



Child (1 to 10 years) Nutrition Questionnaire (English)

Child's Name: _____ Parent/Caretaker: _____

1. What **questions or concerns** do you have about your child's health, diet, or growth? _____
2. Does your child go for **regular health check-ups**? Yes No Where? _____
3. How is your child's **health care paid for**? Medicaid private insurance KidCare other _____
4. Does your child go for **regular dental check-ups**? Yes No
5. Does anyone smoke **cigarettes, a pipe, or cigars** inside the home 4 or more days per week? Yes No
6. Check all that your child has had in the last month: dental problems difficulty chewing diarrhea constipation
 vomiting illness What was it? _____
7. Check all your child has:
 special diet* What kind? _____
 health problem What kind? _____
 food allergy/intolerance To what? _____
8. Check all your child takes:
 medicine What kind? _____ daily as needed
 vitamins/minerals* What kind? _____
 herbal teas or products/home remedies* What kind? _____
9. Check all your child uses to eat or drink:* baby bottle sippy cup
 regular cup eats with fingers spoon or fork tube fed
10. How active is your child most days? (check one)
 very active such as playing outside 2 or more hours per day
 active some of the time such as playing outside 1 to 2 hours each day
 not active such as sitting most of the day
11. How many hours a day does your child **watch TV or play video games**?
 3 or more hours per day 1 to 2 hours per day seldom
12. How many days a week does your child eat **vegetables**?
 daily 4 to 6 days per week 1 to 3 days per week never*
13. How many days a week does your child eat **fruit**?
 daily 4 to 6 days per week 1 to 3 days per week never*
14. Check all that your child eats **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
15. Check all that your child **usually** drinks:* water _____ soda _____ sweet tea _____ unsweet tea _____
 coffee _____ 100% fruit juice _____ nutrition drink (PediaSure, Boost, Ensure) _____
 sports drinks (Gatorade, PowerAde) _____ other drinks (Kool-aid, Capri Sun, Hi-C, lemonade, punch) _____
16. Does your child eat **fish 3 or more times per week**?* Yes No What kind of fish? _____
17. Check all that your child eats:* crayons paper 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)
18. Check all that your child eats (for children under 4 years of age):* candy gum chips popcorn pretzels
 raisins dried fruit raw vegetables whole grapes
19. Would you like to see some changes to the way your child eats? Yes No maybe If so, what changes? _____
20. Do you limit the amount of food you buy because you don't have enough money?* Yes No
21. Does your child eat meals provided by a child care center or school? Yes No

For Staff Use Only

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

Child's Name: _____
WIC ID: _____
DOB: _____ Age: _____

Signature & Title: _____ Date: _____



Child (1 to 10 years) Nutrition Questionnaire (Spanish)

Nombre del Niño: _____ Padre/Cuidador: _____

- ¿Qué **preguntas o preocupaciones** tiene usted acerca de la salud, dieta o crecimiento de su niño? _____
- ¿Lleva usted a su niño al **médico con regularidad**? Sí No ¿Dónde? _____
- ¿Cómo paga por **los servicios médicos de su niño**? Medicaid seguro privado KidCare otro _____
- ¿Lleva usted a su niño 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 su niño ha tenido en el último mes: problemas dentales dificultad al masticar diarrea estreñimiento
 vómitos enfermedad ¿Qué fue? _____
- Marque todo lo que tiene su niño:
 dieta especial* ¿Qué clase? _____
 problema de salud ¿Cuál es? _____
 alergia o intolerancia a alimentos ¿Qué clase? _____
- Marque todo lo que su niño toma:
 medicina ¿Qué clase? _____ diariamente cuando lo necesita
 vitaminas/minerales* ¿Qué clase? _____
 té de hierbas/productos de hierbas/remedios caseros*
¿Qué clase? _____
- Marque todo lo que su niño usa para comer o beber:* botella de bebé
 taza de bebe taza regular come con los dedos cuchara o tenedor
 alimentación por tubo
- ¿Cuán activo es su niño la mayoría de los días? (marque una)
 muy activo (juega 2 o más horas por día)
 activo parte del tiempo (juega aproximadamente de 1-2 horas cada día)
 inactivo (sentado la mayor parte del día)
- ¿Cuántas horas al día mira su niño la televisión o juega videos?
 3 o más horas al día 1 o dos horas al día casi nunca
- ¿Cuántas veces a la semana su niño come **vegetales**? diariamente
 de 4 a 6 días por semana de 1 a 3 días por semana nunca*
- ¿Cuántas veces a la semana su niño come **frutas**? diariamente
 de 4 a 6 días por semana de 1 a 3 días por semana nunca*
- Marque todos los alimentos que su niño come diariamente o la mayoría del tiempo:*
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 su niño bebe **usualmente**:* agua _____ soda _____ té con azúcar _____ té sin azúcar _____
 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 su niño **pescado 3 o más veces a la semana**?* Sí No ¿Qué clase? _____
- Marque todo lo que su niño come:* creyones papel almidón de cocinar talco de bebé grandes cantidades de hielo
 cenizas tierra barro huevos crudos pescado/ostras crudos marisco/pescado ahumado
 productos de carne para untar queso blando (queso blanco, queso fresco, Feta, Brie)
- Marque todo lo que su niño come (para niños menores de 4 años): dulces/caramelos goma de mascar "chips"
 rosetas de maíz "pretzels" pasas fruta seca vegetales crudos uvas enteras
- ¿Le gustaría ver cambios en la forma que come su niño? Sí No quizás Si desea, ¿qué cambios? _____
- ¿Limita usted la compra de alimentos porque no hay suficiente dinero?* Sí No
- ¿Come su niño comidas proporcionadas por un centro del cuidado de niños o la escuela? Sí No * = 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

Child's Name: _____

WIC ID: _____

DOB: _____ Age: _____

Signature & Title: _____

Date: _____