
- Nutrition Habits:**
 - What things, other than food, does your child/children eat? (circle all that apply) Dirt Clay Crayons

Dust Ashes Cigarette Butts Paint Chips Foam Rubber Other: _____ (425.9)

3. Nutrition Habits (continued):

b. Which of these does your child/children use now to eat or drink? (circle all that apply) (425.3, 425.4)

Breast Bottle Cup (no top) Sippy Cup Spoon Fork Fingers

c. How would you describe your child/children's eating?

OK Picky Eats too much Eats too little Won't try new things

Other eating habits: _____

d. I make sure my child/children eat(s) meals and snacks about the same times every day.

Usually Sometimes Not very often No snacks between meals

e. I make my child/children taste everything I make for a meal.

Usually Sometimes Not very often

f. To get my child/children to eat, I offer something like a dessert or a toy.

Usually Sometimes Not very often

g. My child/children eat(s) off and on all day.

Usually Sometimes Not very often

h. If I don't set limits, my child/children eat(s) too much.

Usually Sometimes Not very often

4. Physical Activity

If child is 12-23 months, answer question below and skip to question #3.

1. What types of activity does your child do? (circle all that apply)

Walking Running Hopping Skipping Jumping Throwing Balls
Imitates what other people do Scribble with a crayon Reads books with parent Talks and sings with parent

2. How many **days per week** does your child/children: (applies to children 2-5 years of age)

a. Participate in "free" play or unstructured play time with other kids?

0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk

b. Participate in play groups, team sports or other structured physical activity with the family or other kids?

0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk

3. How many **hours per day** does your child/children:

a. Watch TV? Less than 1 hours/day 1-2 hours 3-4 hours 5 or more hours

b. Use computer and play video games?

Less than 1 hours/day 1-2 hours 3-4 hours 5 or more hours

c. Do any of your children have a TV in their bedroom? Yes No

d. Do you allow your child/children to eat in the bedroom with the TV on? Yes No

e. Do you monitor the TV shows your child/children watch? Yes No

f. Does your child go to sleep and wake up at about the same time each day? Yes No

5. Concerns:

Are you concerned about your weight? (114) Yes No

Do you feel you are: underweight a healthy weight overweight

Are you concerned about the weight of any of your children? Yes No

Do you feel your 2-5 year child is: underweight a healthy weight overweight

Are you concerned about the eating habits of any of your children? Yes No

Are you concerned about the activity levels of any of your children? Yes No

Do you often run out of money or food stamps to buy food? Yes No Sometimes

Do you have other concerns you would like to discuss today? Yes No

Please write other concerns here: _____

Thank you for answering these questions. Please return the completed form to the WIC clerk.

Formulario para el Auto-Reporte Sobre la Nutrición y la Actividad: Niños 1 a 5 años

Esta forma tiene que ser completada en todas sus visitas a WIC por el padre/madre o tutor del los niños entre las edades de 1 a 5 años. Por favor complete las siguientes preguntas acerca de usted y de su hijo(a).

Sexo (circule): Masculino Femenino **Edad:** _____ Años _____ Meses **Peso al Nacer:** _____ lbs _____ oz

Información Médica:

1. ¿Su niño(a) ha tenido algún problema médico/de salud hoy? Resfriado Salpullido (353)

Asma/Silbido (pitido) del pecho (360) Diarrea Constipación/Estreñimiento

Otro: _____

2. Encierre en un círculo lo que usted le da a su niño(a): Vitaminas (425.7) Fluoruro (flúor) (425.8) Hierro
Medicinas (escriba nombre de las medicinas) _____ (357)

3. ¿Tiene su hijo(a) alergia a alguna comida? Si (353) No

Si contesta sí, por favor escriba cuáles: _____ (355)

4. ¿Algún miembro de la casa fuma o usa otros productos de tabaco? Si (904) No

5. ¿Ha llevado al dentista ha su niño(a) de 2-5 años? Si No (381,425.2,425.3)

6. ¿Ha llevado a su niño(a) de 2-5 años al médico recientemente? Si No he hecho cita todavía

No Si contesta si, por favor escriba el nombre del doctor: _____

Historia Familiar: ¿Alguien de su familia padece alguna de las siguientes enfermedades?

Estado de Salud Encierre en un círculo el miembro de la familia que tenga alguna: (114)

Estado de Salud	Encierre en un círculo el miembro de la familia que tenga alguna:	(114)
Diabetes	Madre Padre Abuelo(a) Tío(a) Ninguno / no sé	
Enfermedades cardíacas/ Ataque del Corazón	Madre Padre Abuelo(a) Tío(a) Ninguno / no sé	
Alta Presión	Madre Padre Abuelo(a) Tío(a) Ninguno / no sé	
Obesidad	Madre Padre Abuelo(a) Tío(a) Ninguno / no sé	
Embolia	Madre Padre Abuelo(a) Tío(a) Ninguno / no sé	

Por favor encierre en un círculo las respuestas de las siguientes preguntas:

1. Selección de Alimentos - ¿Cuántas **veces por día** su hijo(a): (425.1 & .2)

a. come vegetales (no papas fritas)? 0-1 veces/día 2-3 veces/día 4 -5 veces/día 6-7 veces/día

b. come frutas? 0-1 veces/día 2-3 veces/día 4 -5 veces/día 6-7 veces/día

c. come comidas fritas? 0-1 veces/día 2-3 veces/día 4 -5 veces/día 6-7 veces/día

d. come dulces/aperitivos salados?
(Como papitas, dulces, galletas) 0-1 veces/día 2-3 veces/día 4 -5 veces/día 6-7 veces/día

e. toma agua? 0-1 veces/día 2-3 veces/día 4 -5 veces/día 6-7 veces/día

f. toma sodas, bebidas azucaradas? 0-1 veces/día 2-3 veces/día 4 -5 veces/día 6-7 veces/día

g. toma jugos aprobados 100% por WIC? 0-1 veces/día 2-3 veces/día 4 -5 veces/día 6-7 veces/día

h. Circule el tipo de leche que toma su hijo(a) más frecuentemente:

Leche entera (4%) al 2% al 1% Leche descremada De soya Fórmula Leche materna

Leche deslactosada Otro tipo (chocolate, etc.) Toma muy poca leche Nunca toma leche (355)

