

# 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	Madre	Padre	Abuelo(a)	Tío(a)	Ninguno / no sé
Diabetes					
Enfermedades cardíacas/ Ataque del Corazón					
Alta Presión					
Obesidad					
Embolia					

## 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.**