



# Infant (Birth to under 12 months) Nutrition Questionnaire (English)

**Baby's Name:** \_\_\_\_\_ **Parent/Caretaker:** \_\_\_\_\_

1. What **questions or concerns** do you have about your baby's health, diet, or growth? \_\_\_\_\_
2. Does your baby go for **regular health check-ups**?  Yes  No Where? \_\_\_\_\_
3. How is your baby's **health care paid for**?  Medicaid  private insurance  KidCare  other \_\_\_\_\_
4. Does anyone smoke **cigarettes, a pipe, or cigars** inside the home 4 or more days per week?  Yes  No
5. Check all that your baby has had in the last month:  diarrhea  constipation  vomiting  
 illness What was it? \_\_\_\_\_
6. Check all your baby has:  health problem What kind? \_\_\_\_\_  food allergy/intolerance To what? \_\_\_\_\_
7. Check all your baby takes:  medicine What kind? \_\_\_\_\_  daily  as needed  
 vitamins/minerals\* What kind? \_\_\_\_\_  herbal teas or products/home remedies\* What kind? \_\_\_\_\_
8. In one day (24 hours), my baby has: \_\_\_\_\_ wet diapers per day \_\_\_\_\_ dirty diapers per day
9. Check all your baby uses to eat or drink:\*  
 baby bottle  sippy cup  regular cup  eats with fingers  spoon or fork  tube fed

### Check all you are feeding your baby and answer the related questions:

10.  **Breastmilk** .....a. How many times do you breastfeed or give breastmilk in one day (24 hours)?\* \_\_\_\_\_  
b. How is breastfeeding going?  great  okay  some concerns  
c. Do you ever use a breast pump?  Yes  No If yes, how often? \_\_\_\_\_  
d. Are you planning on fully breastfeeding (no formula) for 6 months or more?  Yes  No  maybe
11.  **Infant formula**..... Name of formula: \_\_\_\_\_  
a. I feed my baby \_\_\_\_\_ bottles in 24 hours.\* My baby drinks \_\_\_\_\_ oz at each feeding.  
b. What kind?  powder To prepare, I use \_\_\_\_\_ oz water and mix it with \_\_\_\_\_ scoops of powder.\*  
 concentrate To prepare, I use \_\_\_\_\_ oz water and mix it with \_\_\_\_\_ oz concentrated liquid.\*  
 ready-to-feed  
c. What type of water do you use to mix the formula?  city (tap)  well  bottled  nursery (baby water)  
d. Do you boil the water used to mix the formula?  yes  no If so, how many minutes? \_\_\_\_\_ minutes  
e. How long do you keep prepared bottles in the refrigerator? \_\_\_\_\_ hours  
f. What do you do with formula left in the bottle after your baby has eaten?  throw it out  refrigerate it  other  
g. Does your baby drink from a bottle in bed at naptime or at night?  Yes  No  
h. Do you put baby cereal, juice, sugar, Karo® or corn syrup, honey, or baby food in your baby's bottle?  Yes  No  
i. Is your baby ever fed a bottle that is propped up or not held by the parent or caregiver?  Yes  No
12. Check all that your baby drinks:\*  water \_\_\_\_\_  sweet tea \_\_\_\_\_  unsweet tea \_\_\_\_\_  soda \_\_\_\_\_  
 100% fruit juice \_\_\_\_\_  milk other than breastmilk or infant formula \_\_\_\_\_  
 sports drinks (Gatorade, PowerAde) \_\_\_\_\_  other drinks (Kool-aid, Capri Sun, Hi-C, lemonade, punch) \_\_\_\_\_
13. Check the foods that your baby eats: \*  
 baby cereal  baby meats  fish  french fries  pretzels  popcorn  
 baby fruits  baby mixed dinners  hot dogs/sausage  chips  raw vegetables  whole grapes  
 baby vegetables  egg yolk  egg white  honey  peanut butter  nuts  
 cheese  table food  baby dessert  candy  seeds  raisins  
 yogurt  crackers/toast  other \_\_\_\_\_ \* = potential 400 risk

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

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

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

Baby's Name: \_\_\_\_\_

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

DOB: \_\_\_\_\_ Age (in months): \_\_\_\_\_



# Infant (Birth to under 12 months) Nutrition Questionnaire (Spanish)

Nombre del Bebé: \_\_\_\_\_ Padre/Cuidador: \_\_\_\_\_

- ¿Qué preguntas o preocupaciones tiene usted acerca de la salud, dieta o crecimiento de su bebé? \_\_\_\_\_
- ¿Lleva usted a su bebé al médico con regularidad?  Sí  No ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo paga por los servicios médicos de su bebé?  Medicaid  seguro privado  KidCare  otro \_\_\_\_\_
- ¿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 bebé ha tenido en el último mes:  diarrea  estreñimiento  vómitos  enfermedad ¿Qué fue? \_\_\_\_\_
- Marque todo lo que tiene su bebé:  problema de salud ¿Cuál es? \_\_\_\_\_  alergia o intolerancia a alimentos ¿Qué clase? \_\_\_\_\_
- Marque todo lo que su bebé toma:  medicina ¿Qué clase? \_\_\_\_\_  diariamente  cuando lo necesita  vitaminas/minerales\* ¿Qué clase? \_\_\_\_\_  té de hierbas/productos de hierbas/remedios caseros\* ¿Qué clase? \_\_\_\_\_
- En un día (24 horas), mi bebé tiene: \_\_\_\_\_ pañales mojados por día \_\_\_\_\_ pañales sucios por día
- Marque todo lo que su bebé usa para comer o beber:\*  botella de bebé  taza de bebé  taza regular  dedos  cuchara o tenedor  alimentación por tubo