2. Patrón/Rutina de Comidas - ¿Cuántas **veces por semana** su hijo(a):

a. desayuna? 0-1 días/sem 2-3 días /sem 4-5 días/sem 6-7 días/sem

b. come la familia reunida? 0-1 días /sem 2-3 días/sem 4-5 días/sem 6-7 días/sem

c. come comidas rápidas? 0-1 días/sem 2-3 días/sem 4-5 días/sem 6-7 días/sem

d. come comidas y bocados frente al televisor? 0-1 días/sem 2-3 días/sem 4-5 días/sem 6-7 días/sem

3. Hábitos Nutricionales: Para a, b y c, encierre en un círculo todas las respuestas que correspondan:

- CONTINÚE AL REVERSO -

a. ¿Qué cosas, aparte de comida, su hijo(a) come? Lodo Plastilina Crayones Polvo Cenizas
Colillas de cigarros Pintura Hule espuma

Otro hábitos de comida: _____ (425.9)

b. ¿Actualmente cuáles de los siguientes usa su hijo(a) para tomar y comer? (425.3, 425.4)

Leche materna (pecho) Botella (biberón, pacha) Vaso (sin tapa)
Vaso (con tapa) Cuchara Tenedor Con los dedos

c. ¿Cómo puede describir el apetito de su hijo(a)?

Bueno Selectivo Come mucho Come poco No prueba cosas nuevas

Otros hábitos alimenticios: _____

d. Me aseguro de que mis hijos coman regularmente y coman “snacks” (refrigerios) diariamente a la misma hora.

Usualmente Algunas veces No muy seguido No bocados entre comidas

e. Hago a mi hijo(a) pruebe todo lo que hago de comer.

Usualmente Algunas veces No muy seguido

f. Para que mi hijo(a) coma, le ofrezco postre o algún juguete.

Usualmente Algunas veces No muy seguido

g. Mi hijo(a) come continuamente todo el día.

Usualmente Algunas veces No muy seguido

h. Si no pongo límites, mi niño(a) come demasiado.

Usualmente Algunas veces No muy seguido No le pongo limites a mi hijo(a)

4. Actividades Físicas:

¿Qué tipo de actividades hace su niño? (Circule todo lo que aplica por niños de a 12 a 23 meses)

Caminando Corriendo Saltando Saltar en un pie Brincando Tirando pelotas Imita a otros
raya con un crayón Lee libros con su niño/a Platica y canta usted con su niño/a

¿Cuántas veces a la semana su niño(a)?

a. ¿participa en juegos libres o juegos sin estructura con otros niños?

0-1 días/semana 2-3 días/semana 4-5 días/semana 6-7 días/semana

b. ¿participa en juegos con grupos, equipos de deportes, y otras actividades planeadas con la familia o amigos?

0-1 días/semana 2-3 días/semana 4-5 días/semana 6-7 días/semana

¿Cuántas horas al día su niño(s)?

a. ¿ve(n) television? Menos de 1 hora/día 1-2 horas 3-4 horas 5 horas o mas

b. ¿usa computadora y juegos de video?

Menos de 1 hora/día 1-2 horas 3-4 horas 5 horas o mas

c. ¿Alguno de sus hijos tiene television en su recamara? Si No

d. ¿Conoce el tipo de programas de TV que su hijo(a) ve? Si No

e. ¿Permite que su hijo(a) coma en su cuarto cuando ve TV? Si No

7. Inquietudes/Preocupaciones: (114)

¿Le preocupa su peso? ¿Le gustaría ser pesada hoy? Si No

Usted se siente que esta: baja(o) de peso peso saludable con sobrepeso

¿Le preocupa el peso de alguno de sus hijos? Si No

Oiens usted que el peso de sus hijo(a) es: baja(o) de peso peso saludable con sobrepeso

¿Le preocupa los hábitos de comer de sus hijos? Si No

¿Le preocupa el nivel de actividades físicas de sus hijos? Si No

¿Se queda sin dinero o sin estampillas de comida frecuentemente? Si No Algunas Veces

¿Tiene algunas otras preocupaciones que quiera hablar hoy? Si No

Por favor escriba lo que le preocupa: _____

Gracias por contestar este forma. Regréselo a la recepcionista del WIC.

Nutrition & Activity Self-History Form: Infant

To be completed at all WIC visits by the parent or guardian with children ages 0-5 months.

Please complete the questions below about your child.

Sex (circle): Male Female Age: _____ months

Birth Weight: _____ pounds _____ ounces (103, 114, 134, 141, 142) Weeks Gestation at Birth: _____ (121, 134, 142)

Medical Information:

- Does your child have any medical problems today? Cold Rashes Excessive Spit Up
 Diarrhea Constipation Other: _____ (134, 341-362, 381, 382)
- What items do you give your child (circle all that apply)? Vitamins Fluoride Iron (411.10, 411.11)
Medicines (please write in his/her medicines): _____ (357)
- Does your child have any food allergies? Yes No
If yes, please write in his/her food allergies: _____ (353-355)
- Has your baby been to see the doctor since you left the hospital? Yes No Appointment Made Yet
 No insurance If yes, please write in your doctor's name: _____
- How many wet diapers does your baby make in a 24 hour period? Less than 5 6-8 9 or more
(362, 603, 703, 411.7, 411.8)
- How many bowel movements (poopie) does your baby make in a 24 hour period? Once a day 2-5 times
 6-9 times 10 + times Every other day Less than every other day Other: _____ (603)
- What are your baby's bowel movements like?
Consistency: Soft/Seedy Soft Hard/Round
Color: Green Brown Yellow
- Do you "brush" your baby's gums/teeth? Yes No (381)

Please check the answers to the questions below:

- Feeding** - Please answer the questions below based on your infants feeding method. If your baby takes breast milk and formula, answer all the questions.

