

CHILD (2–4 YEARS) NUTRITION QUESTIONS

| | |
|---------------------|---------------------|
| Child's Name: _____ | Age of Child: _____ |
|---------------------|---------------------|

Please circle or write your answers to the following questions:

| | |
|---|----------------|
| 1. When is your child's next doctor's appointment? _____ | Dentist? _____ |
| 2. What do you give your child? <i>Vitamins/Minerals</i> <i>Fluoride</i> <i>Iron</i> <i>None</i> <i>Other Medications (list)</i> _____ | |
| 3. My child currently has: <i>Allergies</i> <i>Wheezing</i> <i>Rash</i> <i>Constipation</i> <i>Diarrhea</i> <i>None</i> | |
| 4. What things, other than food, does your child eat? <i>Dirt</i> <i>Clay</i> <i>Carpet Fibers</i> <i>Laundry</i> <i>Starch</i> <i>Cigarette Butts</i> <i>Paint Chips</i> <i>Dust</i> <i>Ashes</i> <i>None</i> <i>Other (list)</i> _____ | |
| 5. Has your child had a blood lead test? Yes No <i>If yes, when?</i> _____ | |
| 6. How would you describe your child's eating? <i>OK</i> <i>Picky</i> <i>Too much</i> <i>Not enough</i> <i>Other</i> _____ | |
| 7. How many times <u>a week</u> does an adult eat a meal with your child? <i>Never</i> <i>1-3 times</i> <i>4-6 times</i> <i>7 or more times</i> | |
| 8. Who prepares the meals for your family? _____ | |
| 9. How would you describe meals with your family? <i>Usually pleasant</i> <i>Sometimes pleasant</i> <i>Not pleasant</i> <i>Other</i> _____ | |
| 10. How many times <u>a week</u> does your family eat fast food or food from a restaurant? <i>Never</i> <i>1-2 times</i> <i>3-4 times</i> <i>5 or more times</i> | |
| 11. What does your child eat/drink on most days? ♦ <i>Juice</i> <i>Soda</i> <i>Kool Aid/Punch</i> <i>Gatorade</i> <i>Water</i> ♦ <i>Fruits</i> <i>Vegetables</i> ♦ <i>Milk (Skim Lowfat Whole)</i> <i>Cheese</i> <i>Yogurt</i> <i>Cottage Cheese</i> <i>Pudding/Custard</i> ♦ <i>Meat Hotdogs</i> <i>Chicken</i> <i>Turkey</i> <i>Fish</i> <i>Tofu</i> <i>Beans/Lentils</i> <i>Peanut Butter</i> <i>Eggs</i> <i>Nuts</i> ♦ <i>Breads</i> <i>Cereal</i> <i>Tortillas</i> <i>Rice</i> <i>Noodles</i> <i>Rolls</i> <i>Crackers</i> <i>Pan Dulce</i> ♦ <i>Candy</i> <i>Cookies</i> <i>Cakes</i> <i>Donuts</i> <i>Ice Cream</i> <i>Chips</i> <i>French Fries</i> ♦ <i>Other (list)</i> _____ | |
| 12. What are your child's favorite food(s)? _____ | |
| 13. What food(s) does your child dislike or is unable to eat? _____ | |
| 14. My child uses the following to eat or drink: <i>Breast</i> <i>Bottle</i> <i>Cup</i> <i>Spoon</i> <i>Fork</i> <i>Fingers</i> | |
| 15. What do you think about your child's size? <i>Too little</i> <i>Too big</i> <i>OK</i> | |
| 16. What kinds of activity does your child do? _____ | |
| 17. How many hours is a TV on (includes video games, movies, gameboy) in your house each day? _____ | |
| 18. Do you ever run out of money or food stamps to buy food? Yes No | |
| 19. What nutrition and health questions do you have today? _____ _____ | |

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| For Staff Use Only | |
| Date: _____ | WIC Staff Name: _____ |
| Participant WIC ID#: _____ | Height: _____ Weight: _____ |

CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA NIÑOS (2 a 4 años)

| | |
|------------------------|----------------------|
| Nombre del niño: _____ | Edad del niño: _____ |
|------------------------|----------------------|

Favor de circular o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuándo es la siguiente cita de su niño con el doctor? _____ dentista? _____
2. **¿Qué le da a su niño?** *Vitaminas/Minerales* *Fluoruro* *Hierro* *Ninguno*
Otras medicinas (apunte) _____
3. Mi niño tiene actualmente: *Alergias* *Respira con dificultad* *Sarpullido* *Estreñimiento* *Diarrea* *Nada*
4. **¿Cuáles cosas, además de alimentos, come su niño?** *Tierra* *Barro* *Alfombra* *Almidón*
Colillas *Pintura descascarada* *Polvo* *Cenizas* *Ninguna* *Otras (apunte)* _____
5. **¿Su niño ha tenido una prueba del plomo en la sangre?** *Sí* *No* *Si sí, ¿cuando?* _____

6. **¿Cómo describiría la manera de comer de su niño?**
Está bien *No quiere comer* *Come demasiado* *No come lo suficiente* *Otro* _____
7. **¿Cuántas veces a la semana come un adulto con su niño?**
Nunca *1 a 3 veces* *4 a 6 veces* *7 o más veces*
8. ¿Quién prepara las comidas para su familia? _____
9. ¿Cómo describiría las comidas en su familia?
Usualmente agradables *A veces agradables* *Desagradables* *Otro* _____
10. ¿Cuántas veces a la semana come su familia comidas rápidas o de restaurante?
Nunca *1 a 2 veces* *3 a 4 veces* *5 o más veces*
11. **¿Qué es lo que su niño come y toma en la mayoría de los días?**
 - ◆ *Jugo* *Soda* *Kool Aid* *Gatorade* *Agua*
 - ◆ *Frutas* *Verduras*
 - ◆ *Leche (Descremada* *Baja en grasa* *Entera)* *Queso* *Yogurt* *Requesón* *Pudín/Flan*
 - ◆ *Carne* *Hotdogs* *Pollo* *Pavo* *Pescado* *Tofú* *Frijoles/Lentejas* *Crema de cacahuete* *Huevos* *Nueces*
 - ◆ *Pan* *Cereales* *Tortillas* *Arroz* *Pasta* *Bolillos* *Galletas saladas* *Pan Dulce*
 - ◆ *Dulces* *Galletas* *Pasteles* *Donas* *Helados* *Tostaditas* *Papas fritas*
 - ◆ *Otros (apunte)* _____
12. ¿Cuáles son los alimentos favoritos de su niño? _____
13. **¿Cuáles alimentos no le gustan a su hijo o no puede comer?** _____
14. **Mi niño usa lo siguiente para comer o tomar:** *Pecho* *Biberón* *Taza* *Cuchara* *Tenedor* *Dedos*

15. ¿Qué piensa del peso y crecimiento de su niño? *Muy poco* *Mucho* *Está bien*
16. ¿Cuáles actividades físicas hace su niño? _____
17. ¿Cuántas horas regularmente está prendida la televisión (incluyendo juegos de video, videos, gameboy) cada día en su casa? _____
18. **¿Alguna vez se ha quedado sin dinero o sin estampillas de comida para comprar alimentos?**
Sí *No*
19. ¿Qué preguntas tiene hoy sobre la nutrición o la salud? _____

For Staff Use Only (Para el uso del empleado de WIC)

Date: _____ WIC Staff Name: _____

Participant WIC ID#: _____ Height: _____ Weight: _____