Certificación Intermedia de Infantes WIC - Preguntas de Salud y Dieta

*Nombre de niño/a*_____ ____/____/____ *Fecha de Hoy* ____/____/____ *Nac. de su niño/a* _____ *Sexo*

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta se usará para reportar. Si usted no contesta, una selección será hecha para usted por el personal. Esto no le afecta que recibe los beneficios de WIC.

1. a. ¿Es su infante hispano o latino? ___Sí ___ No
   b. ¿Es su infante árabe? ___Sí ___ No
   c. Marque **(√)** a todas las razas que aplica a su infante:
   __ Indio Americano o Nativo de Alaska __ Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico
   __ Asiática __ Blanco
   __ Negro o Americano-Africano

Favor de contestar las siguientes preguntas. Estas preguntas se hacen para poner al día la información de la salud de su infante para el Programa WIC. Favor de marcar (√) su respuesta o llenar el blanco. Todas las respuestas son confidenciales.

2. ¿Está tomando el pecho ahorita su bebé/infante? _____ Sí _____ No (CDC)
   a. Si contesta sí, ¿cuántas veces toma leche del pecho en 24 horas? _____ (CDC)
   418
3. Si no al 2, ¿ha tomado este bebé/infante **ALGUNA VEZ** el pecho o leche del pecho?
   (o recibido leche del pecho de una botella o de un tubo alimentador) ___Sí ___No (CDC)
   a. Si contesta sí al 3, ¿cuánto tiempo tomó el pecho su infante? _____
4. ¿Qué edad tuvo este bebé/infante cuando primero le alimentaron algo con excepción de leche de pecho?
   (por ejemplo: fórmula, agua, cereal para infantes, etc) Edad _____
5. ¿Qué edad tuvo este bebé/infante cuando el/ella paró totalmente tomando el pecho o ser alimentado con leche del pecho? Edad _____
6. Favor de marcar **(✓)** para todo lo que sea **verdad** sobre su infante.
   - ☐ al día en las vacunaciones
   - ☐ tiene seguro de salud
   - ☐ tuvo un chequeo con un medico en los 6 meses anteriores (tratamiento médico)
   - ☐ está saludable
   - ☐ necesita seguro de salud
   - ☐ necesita ver a un médico
   - ☐ ha pasado un chequeo de audición para recién nacidos
   - ☐ a menudo enfermizo
   - ☐ tuvo un chequeo en el Dept. de Salud
7. ¿Dónde ha visto a un médico para tratamiento médico su infante desde que de él/ella salio del hospital?
   - ☐ Oficina del Médico (05)
   - ☐ HMO (04)
   - ☐ Clínica en el Hospital (01)
   - ☐ Clínica del Departamento de Salud (02)
   - ☐ Cuarto de Emergencia del Hospital (03)
   - ☐ Otro (06)
8. ¿Toma su infante alguna medicina (receta o sin receta)? ☐ No ☐ Sí
   a) Si toma, ¿para cuál problema?_____
   b) Si toma, ¿cuáles medicinas/drogas?_____
   c) Si toma, ponga si tiene efectos secundarios_____

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o inhabilidad. Para archivar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TYY). El USDA es un proveedor y empleador de igual oportunidad.

9. Describe cualquier condición médico o nutritiva que su infante tiene o que siempre ha tenido:

_____

_____

La pregunta siguiente debe ser contestada por el padre biológico solamente:

10. ¿Cuál es la estatura y el peso actual del padre biológico de este infante? _____ _____ 114 (BMI≥30)
Estatura Peso

La pregunta siguiente debe ser contestada por la madre biológica solamente:

11. ¿Cuál era la estatura y el peso de la madre biológica en el concepto o durante el primer trimestre del embarazo con este infante? _____ _____ 114 (BMI ≥30)
Estatura Peso

12. ¿Ha sido su infante colocado con una familia acogida *(foster care)* en los 6 meses pasados? ☐ No ☐ Sí 903

13. ¿Ha cambiado su infante de una familia acogida a otra familia acogida en los 6 meses pasados?
☐ No ☐ Sí 903

HISTORIA DE ALIMENTAR

Contesta las preguntas 14 a 19 si usted esta dando el pecho, si no ir a pregunta 20.