<input type="checkbox"/> Breastfeeding (603, 411.7)	<input type="checkbox"/> Formula, type: _____ (411.1, .6, 8 & .9)
Do you feel breastfeeding is going well for you and your baby so far? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	How many ounces do you give at each feeding? _____
Does your baby seem satisfied after nursing? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	How many ounces of formula do you make at a time? _____
How many minutes is an average feeding? _____	What type of water do you use to make the formula? _____
Can you hear your baby swallow when nursing? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If you were to make 4 oz of formula, how much formula would you add to the water? _____
Are you currently experiencing any nipple soreness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you use a measuring cup to make the formula? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you feel you are getting the support you need to continue breastfeeding? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If your baby does not finish a bottle, what do you do with the leftover formula? _____

- Do you feel that your baby is accepting the breast milk/formula well? Yes No (342, 603)
If no, please explain: _____

c. Are you feeding your baby anything other than breast milk or formula? Yes No (411.1, .3 &.10)

Please list other foods your baby has tried: _____

d. Have you ever given your baby honey? Yes No (411.3&.10)

2. Meal Patterns –

a. How many times in a 24 hour period do you feed your baby? _____ (411.7)

b. Do you feed on demand? Yes No (411.7, 428)

c. How do you know when to feed your baby? Fussy/Crying Sucking on Hands Moving around
 Roots towards the nipple On a schedule Can't Tell/Don't know (411.4)

d. How do you know when your baby is full? Slowing down on sucking Closing Lips
 Turning away from breast/bottle Spitting out breast/bottle Interest in other things
 Falling Asleep Can't Tell/Don't Know (411.1)

e. When providing breast milk or formula in a bottle, where do you most often have them? (Check all that apply)
 Cradled in my lap In his/her carseat In a high Chair Laying down on a blanket

3. Nutrition Habits (continued): (701)

a. Which of these do you help your baby use to eat or drink? (circle all that apply)
Breast Bottle Cup (no top) Sippy Cup Fingers (425.4)

b. How would you describe your baby's eating?
 OK Picky Eats too much Eats too little (411.3, 411.4)

c. I make sure my baby eats a certain amount at each feeding.
 Often Usually Sometimes Not very often (411.4)

d. Do you ever put your baby to bed with a bottle? Yes No Only water (411.2)

4. Development (362)

a. Do you place your baby in different positions to help them learn things like rolling, creeping, crawling?
 Often Usually Sometimes Not very often

b. Do you talk and sing to your baby?
 Often Usually Sometimes Not very often

c. Do you offer your baby objects to reach for?
 Often Usually Sometimes Not very often

d. Do you create routines for your baby?
 Often Usually Sometimes Not very often

5. Concerns: Are you concerned about your weight? (114) Yes No
Are you concerned about the weight of any of your children? Yes No
Are you concerned about the eating habits of any of your children? Yes No
Are you concerned about the activity levels of any of your children? Yes No
Do you have other concerns you would like to discuss today? Yes No
Do you often run out of money or food stamps to buy food? Yes No Sometimes
Please write other concerns here: _____

STOP HERE. Thank you for answering these questions. Please return the completed form to the WIC clerk.

Formulario para el Auto-Reporte Sobre la Nutrición y la Actividad: Lactantes 0 a 5 meses

Para completarse durante todas las visitas a WIC que hace el padre o guardián de los lactantes de 0 a 5 meses.

Por favor complete las preguntas sobre su bebé que se mencionan a continuación.

Género: (Por favor marque): Hombre Mujer **Edad:** _____ meses

Peso de su bebé al nacer ____ libras ___ onzas (103, 114, 134, 141, 142) Semanas de gestación al nacer _____ (121, 134, 142)

Información Médica:

- ¿Tiene algún problema médico hoy su bebé? Resfrío Sarpullido Escupe excesivamente Diarrea Estreñimiento Otro: _____
(134, 341-362, 381, 382)
- ¿Qué medicinas o suplementos alimenticios le da a su bebé? (marque todo lo que le da) Vitaminas Fluoruro Hierro (411.10-11) Medicinas (por favor escríbalas): _____ (357)
- ¿Es su bebé alérgico a algún alimento? Sí No
Si lo es, por favor escriba el nombre del alimento al que su bebé es alérgico: _____ (353-355)
- ¿Ha llevado a su bebé a ver al doctor desde que dejó el hospital? Sí No hemos hecho cita todavía
No tengo seguro médico Si sí lo ha llevado, por favor escriba el nombre del doctor _____
- ¿Cuántas veces defeca su bebé (hace caca), en un período de 24 horas? Menos de 5 6-8 9 o más (362,603,703,411.7-8)
- ¿Cómo es la caca de su niño? Consistencia: Suave/Como con semillas Suave Dura/Redonda
Color: Verde Café Amarilla
- ¿Usted le “cepilla” las encías/dientes a su bebé? Sí No (381)

Por favor marque las respuestas a las siguientes preguntas:

1. Alimentación

Por favor conteste las preguntas a continuación basándose en el método de alimentar a su bebé. Si su bebé toma leche de pecho y leche comercial, conteste todas las preguntas.

Amamantando (603, 411.7)	Alimentando con biberón, tipo de leche _____ (411.1, .6.8 &.9)
¿Siente usted que darle pecho a su bebé va bien para los dos hasta ahorita? Sí No	¿Cuántas onzas le da cada vez que le da el biberón? _____
¿Su bebé parece satisfecho después de mamar? Sí No	¿Cuántas onzas de leche prepara a la vez? _____
¿Cuántos minutos dura una alimentación normal? _____	¿Qué tipo de agua usa para preparar la leche comercial? _____
¿Puede oír a su bebé tragar cuando lo amamanta? Sí No	Si usted fuera a preparar 4 onzas de leche comercial, ¿cuánta leche le añadiría al agua? _____
¿Siente algún dolor en los pezones ahora? Sí No	¿Usa una taza para medir cuando prepara el biberón? Sí No
¿Siente que está teniendo el apoyo que necesita para continuar amamantando a su bebé? Sí No	Si su bebé no termina un biberón, ¿Qué hace usted con la leche que le queda? _____

- b. ¿Siente que su bebé acepta la leche de pecho o la leche comercial bien? Sí No (342, 603)
Si no, por favor explique _____

c. ¿Está usted dándole a su bebé algún otro alimento que leche de pecho o comercial? Sí No (411.1,3 &.10)

Por favor enumere los otros alimentos que le ha dado a probar a su bebé: _____

d. ¿Le ha dado miel a su bebé? Sí No (411.3 &.10)

