

WIC HEALTH QUESTIONNAIRE Infant (6 to 12 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, 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 (6-12 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? _____	No	Sí	IG/MC75 IF/MC75 II/MC75 IA, IB, IC, ID,IE/MC75 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, 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/MC75
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/MCSS
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)