

WIC HEALTH QUESTIONNAIRE Infant (Birth to 5 Months)

Date: _____

_____ Baby's Name _____ Birth Date _____ Expected Due Date _____ Age (months)
 Baby's Birth Weight: _____ pounds _____ ounces Birth Length: _____ inches
 Female / Male (Circle one)

	Circle Yes or No	NRFs
1. Is your baby up-to-date on his/her immunizations? Please bring shot records.....	Yes	No
2. Was the baby born more than 3 weeks before the due date?.....	No	Yes
3. Have you ever breastfed your baby? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No How are you currently feeding your baby? <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Formula Feeding <input type="checkbox"/> Both Breastfeedings: _____ Number of feedings in 24 hours _____ Number of minutes each feeding Formula feedings: _____ Number of bottles in 24 hours _____ Ounces/bottle How do you mix the formula? _____ # of Scoops _____ Ounces of water What kind of water do you use? <input type="checkbox"/> City <input type="checkbox"/> Well <input type="checkbox"/> Other _____ Do you feed anything other than breastmilk or formula in the bottle?..... If yes, describe: _____ How many dirty diapers does your baby have in 24 hours? _____ How many wet diapers does your baby have in 24 hours? _____	No	Yes
4. Does your baby take any herbs or dietary supplements (including drops)?..... If yes, describe: _____	No	Yes
5. Does your baby have a medical problem diagnosed by a doctor (such as birth defects/handicaps, hepatitis, HIV, or food allergy)? If yes, describe: _____	No	Yes
6. Has your baby had major surgery?..... If yes, describe: _____	No	Yes
7. Does your baby have any of the following?..... <input type="checkbox"/> Frequent constipation <input type="checkbox"/> Frequent vomiting or spitting up <input type="checkbox"/> Frequent diarrhea <input type="checkbox"/> Frequent illness If yes, describe how often/how long: _____	No	Yes
8. Does your baby have any problems sucking, swallowing, or eating? If yes, describe: _____	No	Yes
9. When is your baby seen by a doctor or in a clinic?..... <input type="checkbox"/> For regular checkups <input type="checkbox"/> Just when sick <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Neither Name of doctor or clinic: _____		
10. Do you have any questions or concerns about:..... <input type="checkbox"/> Immunizations <input type="checkbox"/> Well Baby clinic <input type="checkbox"/> Tooth care <input type="checkbox"/> Lead exposure <input type="checkbox"/> Family Planning/birth control <input type="checkbox"/> Child support payment <input type="checkbox"/> Meeting other mothers who breastfeed <input type="checkbox"/> Working/going to school and breastfeeding <input type="checkbox"/> Pumping/storing breastmilk <input type="checkbox"/> Baby preferring one breast <input type="checkbox"/> Breast pain <input type="checkbox"/> Baby not interested in breastfeeding <input type="checkbox"/> Teething/Biting Other questions: _____ Would you like information about: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Food Stamps	No	Yes
11. Does anyone living in your household smoke inside the home?	No	Yes
12. Is this child in foster care? If yes, when did s/he move to this foster care home? _____	No	Yes
FOR STAFF USE ONLY Is this infant's mother a priority 1 breastfeeding mother?.....	No	Yes

Questionnaire assessed by: _____ (staff)

CUESTIONARIO DE SALUD DE WIC BEBÉ (Nacimiento - 5 Meses)

Fecha: _____

Nombre del bebé _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha probable del parto _____ Edad (meses) _____

Peso al Nacer: _____ libras _____ onzas Estatura al nacer: _____ pulgadas

Niña / Niño (circule uno)