2. Manera de comer

a. ¿Cuántas veces en 24 horas alimenta a su niño?: _____ (411.7)

b. ¿Lo alimenta cuando él se lo pide? Sí No (411.7, 428)

c. ¿Cómo sabe cuándo alimentar a su bebé? Cuando está inquieto o cuando llora Cuando se mama la mano
Cuando se mueve Cuando busca el pezón De acuerdo a un horario No sé cuándo lo necesita (411.4)

d. ¿Cómo sabe cuando su bebé está lleno? Cuando mama despacio Cuando cierra la boca
Cuando aleja la cabeza del pecho o biberón Cuando escupe la leche Cuando se interesa en otras cosas
Cuando se duerme No sé cuándo está lleno (411.1)

e. Cuando le da la leche materna o comercial en un biberón, ¿en dónde lo alimenta? (Marque todo lo que sea aplicable)
Lo pongo en mi regazo En su asiento para el coche En una silla alta Acostado en una cobija

3. Hábitos nutritivos (701)

a. ¿Cuál de lo siguiente deja que su bebé use cuando lo alimenta? (marque todo lo que lo deja usar)

Pecho Biberón Taza sin tapadera Taza para sorber Cuchara Sus dedos (425.4)

b. ¿Cómo describiría los hábitos nutritivos de su bebé? OK Difícil Come mucho Come muy poco (411.3, .4)

c. Yo me aseguro de que mi bebé come cierta cantidad de comida cada vez que lo alimento

Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido (411.4)

d. ¿Alguna vez duerme a su bebé con el biberón en la boca? Sí (411.2) No Solo con agua

4. Crecimiento y desarrollo (362)

a. ¿Pone a su bebé en varias posiciones para ayudarlo a aprender cosas como dándose vuelta, moviéndose, gateando?
Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

b. ¿Habla usted con su bebé, le canta?
Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

c. ¿Le ofrece a su bebé objetos que pueda alcanzar?
Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

d. ¿Crea usted rutinas para su bebé?
Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

5. Preocupaciones: ¿Está preocupada por su peso? (114)

¿Está usted preocupada acerca del peso de alguno de sus niños? Sí No

¿Está preocupada acerca de los hábitos alimenticios de cualquiera de sus niños? Sí No

¿Está preocupada por el nivel de actividad de cualquiera de sus niños? Sí No

¿Hay algo que le preocupa que desee discutir hoy? Sí No

¿Se le acaba con frecuencia el dinero o las estampillas para comprar comida? Sí No

Algunas veces

Por favor escriba otras preocupaciones que tenga aquí: _____

DETÉNGASE AQUÍ. Muchas gracias por contestar estas preguntas. Por favor regrese el formulario completo a la empleada (o empleado) de WIC.

2. Meal Patterns –

- b. When providing breast milk or formula in a bottle, where do you most often have him/her? (Check all that apply)
- Cradled in my lap In his/her car seat In a high Chair Laying down on a blanket

3. Nutrition Habits :

- a. Which of these do you let your baby use when feeding? (circle all that apply)

Bottle Cup (no top) Sippy Cup Spoon Fingers

- a. I feel comfortable allowing my baby to try feeding him/herself some foods.

Often Usually Sometimes Not very often

- b. What drinks are offered in a bottle besides breast milk or formula? _____

- c. How would you describe your baby's eating?

OK Picky Eats too much Eats too little

- d. I make sure my baby eats a certain amount at each feeding.

Often Usually Sometimes Not very often

- e. Do you ever put your baby to bed with a bottle? Yes No Only water

4. Development

- a. Do you place your baby in different positions to help them learn things like rolling, creeping, crawling?

Often Usually Sometimes Not very often

- b. Do you talk and sing to your baby?

Often Usually Sometimes Not very often

- c. Do you offer your baby objects to reach for?

Often Usually Sometimes Not very often

- d. Do you create routines for your baby?

Often Usually Sometimes Not very often

5. Concerns: Are you concerned about your weight?

Yes No

Are you concerned about the weight of any of your children?

Yes No

Are you concerned about the eating habits of any of your children?

Yes No

Are you concerned about the activity levels of any of your children?

Yes No

Do you have other concerns you would like to discuss today?

Yes No

Do you often run out of money or food stamps to buy food?

Yes No Sometimes

Please write other concerns here: _____

STOP HERE. Thank you for answering these questions. Please return the completed form to the WIC staff.

Formulario para el Auto-Reporte Sobre la Nutrición y la Actividad: Bebés 6 a 12 meses

Para completarse durante todas las visitas a WIC que hace el padre o guardián de los bebés de 6 a 12 meses.

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre su bebé.

Género: (*Por favor marque*): Hombre Mujer

Edad: _____ meses

Peso de su bebé al nacer _____ libras _____ onzas

Número de semanas de gestación al nacer _____

Información Médica:

1. ¿Tiene su bebé algún problema médico hoy? Resfrío Sarpullido Hecha la leche excesivamente Diarrea
Estreñimiento Otro: _____

2. ¿Cuál medicamento o suplementos alimenticios le da usted a su bebé? (marque todo lo que aplica)

Vitaminas Fluoruro Hierro Medicinas (por favor escríbalas): _____

3. ¿Es su bebé alérgico a algún alimento? Sí No
Si contesto que si, favor de escribir el nombre del alimento: _____

4. ¿Cuándo fue la última cita de su bebé con el doctor? Fecha _____

¿Por qué llevó a su bebé al doctor?: _____

Nombre del doctor _____

5. ¿Le cepilla usted las encías o los dientes a su bebé? Sí No

Favor de marcar las respuestas a las siguientes preguntas:

1. Alimentación

Por favor conteste las preguntas a continuación basándose en el método de alimentar a su bebé. Si su bebé amamanta y toma formula, conteste todas las preguntas.

a. Cuántas veces en un período de 24 horas alimenta usted a su bebé:

a. Formula _____

b. Leche de pecho _____

c. Comida _____

Amamantando	Formula, tipo de formula _____
¿Hasta ahorita, siente usted que el amamantar está progresando bien para usted y su bebé? Sí No	¿Cuántas onzas le da usted en cada alimentación? _____
¿Parece satisfecho su bebé después de amamantar? Sí No	¿Cuántas onzas de formula prepara a la vez? _____

b. Si le queda leche de pecho o formula en el biberón, ¿que hace con ella? _____

c. ¿Siente que su bebé acepta la leche de pecho o formula bien? Sí No

Si no, explique _____

d. ¿Aparte de leche de pecho o formula, está usted dándole a su bebé algún otro alimento? Sí No

Favor de nombrar los otros alimentos que le ha dado a probar a su bebé: _____

e. ¿Cuáles de los siguientes le da usted a su bebé? (marque todo lo aplica)

Agua Jugo Soda Gatorade Lecha (de vaca o de cabra) Otra

2. Manera de comer

¿Cuándo alimenta a su bebé con pecho o formula, como coloca a su bebé?: (marque todos los que aplican)

Acunado en mi regazo En su asiento infantil En su silla alta para comer Acostado sobre una cobija

3. Hábitos nutritivos

a. ¿Cuáles de los siguientes permite usted que su bebé use cuando se alimenta? (marque todos los que aplican)

Biberón/Tetera Taza sin tapadera Taza para sorber Cuchara Sus dedos

b. Yo me siento cómoda en permitir que mi bebé trate de alimentarse con ciertas comidas.

Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

c. ¿Aparte de leche de pecho o formula, ¿Cuáles otras bebidas son ofrecidas en el biberón? _____

d. ¿Cómo describiría los hábitos nutritivos de su bebé? OK Difícil Come mucho Come muy poco

e. Yo me aseguro de que mi bebé come cierta cantidad de comida cada vez que lo alimento

Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

f. ¿En alguna vez pone usted a dormir a su bebé en la cama con el biberón en la boca? Sí No Solo con agua

4. Desarrollo

a. ¿Pone usted a su bebé en diferentes posiciones para ayudarlo aprender cosas como rodarse, arrastrarse, gatear?

Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

b. ¿Le habla y le canta usted con su bebé?

Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

c. ¿Le ofrece usted objetos a su bebé que pueda tratar de alcanzar?

Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

d. ¿Crea usted rutinas para su bebé?

Muy seguido Generalmente Algunas veces No muy seguido

5. Preocupaciones: ¿Está preocupada usted sobre su peso?

Sí No

¿Está usted preocupada sobre el peso de cualquiera de sus niños?

Sí No

¿Está usted preocupada sobre los hábitos alimenticios de cualquiera de sus niños?

Sí No

¿Está usted preocupada por el nivel de actividad de cualquiera de sus niños?

Sí No

¿Hay algo que le preocupa que desee discutir hoy?

Sí No

¿Se le acaba con frecuencia el dinero o las estampillas para comprar comida? Sí No Algunas veces

Favor de escribir las otras preocupaciones que tenga aquí: _____

DETÉNGASE AQUÍ. Muchas gracias por contestar estas preguntas. Favor de regresar el formulario completo a la empleada (o empleado) de WIC.

Nutrition & Activity Self-History Form: Postpartum/Breastfeeding

Please complete the questions below about yourself.

Name: _____ Date of mother's birth: _____ (331, 333)

Date of Delivery: _____ Pre-Pregnancy Weight: _____ (101, 111) Weight Gain in Pregnancy: _____ (133)

Number Weeks Pregnant at Delivery: _____ Infants Birth Weight: _____ Date last pregnancy ended _____ (332)

Twins: _____ (335)

Medical Information:

- Do you have any medical problems today? Cold Anemia (201) C-Section at delivery (359,337)
 Constipation Diarrhea Other: _____
- What items do you take (check all that apply)? Vitamins Iron
 Supplements/Herbs (please write in your supplements): _____ (357, 427.1)
 Medicines (please write in your medicines): _____ (357)
- Do you have any food allergies? Yes (353) No
If yes, please write in your food allergies: _____
- Have you been to see the doctor since you delivered? Yes No 6 week postpartum appointment
If yes, please write in your doctor's name: _____
- Are you interested in learning more about birth control options? Yes No
- When was the last time you went to the dentist? in the last 6 months in the last year (381) don't remember
- In your previous pregnancy, did you have any of the following conditions (check all that apply):
 Gestational Diabetes (303) High Blood Pressure/Pregnancy Induced Hypertension(345) Preeclampsia (304)
 Low Birth Weight (312) Prematurity (311) Other: _____ (321)
- How many drinks with alcohol do you have per week?
 None 1-2 drinks per week (372) 3-4 drinks per week 5+ drinks per week
- How many cigarettes do you smoke? None Special Occasions (371) 1-2 cigarettes per day
 ½ pack per day pack per day Other : _____ Trying to quit Family member smokes (904)

Family History: Do any family members have any of the following health conditions?:

<u>Health Condition:</u>	<u>Circle the family member(s) with the health condition:</u>					
Diabetes	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	None/don't know
Heart Disease / Heart Attack	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	None/don't know
High Blood Pressure	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	None/don't know
Obesity	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	None/don't know
Stroke	Mother	Father	Grandparent	Aunt	Uncle	None/don't know

Please circle the answers to the questions below:

- Food Choices - how many **times per day** do you: (427.2,.4,.5)
 - Eat vegetables (not French fries)? 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
 - Eat fruit? 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
 - Eat fried food? 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
 - Eat sweets and/or salty snacks? (such as chips, candy, cookies) 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day

- e. *Drink water?* 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
- f. *Drink juice?* 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
- g. *Drink soda or sweetened fruit drinks?* 0-1 times/day 2-3 times/day 4-5 times/day 6-7 times/day
- h. *What type of milk do you drink most often:*
 Whole 2% 1% Non-fat/Skim Soy Other types of milk (chocolate, etc.)
 Rarely drink milk Never drink milk (355) Other

2. Meal Patterns – how many **days per week** do you:

- a. *Eat breakfast?* 0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk
- b. *Eat a meal with the family?* 0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk
- c. *Eat “fast food” meals?* 0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk
- d. *Eat meals or snacks in front of the TV?* 0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk
- e. *Eat seafood except trout or catfish?(427.5)* 0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk

3. Nutrition Habits

- a. How would you describe your eating? OK Picky Eat too much Eat too little
 Won't try new things

4. Activity and Schedule

- a. How many **days per week** do you participate in activity such as walking, dancing, gardening, or other exercise?
 0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk
- b. When you do participate in activity, how much time do you spend in these activities each time?
 10-20 minutes 20-30 minutes 30-60 minutes 60 + minutes

How many **hours per day** do you:

- a. *Watch TV?* Less than 1 hour/day 1-2 hours 3-4 hours 5 or more hours
- b. *Use computer and play video games?*
 Less than 1 hour/day 1-2 hours 3-4 hours 5 or more hours