### Marque todo lo que le ofrece a su bebé y conteste las preguntas relacionadas a su respuesta:

- Leche de Pecho** .. a. ¿Cuántas veces al día (24 horas) le da el pecho o le ofrece leche materna a su bebé?\* \_\_\_\_\_  
b. ¿Cómo le va con la lactancia?  muy bien  bien  algunas preocupaciones  
c. ¿Utiliza usted alguna vez una bomba para extraer su leche?  Sí  No  
Si contesta sí, ¿con cuánta frecuencia? \_\_\_\_\_  
d. ¿Está usted planeando darle sólo el pecho a su bebé (no fórmula) por 6 meses o más?  Sí  No  quizás
- Fórmula Infantil**.....Nombre de la fórmula: \_\_\_\_\_  
a. Le ofrezco a mi bebé \_\_\_\_\_ botellas (biberones) en 24 horas.\* Mi bebé toma \_\_\_\_\_ oz cada vez.  
b. ¿Qué clase de fórmula?  
 en polvo Para mezclar la fórmula, yo uso \_\_\_\_\_ oz de agua y la mezclo con \_\_\_\_\_ medidas de fórmula en polvo.\*  
 concentrada Para mezclar la fórmula, yo uso \_\_\_\_\_ oz de agua y la mezclo con \_\_\_\_\_ oz de fórmula concentrada.\*  
 lista para usar  
c. ¿Qué tipo de agua utiliza para mezclar la fórmula?  ciudad (agua de llave)  pozo  embotellada  agua para bebés  
d. ¿Hierve usted el agua que usa para mezclar la fórmula?  Sí  No Si lo hace, ¿por cuántos minutos? \_\_\_\_\_ minutos  
e. ¿Por cuánto tiempo deja usted las botellas con fórmula mezclada en la nevera?\* \_\_\_\_\_ horas  
f. ¿Qué hace usted con la fórmula que sobra después que su bebé come?\*  la desecha  la refrigera  otro  
g. ¿Deja usted que su niño tenga la botella en su cama durante las siestas o en la noche?\*  Sí  No  
h. ¿Pone usted cereal, jugo, azúcar, almíbar de maíz, miel, o comida de bebé en la botella del bebé?\*  Sí  No  
i. ¿Alimenta alguna vez a su bebé con una botella que no es sostenida por un padre o el cuidador?\*  Sí  No

- Marque todo lo que toma su bebé:\*  agua \_\_\_\_\_  té con azúcar \_\_\_\_\_  té sin azúcar \_\_\_\_\_  soda \_\_\_\_\_  
 jugo de fruta al 100% \_\_\_\_\_  leche aparte de leche de pecho o fórmula infantil \_\_\_\_\_  
 bebidas deportivas (Gatorade, PowerAde) \_\_\_\_\_  otras bebidas (Kool-aid, Capri Sun, Hi-C, lemonade, punch) \_\_\_\_\_

### 13. Marque los alimentos que su bebé come:\*

- |  |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> cereal de bebé    | <input type="checkbox"/> carnes de bebé         | <input type="checkbox"/> pescado                    | <input type="checkbox"/> papitas fritas   | <input type="checkbox"/> "pretzels"                       | <input type="checkbox"/> rosetas de maíz     |
| <input type="checkbox"/> frutas de bebé    | <input type="checkbox"/> comidas mixtas de bebé | <input type="checkbox"/> perros calientes/salchicha | <input type="checkbox"/> "chips"          | <input type="checkbox"/> vegetales <u>crudos</u>          | <input type="checkbox"/> uvas <u>enteras</u> |
| <input type="checkbox"/> vegetales de bebé | <input type="checkbox"/> yema de huevo          | <input type="checkbox"/> clara de huevo             | <input type="checkbox"/> miel             | <input type="checkbox"/> mantequilla de cacahuates (maní) | <input type="checkbox"/> nueces              |
| <input type="checkbox"/> queso             | <input type="checkbox"/> comidas caseras        | <input type="checkbox"/> postres de bebé            | <input type="checkbox"/> dulces/caramelos | <input type="checkbox"/> semillas                         | <input type="checkbox"/> pasas               |
| <input type="checkbox"/> yogurt            | <input type="checkbox"/> galletas/tostada       | <input type="checkbox"/> otros _____                |   |   |  |

\* = potential 400 risk

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

Check here if WIC Risk 401

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

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

Baby's Name: \_\_\_\_\_

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

DOB: \_\_\_\_\_ Age (in months): \_\_\_\_\_