	Marque con un círculo		NRFs
1. ¿Está su bebé al corriente con sus vacunas/inmunizaciones? Por favor, traiga con usted los registros de vacunación.	Sí	No	Refer
2. ¿Su bebé nació más de tres semanas antes de cumplirse los 9 meses de embarazo?	No	Sí	11
3. ¿Ha amamantado antes a su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cómo alimenta a su bebé ahora? <input type="checkbox"/> Amamantándolo <input type="checkbox"/> Con fórmula <input type="checkbox"/> Ambos Si amamantando ¿con qué frecuencia, en un periodo de 24 horas? _____ En cada comida, ¿Por cuánto minutos le da el pecho? _____ Si Fórmula: _____ Número de biberones en 24 horas _____ Onzas en cada biberón ¿Cómo mezcla usted la fórmula? _____ Número de cucharas de fórmula _____ Onzas de agua ¿Cuál es el agua que utiliza para mezclar la fórmula? <input type="checkbox"/> Agua de la ciudad <input type="checkbox"/> Agua de pozo <input type="checkbox"/> Otro ¿Le da al bebé alguna otra cosa además de leche materna o fórmula en el biberón? Si contestó sí, descríbala: _____ ¿Cuántos pañales ensucia su bebé (evacuaciones) en 24 horas? _____ ¿Cuántos pañales orina su bebé en 24 horas? _____			IG IF II IA, IB, IC, ID, IE 52
4. ¿Le da a su bebé algún tipo de hierbas o suplementos dietéticos (incluyendo gotas)? Si contestó sí, descríbala: _____	No	Sí	IJ IK
5. ¿Tiene su bebé algún problema de salud diagnosticado por un médico (como defectos de nacimiento/discapacidades, hepatitis, VIH, o alergia de alimento)? Si contestó sí, descríballo: _____	No	Sí	Medical Conditions
6. ¿Su bebé ha tenido una cirugía mayor? Si contestó sí, descríbala: _____	No	Sí	
7. ¿Tiene su bebé alguno de los siguientes problemas?: <input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente <input type="checkbox"/> Vómitos o devuelve con frecuencia <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> Se enferma con frecuencia Si los tiene, describa con qué frecuencia y por cuánto tiempo: _____	No	Sí	
8. ¿Tiene su bebé algún problema para succionar/mamar, tragar, o comer? Si contestó sí, descríballo: _____	No	Sí	52, ID
9. ¿Cuándo lleva su bebé al médico o a la clínica? <input type="checkbox"/> Para revisiones periódicas <input type="checkbox"/> Cuando está enfermo/a <input type="checkbox"/> En ambos casos <input type="checkbox"/> En ningún caso Nombre del doctor o de la clínica: _____			Counsel/ Refer
10. Tiene preguntas o preocupaciones acerca de: <input type="checkbox"/> Las vacunas <input type="checkbox"/> La clínica de cuidados preventivos para bebés <input type="checkbox"/> Exposición al plomo <input type="checkbox"/> El destete <input type="checkbox"/> Cuando empiezan a salir los dientes y cómo cuidarlos <input type="checkbox"/> La planificación familiar y el control de la natalidad <input type="checkbox"/> Dolor del pecho <input type="checkbox"/> Conocer a otras madres que amamantan <input type="checkbox"/> El bebé prefiere solo un pecho <input type="checkbox"/> Extracer la leche materna y almacenarla <input type="checkbox"/> El bebé no esta interesado <input type="checkbox"/> Trabajar/ir a la escuela y dar a pecho <input type="checkbox"/> Cuando empiezan a salir los dientes del bebé/cuando muerden Otras preguntas: _____ ¿Quisiera recibir información sobre: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Estampillas de comida	No	Sí	
11. ¿Alguien viviendo en la casa fuma dentro de la casa?	No	Sí	ES
12. ¿Este niño está recibiendo cuidado de "foster care"? Si la respuesta es sí, ¿cuándo le llevaron a esta casa de transición/"Foster care home"? _____	No	Sí	94
FOR STAFF USE ONLY Is this infant's mother a priority 1 breastfeeding mother?	No	Yes	74

Questionnaire assessed by: _____ (staff)