5. Feeding your baby

- a. How are you feeding your baby? (Check all that apply) Breastfeeding Formula
- b. Do you have any concerns with feeding your baby? Yes No

If you are currently breastfeeding your baby, please answer the following questions:

- c. Are you comfortable with breastfeeding your baby? Yes No
- d. Do you feel your baby is getting enough to eat? Yes No (601, 602)
- e. Do you plan to return to work and continue breastfeeding? Yes No
- f. How long do you plan on breastfeeding your baby? _____

6. Concerns: Are you concerned about your weight? (101, 111) Yes No
- Would you like to know your weight today? Yes No
- Are you concerned about your eating habits? Yes No
- Are you concerned about your activity level? Yes No
- Are you concerned about the weight or eating habits of any of your children? Yes No
- Do you have other concerns you would like to discuss today? Yes No
- Do you often run out of money or food stamps to buy food? Yes No Sometimes
- Please write other concerns here: _____

STOP HERE. Thank you for answering these questions. Please return the completed form to the WIC staff.

Formulario para el Auto-Reporte Sobre la Nutrición y la Actividad: Mujer Amamantando o Posparto

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre usted.

Nombre: _____ Fecha en que dio a luz: _____

Peso antes del embarazo: _____ (101, 111) Aumento de peso durante del embarazo _____ (133)

de semanas de su embarazo al dar a luz: _____ Peso de su bebé _____ Gemelos _____ (335)

Información Médica:

1. ¿Tiene usted problemas médicos hoy? Resfrío Anemia (201) Se le hizo cesárea (359, 337) Estreñimiento
Diarrea Otros: _____

2. ¿Que toma usted? (marque todo lo aplica) Vitaminas Hierro
Suplementos/Hierbas (favor de nombrar): _____ (357, 427.1)
Medicinas (favor de nombrar): _____ (357)

3. ¿Tiene alergia a algún alimento? Sí (353) No
Si contesto si, escriba el nombre del alimento: _____

4. ¿Ha entrevistado al doctor desde que dio a luz? Sí No Entrevista seis semanas después del parto
Si contesto que si, escriba el nombre de su doctor: _____

5. ¿Está interesada en saber más sobre las opciones de anticonceptivos? Sí No

6. ¿Cuándo fue la última vez que entrevistó un dentista? Los últimos 6 meses Durante el último año
No lo recuerdo (381)

7. En sus embarazos anteriores, ¿Padeció usted de algunas de las siguientes enfermedades? (Marque lo que aplica):
Diabetes gestacional (303) Alta presión arterial/Hipertensión inducida por el embarazo (345)
Preclampsia (304) Bebé nació bajo de peso (312) Bebé nació prematuro (311) Otro: _____ (321)

8. ¿Cuántas bebidas con alcohol se toma en una semana? (372)
Ninguna 1-2 por semana 3-4 por semana 5+ por semana

9. ¿Cuántos cigarrillos fuma? Ninguno En ocasiones especiales 1-2 cigarrillos por día (371)
½ paquete por día 1 paquete por día Estoy tratando de dejar de fumar (904) Otro: _____

Historia familiar: ¿Alguno/s de sus familiares tiene las siguientes enfermedades?:

<u>Enfermedad</u>	<u>Circule los familiares con la enfermedad</u>						
Diabetes	Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Tía	Tío	Nadie/No lo sé
Corazón o ataque al corazón	Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Tía	Tío	Nadie/No lo sé
Alta presión de la sangre	Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Tía	Tío	Nadie/No lo sé
Obesidad	Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Tía	Tío	Nadie/No lo sé
Embolia	Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Tía	Tío	Nadie/No lo sé

Favor de marcar con un circulo las respuestas a las siguientes preguntas:

1. Opciones alimenticias - ¿Cuántas **veces al día** come usted?: (427.2, .4, & .5)

- | | | | | |
|----------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| a. ¿Verduras (no incluya papas fritas)? | 0-1 veces al día | 2-3 veces al día | 4-5 veces al día | 6-7 veces al día |
| b. ¿Fruta? | 0-1 veces al día | 2-3 veces al día | 4-5 veces al día | 6-7 veces al día |
| c. ¿Come comida frita? | 0-1 veces al día | 2-3 veces al día | 4-5 veces al día | 6-7 veces al día |
| d. ¿Come dulces y/o bocadillos salados? | 0-1 veces al día | 2-3 veces al día | 4-5 veces al día | 6-7 veces al día |
| e. ¿Toma agua? | 0-1 veces al día | 2-3 veces al día | 4-5 veces al día | 6-7 veces al día |
| f. ¿Toma jugo? | 0-1 veces al día | 2-3 veces al día | 4-5 veces al día | 6-7 veces al día |
| g. ¿Toma sodas o bebidas de jugo azucaradas? | 0-1 veces al día | 2-3 veces al día | 4-5 veces al día | 6-7 veces al día |
| h. Circule el tipo de leche que usted toma más frecuentemente: | | | | |

Entera	2%	1%	Sin grasa/Descremada	De soja	Otros tipos de leche (chocolate, etc.)
Rara la vez que tomo leche			Nunca tomo leche (355)	Otro	

2. Manera de comer - ¿cuántos días **a la semana**?:

- | | | | | |
|--------------------------------------------------------|---------|----------|----------|----------|
| a. ¿Desayuna? | 0-1 día | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |
| b. ¿Se sienta a comer con la familia? | 0-1 día | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |
| c. ¿Come alimentos de un restaurante de comida rápida? | 0-1 día | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |
| d. ¿Come comidas o meriendas frente a la TV? | 0-1 día | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |
| e. ¿Come mariscos (menos trucha o pez gato? (427.5) | 0-1 día | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |

3. Hábitos nutritivos

- a. ¿Cómo describiría usted sus hábitos nutritivos? OK Dificil Como mucho Como poco No me gusta probar nada nuevo

4. Actividades y programa

- a. ¿Cuántas **veces a la semana** participa en actividades como caminatas, bailes, jardinear u otra clase de ejercicio?
- | | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 0-1 días | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |
|----------|----------|----------|----------|
- b. ¿Cuando usted participa en una actividad, ¿por cuánto tiempo la hace cada vez que la hace?
- | | | | |
|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 10-20 minutos | 20-30 minutos | 30-60 minutos | 60 + minutos |
|---------------|---------------|---------------|--------------|