14. Si su infante está tomando el pecho ahorita, favor de marcar (√) todo lo que sea verdad:

La experiencia de tomar pecho para mi infante es: ☐ Maravillosa ☐ Buena ☐ OK ☐ Difícil

Mi infante le cuesta trabajo agarrar el pecho: ☐ No ☐ Sí 603

El proveedor/médico de salud de mi infante me ha dicho que tiene o ha tenido:

☐ ictericia 603 ☐ poco aumento de peso ☐ manera inadecuada de hacer del cuerpo 603
☐ mama débilmente 603 ☐ buen aumento de peso para su edad

15. En 24 horas, ¿cuántas veces moja el pañal?_____ ¿Cuántas veces hace el pañal sucio (BM)?_____
603 (<6 por día)

16 ¿Quién acaba la sesión de amamantar? ☐ El infante ☐ La mama

17. ¿Quiere usted información sobre cómo volver al trabajo mientras dar el pecho? ☐ No ☐ Sí

18. ¿Su infante a veces toma leche de pecho exprimida en tetera, taza o de otra manera? ☐ No ☐ Sí

19. Cuando usted da leche del pecho a su infante, lo alimenta con leche del pecho:

a. ¿almacenada en el refrigerador por más de 72 horas? ☐ No ☐ Sí 405

b. ¿descongelada después del almacenar en el refrigerador por más de 24 horas? ☐ No ☐ Sí 405

c. ¿fresca almacenada a temperatura ambiente por más de 8 horas? ☐ No ☐ Sí 405

20. ¿Está tomando su infante fórmula **AHORITA**? ☐ No ☐ Sí Si pone sí, nombre de la fórmula:_____
    a. Si pone sí, ¿cuánta formula toma en 24 horas? _____ 411

27. ¿Está fortificada con hierro la fórmula? ☐Sí ☐ No
    411, < 6 meses y no fortificación de hierro, 414> 6 meses and no otra forma rutina de hierro

28. La fórmula es (marcar (√) una): ☐ En polvo ☐ Líquida concentrada ☐ Lista para usar

29. Sí usted mezcla la fórmula con agua, ¿cuánta agua le añade?_____ 415

30. ¿Qué cantidad usualmente de fórmula **toma cada vez** su infante? _____ 411

31. ¿Se le ha dado a su infante una botella de fórmula o leche del pecho exprimida dejada de una alimentación previa? ☐ No ☐ Sí 405

32. ¿Qué cantidad de agua toma su infante durante 24 horas? _____ 403 (No incluya agua mezclada con la fórmula)

33. ¿Cuántas veces en 24 horas se alimenta su infante? _____411

34. ¿Cómo hace a su infante dejarle saber cuándo el/ella tiene hambre? _____ 411

35. ¿Cómo hace a su infante dejarle saber cuándo el/ella esta llena? _____411

36. ¿Qué edad tuvo su infante cuando le alimentaron rutinariamente cualquier alimento con excepción de leche del pecho? _____meses 412 (<4meses CDC)

37. Es la formula preparada de su infante:
    a. ¿guardada a la temperatura ambiente por más de 2 horas? ☐ No ☐ Sí 405
    b. ¿guardada en el refrigerador por más de 48 horas? ☐ No ☐ Sí 405

38. ¿Qué aparatos usa para preparar la fórmula? 405

    ☐ Estufa/cocina ☐ Plato caliente ☐ Microonda ☐ Otro

39. Su infante:

	No	Sí	No sé
a. ¿Toma tetera acostado, durante la siesta o a la hora de dormir?	☐	☐ 419	☐
b. ¿Toma bebidas de un biberón que se apunta mientras lo están alimentando?	☐ 419	☐	☐
c. ¿Come con cuchara?	☐ 411 (>7meses)	☐	☐
d. ¿Toma cereal o comida de infante en tetera/alimentador infantil?	☐	☐ 419	☐
e. ¿Toma agua endulzada?	☐	☐ 419	☐

