



# Adult & Adolescent Nutrition Questionnaire (English)

For Staff Use Only:

P  B  N

Your Name: \_\_\_\_\_

1. What **questions or concerns** do you have about your health, weight, diet, or breastfeeding? \_\_\_\_\_
2. Do you go for **regular health check-ups**?  Yes  No Where? \_\_\_\_\_
3. How is your **health care paid for**?  Medicaid  private insurance  other \_\_\_\_\_
4. Do you go for **regular dental check-ups**?  Yes  No
5. Do you or does anyone smoke **cigarettes, a pipe, or cigars inside the home** 4 or more days per week?  Yes  No
6. Check all you have had in the last month:  dental problems  
 diarrhea  constipation  vomiting  nausea  
 illness What was it? \_\_\_\_\_
7. Check all you have:  
 special diet\* What kind? \_\_\_\_\_  
 health problem What kind? \_\_\_\_\_  
 food allergy/intolerance To what? \_\_\_\_\_
8. Check all you take:  
 medicine What kind? \_\_\_\_\_  daily  as needed  
 vitamins/minerals/prenatal vitamins\* What kind? \_\_\_\_\_  
 herbal teas or products/home remedies\* What kind? \_\_\_\_\_
9. What is your **usual daily activity**? (check one)  
 **very active** such as running, heavy housework or yardwork  
 **active some of the time** such as light housework or walking  
 **not active** such as sitting most of the day
10. How many days a week do you eat **vegetables**?  
 daily  4 to 6 days per week  1 to 3 days per week  never\*
11. How many days a week do you eat **fruit**?  
 daily  4 to 6 days per week  1 to 3 days per week  never\*
12. Check all that you eat **daily** or on **most days**.\*  
**Milk:**  milk What kind? \_\_\_\_\_ Amount each day? \_\_\_\_\_  cheese  yogurt  
**Meat:**  meat/chicken  fish  dry beans  eggs  peanut butter  tofu  nuts  seeds  
**Grains:**  bread  cereal  rice  pasta  tortillas  
**Other:**  candy/cookies  butter/lard  fried foods  french fries  chips  sausage, hot dogs, bacon, salami, bologna
13. Check all that you **usually** drink:.\*  
 water \_\_\_\_\_  soda \_\_\_\_\_  sweet tea \_\_\_\_\_  unsweet tea \_\_\_\_\_  beer, wine, liquor \_\_\_\_\_  
 coffee \_\_\_\_\_  100% fruit juice \_\_\_\_\_  nutrition drink (PediaSure, Boost, Ensure) \_\_\_\_\_  
 sports drinks (Gatorade, PowerAde) \_\_\_\_\_  other drinks (Kool-aid, Capri Sun, Hi-C, lemonade, punch) \_\_\_\_\_
14. Do you eat **fish 3 or more times per week**?\*  Yes  No What kind of fish? \_\_\_\_\_
15. Check all that you eat:.\*  baking soda  corn starch  baby powder  large amounts of ice  ashes  dirt  clay  
 raw eggs  raw fish/oysters  smoked seafood  meat spreads  soft cheeses (queso blanco, queso fresco, Feta, Brie)
16. Do you want to change the way you eat?  Yes  No  maybe If so, what changes? \_\_\_\_\_
17. Do you limit the amount of food you buy because you don't have enough money?\*  Yes  No
18. **For pregnant women:** How interested are you in breastfeeding?  very  somewhat  not sure
19. **For breastfeeding women:** How is breastfeeding going?  great  okay  some concerns \* = potential 400 risk

For Staff Use Only

**For Staff Use Only:**  Check here if WIC Risk 400 and describe: \_\_\_\_\_  Check here if WIC Risk 401

Signature & Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Client's Name: \_\_\_\_\_

WIC ID: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_



# Adult & Adolescent Nutrition Questionnaire (Spanish)

For Staff Use Only:

P  B  N

Su Nombre: \_\_\_\_\_

- ¿Qué **preguntas o preocupaciones** tiene acerca de su salud, peso, dieta o dar el pecho? \_\_\_\_\_
- ¿Va usted al **médico con regularidad**?  Sí  No ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo paga por **los servicios médicos**?  Medicaid  seguro privado  otro \_\_\_\_\_
- ¿Va usted al **dentista con regularidad**?  Sí  No
- ¿Fuma usted u otras personas **cigarillos, pipa o cigarros dentro de la casa** 4 o más días por semana?  Sí  No
- Marque todo lo que ha tenido en el último mes:  problemas dentales  diarrea  estreñimiento  vómitos  náusea  enfermedad ¿Qué fué? \_\_\_\_\_
- Marque todo lo que tiene:  dieta especial\* ¿Qué clase? \_\_\_\_\_  problema de salud ¿Cuál es? \_\_\_\_\_  alergia o intolerancia a alimentos ¿Qué clase? \_\_\_\_\_
- Marque todo lo que toma:  medicina ¿Qué clase? \_\_\_\_\_  diariamente  cuando es necesario  vitaminas/minerales/vitaminas prenatales\* ¿Qué clase? \_\_\_\_\_  té de hierbas/productos de hierbas/remedios caseros\* ¿Qué clase? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es su **usual actividad diaria**? (marque una)  **muy activa** (corre, realiza trabajos fuertes en el hogar o trabajo en el patio)  **activa parte del tiempo** (realiza trabajos sencillos en el hogar, camina)  **inactiva** (sentada la mayor parte del día)
- ¿Cuántas veces a la semana usted come **vegetales**?  diariamente  de 4 a 6 días por semana  de 1 a 3 días por semana  nunca\*
- ¿Cuántas veces a la semana usted come **frutas**?  diariamente  de 4 a 6 días por semana  de 1 a 3 días por semana  nunca\*
- Marque todos los alimentos que usted come **diariamente o la mayoría del tiempo**.\*

For Staff Use Only

- Leche:**  leche ¿Qué clase de leche? \_\_\_\_\_ ¿Cantidad diaria? \_\_\_\_\_  queso  yogurt
- Carnes:**  carne/pollo  pescado  frijoles secos  huevos  mantequilla de cacahuates (maní)  tofu  nueces  semillas
- Granos:**  pan  cereal  arroz  pasta  tortillas
- Otros:**  dulces/galletitas  mantequilla/manteca  alimentos fritos  papas fritas  "chips"  salchicha, perros calientes, tocino, salami, bologna
- Marque todo lo que usted bebe **usualmente**.\*  agua \_\_\_\_\_  soda \_\_\_\_\_  té con azúcar \_\_\_\_\_  té sin azúcar \_\_\_\_\_  cerveza, vino, licor \_\_\_\_\_  café \_\_\_\_\_  jugo de fruta al 100% \_\_\_\_\_  suplemento líquido (Pediasure, Boost, Ensure) \_\_\_\_\_  bebidas deportivas (Gatorade, PowerAde) \_\_\_\_\_  otras bebidas (Kool-aid, Capri Sun, Hi-C, limonada, ponche) \_\_\_\_\_
  - ¿Come usted **pescado 3 o más veces por semana**?\*  Sí  No ¿Qué clase de pescado? \_\_\_\_\_
  - Marque todo lo que usted come:\*  polvo de hornear  almidón de cocinar  talco de bebé  grandes cantidades de hielo  cenizas  tierra  barro  huevos crudos  pescado/ostras crudos  marisco ahumado  productos de carne para untar  quesos blandos (queso blanco, queso fresco, Feta, Brie)
  - ¿Desea usted cambiar la forma que come?  Sí  No  quizás Si desea, ¿qué cambios? \_\_\_\_\_
  - ¿Limita usted la compra de alimentos porque no hay suficiente dinero?\*  Sí  No
  - Para mujeres embarazadas:** ¿Está interesada en dar el pecho?  mucho  poco  no estoy segura
  - Para mujeres lactantes:** ¿Cómo va la lactancia?  muy bien  bien  algunas preocupaciones \* = potential 400 risk

For Staff Use Only:  Check here if WIC Risk 400 and describe: \_\_\_\_\_  Check here if WIC Risk 401

Signature & Title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Client's Name: \_\_\_\_\_  
WIC ID: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_