¿Cuántas **horas por día**?:

- a. ¿Ve TV? Menos de 1 hora al día 1-2 horas 3-4 hora 5 o más horas
- b. ¿Usa la computadora y juega juegos de video? Menos de 1 hora al día 1-2 horas 3-4 horas 5 o más horas

5. Alimentando a su bebé

- a. ¿Cómo alimenta a su bebé? (Marque todo lo que aplica) Estoy amamantando Formula
- b. ¿Hay algo que le preocupa sobre el alimento de su bebé? Sí No
- Si usted está amamantando, favor de contestar las siguientes preguntas:
- c. ¿Se siente cómoda amamantando a su bebé? Sí No
- d. ¿Piensa que su bebé mama lo suficiente? Sí No (601, 602)
- e. ¿Está planeando regresar al trabajo y continuar amamantando? Sí No
- f. ¿Por cuánto tiempo planea amamantar a su bebé? _____

6. Preocupaciones: ¿Está preocupada sobre su peso? (101, 111) Sí No
- ¿Está preocupada acerca de sus hábitos alimenticios? Sí No
- ¿Está preocupada por su nivel de actividad? Sí No
- ¿Le preocupa el peso o los hábitos alimenticios de cualquiera de sus niños? Sí No
- ¿Hay algo que le preocupa que quiera discutir hoy? Sí No
- ¿Se le acaba con frecuencia el dinero o las estampillas para comprar comida? Sí No Algunas veces
- Favor de escribir otras preocupaciones que tenga aquí: _____

DETÉNGASE AQUÍ. Muchas gracias por contestar estas preguntas. Favor de regresar el formulario completo a la empleada (o empleado) de WIC.

Nutrition & Activity Self-History Form: Pregnancy

Please complete the questions below about yourself.

Name: _____

Weeks Pregnant: _____ Pre-Pregnancy Weight: _____ (101,111,131,132, 133)

Medical Information:

1. Do you have any medical problems today? Cold Nausea/Vomiting (301) Heartburn
 Anemia (201) Constipation Leg Cramps Other: _____ (341-349, 351,352, 354, 356, 358, 360)
2. Do you follow a special diet? Yes No
If yes, what type of diet do you follow? _____ (358,362,427-.2..5))
3. What items do you take (check all that apply)? Vitamins Iron Supplements/Herbs Medicines
Supplements/Herbs (please write in your supplements): _____ (427.1)
Medicines (please write in your medicines): _____ (357)
4. Do you have any food allergies? Yes No
If yes, please write in your food allergies: _____ (353, 355)
5. Have you been to see the doctor with this pregnancy? Yes No
If yes, please write in your doctor's name: _____
What month did you begin your prenatal care? _____ (334)
6. When was the last time you went to the dentist? in the last 6 months in the last year don't remember (381)
7. How many times have you been pregnant? _____ How many live births have you had? _____ (331-333, 321,427)

If you have previously been pregnant, did you or your baby have any of the following conditions (check all that apply):

- Gestational Diabetes(302-303) High Blood Pressure/Pregnancy Induced Hypertension(345) Preeclampsia (304)
 Bed Rest Low Birth Weight Infant (312) Premature Infant (311) Other:_____
8. How many drinks with alcohol do you have per week? (372)
None 1-2 drinks per week 3-4 drinks per week 5+ drinks per week
 9. How many cigarettes do you smoke? (371) None Special Occasions 1-2 cigarettes per day
½ pack per day pack per day Trying to quit Other:_____
 10. How much weight do you plan on gaining with this pregnancy? _____ (131, 133)
 11. How do you plan on feeding your baby? (Circle all that apply) Breastfeeding Formula Not sure

Please circle the answers to the questions below:

1. Food Choices - how many **times per day** do you:

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| a. Eat vegetables (not French fries)? | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |
| b. Eat fruit? | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |
| c. Eat fried food? | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |
| d. Eat sweets and/or salty snacks?
(such as chips, candy, cookies) | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |
| e. Drink water? | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |
| f. Drink 100 % WIC juice? | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |
| g. Drink soda or sweetened drinks? | 0-1 times/day | 2-3 times/day | 4-5 times/day | 6-7 times/day |

h. Circle the type of milk you drink most often:

Whole 2% 1% Non—fat/Skim Soy Other types of milk (chocolate, etc.)
Rarely drink milk Never drink milk Other

2. Meal Patterns – how many **days per week** do you:

- | | | | | |
|-----------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| a. Eat breakfast? | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |
| b. Eat a meal with the family? | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |
| c. Eat food from a fast food restaurant? | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |
| d. Eat meals or snacks in front of the TV? | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |
| e. Eat seafood (other than trout or catfish)? | 0-1 days/wk | 2-3 days/wk | 4-5 days/wk | 6-7 days/wk |

3. Nutrition Habits

- a. How would you describe your eating? OK Picky Eat too much Eat too little
 Won't try new things

Eating habits you have changed since becoming pregnant: _____

- b. Do you ever eat any of the following? (Circle all that apply) (427.5)

Raw Milk Sprouts Imported Cheese (Camembert, Brie, Blue-Veined or Mexican Style Cheese)

Cold Deli Meats Cold Hot Dogs Raw Fish or Shellfish Unpasteurized fruit or Vegetable Juice

- c. What things, other than food, do you eat? (Check all that apply) (427) Ice Dirt Clay

Cigarette Butts Paint Chips Laundry Starch Cornstarch Other: _____

4. Activity and Schedule

- a. How many **days per week** do you participate in activity such as walking, dancing, gardening, or other exercise?

0-1 days/wk 2-3 days/wk 4-5 days/wk 6-7 days/wk

- b. When you do participate in activity, how much time do you spend in these activities each time?

10-20 minutes 20-30 minutes 30-60 minutes 60 + minutes

How many **hours per day** do you:

- a. Watch TV? Less than 1 hour/day 1-2 hours 3-4 hours 5 or more hours

- b. Use computer and play video games?