39. Su infante: (Con't)

	No	Sí	No sé
f. ¿Toma jugo en botella?	☐	☐ 419	☐
g. ¿Toma soda/*pop* en botella?	☐	☐ 419	☐
h. ¿Utiliza la botella a través del día o como chupón?	☐	☐ 419	☐
i. ¿Bebe de una taza de entrenamiento todo el día?	☐	☐ 419	☐
j. ¿Come comida para picar?	☐ 411 (>9 meses)	☐	☐
k. ¿Toma vitaminas o minerales? Si pone sí, favor de describir _____	☐ 424 (si no es suficiente)	☐ 423 (si es suficiente)	☐
l. ¿Toma remedios herbales o té herbales? Si pone sí, favor de describir _____	☐	☐ 423	☐
m. ¿Tiene problema dentales o caries?	☐	☐ 381	☐
n. ¿Consume dieta vegan (dieta vegetariana sin productos animales)?	☐	☐ 402+	☐
o. ¿Sigue dieta especial? Sí pone sí, cuál _____	☐	☐ 403+ (Si es restringida o baja en cal/nutrientes)	☐

40. ¿Su infante toma/come otra cosa más que leche de pecho, fórmula y agua? ☐ Sí ☐ No 411 (> 7meses)
Favor de marcar (√) lo que el infante come/toma:

☐ Leche entera 411
☐ Leche reducida en grasa 411
☐ Imitación de leche 411
☐ Leche de cabra/oveja 411
☐ Vegetales
☐ Carne 414
☐ Fruta
☐ Cereal 414
Si no y > 6 meses sin ningún otro fuente confiable de hierro
☐ Galletas para dentición
☐ Comida de la mesa
☐ Comidas variadas
☐ Perros caliente 411 o 405
☐ Otro: _____
_____

41. ¿Cuántas **veces por día** su infante come o toma lo siguiente? 411
(Escribe un número, por ejemplo 0, 1, 2, 3, 4, 5)

_____ Café	_____ *Gatorade*	_____ Galleticas	_____ Tortillas
_____ Té	_____ *Kool Aid*	_____ *Hi-C*/ponche	_____ *Donuts*
_____ Soda/*pop*	_____ Dulce	_____ Helado (nieve)	_____ Papas Fritas

42. ¿Agrega azúcar, miel o jarabe a cualquier bebida o alimento, o lo utiliza en un chupón? ☐ No ☐ Sí 411

43. ¿Su infante come o bebe algunos de los siguientes productos?: 405

☐ Jugo de frutas o vegetales crudos (sin pasteurizar)
☐ Productos lácteos crudos (sin pasteurizar) o quesos blandos como feta, brie, Camembert, azul o queso estilo mexicano
☐ Miel (incluyendo miel en los alimentos)
☐ Carne roja, pescado, carne de ave o huevos crudos o con poca cocción
☐ Brotes crudos de vegetales (alfalfa, trébol, frijoles y rábano)
☐ Tofu crudo o poco cocido
☐ Perros calientes, fiambre de cerdo y otras carnes de deli que no se calientan hasta que herva

44. Comente sobre otros alimentos, bocadillos o bebidas que su niño recibe que no hayan sido mencionados en las preguntas anteriores: _____

_____

_____

45 ¿Tiene usted alguna incapacidad que le hará difícil planear o preparar comida para su infante?

☐ No ☐ Sí 902 Si pone sí, favor de describir_____

46. Favor de describir algún problema de alimentación, preguntas o preocupaciones que pueda tener sobre su infante:

Gracias por completar este cuestionario. Favor de avisar el personal que he terminado.

WIC STAFF USE ONLY

WIC Anthropometric Risk		Circle assigned codes
103 At risk of becoming underweight. At or above the 6th percentile and at or below the 10th percentile weight-for-length. Round down to whole number. 104+ High risk underweight. At or below the 5th percentile weight-for-length. Round down to whole number. 114 At risk of becoming overweight. Infant born to an obese woman (BMI ≥30) at time of conception or at any point in the 1st trimester of pregnancy. (Self reported by mother only.) Infant whose biological father is obese (BMI ≥30) at time of certification. (Self reported by father only.) 121 Short stature or at Risk of Short Stature. At or below the 10th percentile length-for age.	135+ Inadequate Growth. Infants from birth to one month of age who have excessive weight loss after birth or are not back to birth weight by two weeks of age. or Infants from birth to 12 months of age whose 1st of two weight-for-age plots is below the 25th percentile and the 2nd plot is at a percentile less than the previous plot, then perform calculation to determine if criteria is met for risk code. or Infants from birth to twelve months of age whose 1st of two weight-for-age plots is at or above the 25th percentile and the 2nd plot is a 5 percentile or more drop from the 1st plot, then perform calculation to determine if criteria is met for risk code.	141+ Low birth weight or Very Low Birth Weight. Birth weight 2500 grams or less (at or less than 5 lb. 8 oz.) VLBW Birth weight 1500 grams or less (at or less than 3 lb. 5 oz.) 142+ Prematurity. Born < 37 weeks gestation. 151+ Small for Gestational Age. Diagnosed presence of small-for-gestational age. 152 Low Head Circumference. Below the 5th percentile head circumference-for-age. 153+ Large for Gestational Age. Diagnosed presence of large-for-gestational age or birth weight at or above 9 pounds.

