

Location of CPA	HT	WT	BMI	HGB	Mom's BMI	Dad's BMI
-----------------	----	----	-----	-----	-----------	-----------

**Departamento de Salud de Ohio • Sección de Servicios de Nutrición**  
**Historial de Salud de WIC para Niños de 1 hasta 5 Años**

Nombre del niño		Fecha
Su nombre		Su relación al niño (96)
Fecha de nacimiento del niño	Peso al nacer (51, 59)	Medida de largo al nacer
Médico del niño o clínica		Fecha del último médico o clínica visitada

**Porfavor conteste las siguientes preguntas**

¿Amamantó o lactó su niño alguna vez? <input type="checkbox"/> Sigue amamantando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe ¿Porqué dejó de amamantar? _____      ¿Que edad tenía el niño cuando dejó de amamantar? _____
¿Nació el niño tres o más semanas antes? <input type="checkbox"/> Sí    ¿Cuántas semanas? _____ <input type="checkbox"/> No (50)
Marque cualquier problema de salud que su niño tenga. <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Dientes/encías <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento <input type="checkbox"/> Intolerancia de lactosa <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno    (68, 91, 93, 94)
Liste las medicinas de su niño. <input type="checkbox"/> Ninguna    (93)
¿Tiene el niño todas las vacunas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Examinó el médico el nivel de plomo en la sangre del niño? <input type="checkbox"/> Sí    Resultados _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé    (21)
¿Ha visto el niño a un dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cepillan los dientes del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿De donde coje agua? <input type="checkbox"/> Del pozo <input type="checkbox"/> De la ciudad <input type="checkbox"/> Comprada en tienda <input type="checkbox"/> Otro _____
Marque todo lo que consume el niño. <input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/> Hierbas <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> Fluoruro <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nada    (30)
Liste las alergias del niño a alimentos. <input type="checkbox"/> Ninguna    (30)
¿Está el niño en una dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí, su decisión <input type="checkbox"/> Sí, decisión del médico <input type="checkbox"/> No    (30, 35, 91, 93)
¿Está el niño usando fórmula? <input type="checkbox"/> Sí    ¿Cuál fórmula? _____ <input type="checkbox"/> No    (91, 93)

<p>Marque todo lo que aplique a su niño.</p> <p><input type="checkbox"/> Toma de un vaso o taza      <input type="checkbox"/> Toma de una botella      <input type="checkbox"/> Se acuesta a dormir con la botella o "sippy cup"</p> <p><input type="checkbox"/> Camina con la botella o "sippy cup"      <input type="checkbox"/> Se alimenta por un tubo (feeding tube)</p>	(36, 94)
<p>¿Qué alimentos se niega su niño comer?</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p>	(35)
<p>Marque todas las cosas que su niño come.</p> <p><input type="checkbox"/> Papel con tinta      <input type="checkbox"/> Cascaras de pintura      <input type="checkbox"/> Tierra      <input type="checkbox"/> Barro      <input type="checkbox"/> Hielo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna</p>	(30)
<p>Marque lo que aplique.</p> <p><input type="checkbox"/> El niño se alimenta por si solo      <input type="checkbox"/> Me quedo sin dinero o estampillas para comprar alimentos</p> <p><input type="checkbox"/> El niño tiene problemas comiendo/masticando/tragando      <input type="checkbox"/> Tengo una estufa o microonda y refrigerador que trabaja en mi casa</p> <p><input type="checkbox"/> El niño usualmente no come en casa.</p> <p><input type="checkbox"/> El niño vive en un refugio (shelter), motel, o sitio temporero</p>	(37, 66, 93, 95)
<p>¿Qué piensa de los hábitos de comer de su niño?</p>	
<p>¿Cuántas horas por día es su niño activo físicamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una hora      <input type="checkbox"/> De una a dos horas      <input type="checkbox"/> Tres horas o más</p>	
<p>¿Si alguien en su casa fuma, donde fuman?</p> <p><input type="checkbox"/> Adentro      <input type="checkbox"/> Afuera      <input type="checkbox"/> En el carro      <input type="checkbox"/> Nadie fuma</p>	(46)
<p>¿Ha sido su niño físicamente, verbalmente o sexualmente abusado o abandonado en los últimos seis meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No</p>	(67)
<p>¿Tiene preguntas o preocupaciones?</p> <p>_____</p>	