Less than 1 hour/day 1-2 hours 3-4 hours 5 or more hours

5. Concerns: Are you concerned about your weight gain? (101, 111) Yes No

Do you feel you are:

not gaining enough weight gaining a healthy amount of weight gaining too much weight

Are you concerned about your eating habits? Yes No

Are you concerned about your activity level? Yes No

Do you often run out of money or food stamps to buy food? Yes No Sometimes

Do you have other concerns you would like to discuss today? Yes No

Please write other concerns here: _____

STOP HERE. Thank you for answering these questions. Please return the completed form to the WIC clerk.

Formulario para el Auto-Reporte Sobre la Nutrición y la Actividad: Mujer Embarazada

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre usted.

Nombre: _____

Semanas de embarazo: _____ **Peso antes del embarazo:** _____ (131, 133)

Información Médica:

1. ¿Tiene usted problemas médicos hoy? Resfrío Náuseas/Vómitos (301) Acidez estomacal
 Anemia (201) Estreñimiento Calambres en las piernas Otros: _____ (302,341-349, 351,352, 354, 356, 358, 360)
2. ¿Sigue usted una dieta especial? Sí No
Si contesto que sí, ¿qué tipo de dieta es? _____ (427, 362)
3. ¿Qué toma usted? (marque lo que aplica) Vitaminas Hierro Suplementos/Hierbas Medicinas
Suplementos/Hierbas (nombre lo suplementos): _____ (427)
(nombre las medicinas): _____
4. ¿Tiene alergias a algún alimento? (353, 355) Sí No
Si contesto que sí, favor de nombrar el alimento: _____
5. ¿Ha ido a ver al doctor con este embarazo? (334) Sí No
Si contesto que sí, favor de nombrar su doctor: _____
¿En qué mes empezó su cuidado prenatal? _____
6. ¿Cuánto tiempo hace que vio un dentista? Los últimos 6 meses Durante el último año No recuerdo (381)
7. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ ¿Cuántos nacimientos vivos? _____ (331-333, 321,427)
Si usted estuvo embarazada anteriormente, ¿tuvieron usted o el bebé algunas de las enfermedades siguientes?
(Favor de marque lo que aplique):
 Diabetes gestacional (302-303) Alta presión arterial/Hipertensión inducida por el embarazo (345)
 Preclampsia (304) Fue encamada Bebé bajo de peso (312) Bebé prematuro (311) Otro:

8. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en una semana? (372)
Ninguna 1-2 por semana 3-4 por semana 5+ por semana
9. ¿Cuántos cigarrillos fuma? (371) Ninguno En ocasiones especiales 1-2 cigarrillos por día
½ paquete por día 1 paquete por día Estoy tratando de dejar de fumar Otro: _____
10. ¿Cuánto peso piensa aumentar en este embarazo? _____ (131, 133)
11. ¿Cómo va a alimentar a su bebé? (Circule lo que aplique) Amamantar Formula No estoy segura

Circule por favor sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. Elección de Alimentos - ¿Cuántas veces al día come usted?:
 - a. ¿Verduras (no papas fritas)? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
 - b. ¿Fruta? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
 - c. ¿Come comida frita? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
 - d. ¿Come dulces y/o bocadillos salados? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
(tales como tortillitas, dulces, galletas).
 - e. ¿Toma agua? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
 - f. ¿Toma jugo WIC al 100 %? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
 - g. ¿Bebe sodas o bebidas azucaradas? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
 - h. Circule el tipo de leche que usted toma más frecuentemente:

Entera 2% 1% Sin grasa/Descremada De soya Otros tipos de leche (chocolate, etc.)
 Rara vez tomo leche Nunca tomo leche Otra

2. Manera de Comer - ¿cuántos días **a la semana** usted:

- | | | | | |
|--------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| a. ¿Desayuna? | 0-1 día | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |
| b. ¿Se sienta a comer con la familia? | 0-1 día | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |
| c. ¿Come alimentos de un restaurante de comida rápida? | 0-1 día | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |
| d. ¿Come comidas o meriendas frente la televisión? | 0-1 día | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |
| e. ¿Come mariscos (sin contar trucha o pescado gato)? | 0-1 días | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |

3. Hábitos Nutritivos

- a. ¿Cómo describiría usted sus hábitos nutritivos? OK Difícil Como mucho Como poco No me gusta probar nada nuevo
 Hábitos que ha cambiado desde que se embarazó: _____
- b. ¿Alguna vez ha comido algo de lo siguiente? (Circule lo aplica) (427.5)
 Leche bronca Coles de soya, de alfalfa, etc. Quesos importados (Camembert, Brie, con venas azules o queso estilo mexicano) Carnes frías Hot Dog fríos Pescado crudo o mariscos Jugo sin pasteurizar de fruta o verduras
- c. ¿Qué otras cosas, que no sean comida, come usted? (Circule todo lo que aplica) (427) Hielo Tierra Barro Colillas de cigarro Cascaritas de pintura Almidón de lavar Almidón de maíz Otras cosas: _____

4. Actividades y Horario

- a. ¿Cuántas **veces a la semana** participa en actividades como caminatas, bailes, jardinear u otra clase de ejercicio?
 0-1 días 2-3 días 4-5 días 6-7 días
- b. Cuando usted participa en una actividad, ¿por cuánto tiempo la hace cada vez que la hace?
 10-20 minutos 20-30 minutos 30-60 minutos 60 + minutos

¿Cuántas **horas por día?**

- a. ¿Ve TV? Menos de 1 hora al día 1-2 horas 3-4 horas 5 o más horas
- b. ¿Usa la computadora y juega juegos en video?
 Menos de 1 hora al día 1-2 horas 3-4 horas 5 o más horas

5. Preocupaciones:

- ¿Está usted preocupada sobre su aumento de peso? (101, 111) Sí No
- ¿Siente que usted?
 No sube de peso lo suficiente Sube lo adecuado Está subiendo mucho de peso
- ¿Se preocupa usted sobre sus hábitos en comer? Sí No
- ¿Está usted preocupada sobre su nivel de actividad? Sí No
- ¿Se le acaba seguido el dinero o las estampillas para comprar comida? Sí No A veces
- ¿Tiene otras preocupaciones que le gustaría discutir hoy? Sí No
- Favor de escribir las otras preocupaciones aquí: _____

DETÉNGASE AQUÍ. Muchas gracias por contestar estas preguntas. Por favor regrese el formulario completo a la empleada (O empleado) de WIC.