BREASTFEEDING		
NOW	EVER	HOW LONG

BREASTFEEDING NOW CODES
0-Not breastfeeding now
1-1 feed/day to 1/4 time
2-1/2 time
3-3/4 time to full-time receiving WIC formula
4-full-time not receiving WIC formula

BREASTFEEDING EVER CODES
"Y" - for yes, has breastfed Or is breastfeeding
"N" - for never breastfed
Blank is not acceptable

BREASTFEEDING HOW LONG CODES
Less than 4 days = 00
4-10 days = 01
11-17 days = 02
18-24 days = 03
25-31 days = 04
After 1st Month - Record only full weeks of Brstfdng.
2 months = 09
3 months = 13
4 months = 17
5 months = 22
6 months = 26
7 months = 30
8 months = 35
9 months = 39
10 months = 43
11 months = 48

FORMULA START

FORMULA START CODES
00 = Never received formula
01 wk = birth thru 10 days
02 wks = 11 thru 17 days
03 wks = 18 thru 24 days
04 wks = 25 thru 31 days
05 wks = 32 thru 38 days
06 wks = 39 thru 45 days
07 wks = > 45 days
08 wks = not applicable
09 weeks = unknown
Blank = not acceptable

Biochemical Risk - 201	Hct. %	Hgb. gm.
See criteria below	<33.0	<11.0

The following infants may require testing prior to one year of age:
- Premature
- Low birth weight
- Not fed iron-fortified formula or breast milk.
- Known diagnosis of anemia
- Surgery with excessive blood loss

Referral Codes:

__01 EPSDT
__02 Family Planning
__03 Infant Support Services
__04 Maternal Support Services
__05 Hearing Screening
__06 Vision Screening
__07 Public Health Nursing
__08 Children's Special Health Care Services
__09 Food Stamps/Cash Out
__10 Family Independence Agency
__11 Medicaid
__12 Preventive/Protective Services
__13 MSU Extension
__14 Intermediate School District
__15 Substance Abuse Counseling/Treatment
__16 Dental
__17 Private Physician
__18 Registered Dietitian-WIC
__19 Registered Dietitian-non-WIC
__20 STD Clinic
__21 Well Child Clinic
__22 Com. Mental Health/Mental Health Serv.
__23 Healthy Kids (MICH-Care)
__24 Prenatal Clinic
__25 Head Start
__26 CSFP/Focus: HOPE
__27 Emergency Food Pantry/Programs& TEFAP
__28 Non-food Emergency Services
__29 Job Training Employment
__30 Migrant Services
__31 Parenting Classes
__32 Substance Abuse
__33 Breastfeeding Peer Support-LLL
__34 Early On
__35 Legal Aid
__36 Environmental Health
__37 Lead Screening
__38 MI Child
__39 Prenatal Enrollment & Coordination Prog.
__40 Immunization Assessment with card
__41 Immunization Assessment-no card
__42 Immunization Card-no assessment
__43 No Immunization Card-no assessment
__44 Vaccinated in WIC
__45 Immunization referral-Local Imm Clinic
__46 Immunization Referral
__47 No Immunization Needed
__50 New Voter Registration
__51 Voter Changed Address
__52 Voter Registration Declined
__53 Voter Mailed Form
__59 Social Worker
__60 Healthy Start
__61 Summer Feeding Program
__62 Child Support Services
__63 Smoking Cessation
__64 Project FRESH
__65 Women's Shelter/Resource
__66 Strong Families/Safe Children
__67 Maternity Outpatient Medical Services Program (MOMS)
__95 _____
__96 _____
__97 _____
__98 _____
__99 _____

CPA Notes/Nutrition Education Plan:

CPA Signature_____ **Date** _____