



# Solicitud para niños

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Departamento de Salud y Servicios Sociales de Alaska

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

1. Nombre del niño (primer nombre, segundo nombre, apellido)	2. Fecha de nacimiento del niño	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
3. Su nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	4. Parentesco con el niño	

### 5. Si tiene Medicaid, indique el número de Medicaid:

6. ¿Es este niño hispano o latino?  Sí  No

7. Raza (Marque todas las que correspondan)

Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco

## Antecedente actual

8. Si fuera el caso, ¿qué le preocupa sobre el comportamiento alimentario o el crecimiento de su hijo?

9. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? ¿Longitud al nacer?

10. ¿En qué centro de maternidad nació el niño?

11. ¿Cuántas semanas duró el embarazo?

### 12. Responda si su hijo tiene menos de 2 años:

El peso del niño al nacer fue inferior a 5 lbs. 9 oz  Sí  No <sup>141</sup> Las vacunas de mi hijo están al día  Sí  No

Mi hijo nació con 37 semanas o menos  Sí  No <sup>142</sup>

13. Marque la casilla si tiene alguna de las siguientes preocupaciones sobre su hijo: 342

Masticar/tragar  Atragantarse/morderse  Estreñimiento  Diarrea  Vómitos  Otros

14. Indique los medicamentos, vitaminas, minerales o suplementos de hierbas que toma su hijo. 357  
425.07  
425.08

15. Díganos si su hijo acude a un médico, dietista o profesional sanitario por motivos médicos o emocionales. ejemplo: hipertensión, prehipertensión, diabetes, síndrome alcohólico fetal, trastornos gastrointestinales o anemia. 151  
201  
341-357  
359  
360,362  
382

Describir:

16. Si su hijo ha estado hospitalizado en los últimos 3 meses, díganos por qué. 359

## Alimentación y nutrición

17. Si fuera el caso, ¿le preocupa tener comida suficiente para alimentar a su familia?

18. Estoy amamantando a mi hijo.  Sí  No

19. Si amamantó al bebé, ¿en qué fecha comenzó? ¿Cuándo terminó la lactancia?

20. ¿Cuál fue el motivo por el que se interrumpió la lactancia materna?

21. Si su hijo toma/tomaba leche de fórmula, ¿a qué edad (semanas o meses) se la ofreció por primera vez?

22. En una escala de 0 a 10              
¿Cuán bien cree que su hijo se está alimentando? No muy bien 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy bien

a. Generalmente mi hijo ingiere \_\_\_\_\_ comidas/día y \_\_\_\_\_ bocadillos/día.

b. Suele comer fruta:  1 taza/día o menos  2 tazas/día  3 tazas/día o más

c. Suele comer verduras:  1 taza/día o menos  2 tazas/día  3 tazas/día o más

23. Mi hijo come:  Alimentos líquidos  Comidas en trozos pequeños  Comida de mesa  Purés y papillas / Alimentos para bebés 425.04  
428

\*\*\*To Be Completed by Health Care Provider (HCP)\*\*\*

Medical date _____	Current Wt _____ (103,113,134,135)	Ht _____ (121)	Hgb/Hct _____ (201)
Name of HCP verifying applicant lives in Alaska _____		ID Verified by: Visual Recognition _____ / Other _____ WIC	
Name of CPA reviewing WIC application _____		Certification Date _____	

33. Marque la casilla si consume alguno de estos alimentos. 425.05
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Brotes crudos:</b> alfalfa, trébol y rábano<br><input type="checkbox"/> <b>Crudos o poco cocinados:</b> carne, pollo, pavo, pescado, huevos<br><input type="checkbox"/> <b>Marisco ahumado</b> refrigerado crudo<br><input type="checkbox"/> <b>Carnes sin calentar:</b> carnes de embutido, carne de delicatessen o pollo, salchichas fermentadas y secas, salchichas | <input type="checkbox"/> <b>Alimentos con huevos crudos o poco cocidos:</b> aderezo para ensaladas, mezcla para galletas y pasteles, salsas<br><input type="checkbox"/> <b>Quesos blandos elaborados con leche no pasteurizada:</b> queso feta, queso blanco fresco, brie, azul<br><input type="checkbox"/> <b>Leche no pasteurizada</b> o alimentos elaborados con leche no pasteurizada<br><input type="checkbox"/> <b>Jugo de frutas o verduras sin pasteurizar</b> |
|--|--|
- 
25. Mi hijo bebe de (Marque todo lo que corresponda):  Vaso con pico para sorber  Taza  Biberón 425.03
- a. Si su hijo bebe de biberón, ¿cuántos en 24 horas? \_\_\_\_\_
- b. ¿Qué hay en el biberón? \_\_\_\_\_
- 
26. ¿Cuándo toma su hijo el biberón?  Hora de acostarse/hora de la siesta  Hora de comer  Todo el día  Otro: 425.03
- 
27. ¿Cuándo quiere que su hijo utilice únicamente un vaso? \_\_\_\_\_
- 
28. Marque si su hijo bebe con regularidad 425.01  
425.02
- |  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agua            | <input type="checkbox"/> Leche en polvo        | <input type="checkbox"/> Leche entera     | <input type="checkbox"/> Té dulce      | <input type="checkbox"/> Jugos 100% pasteurizados       | <input type="checkbox"/> Cereales/Alimentos sólidos en biberón |
| <input type="checkbox"/> Pedialyte       | <input type="checkbox"/> Leche no pasteurizada | <input type="checkbox"/> Leche al 1% o 2% | <input type="checkbox"/> Café/té       | <input type="checkbox"/> Bebida de fruta (no 100% jugo) |  |
| <input type="checkbox"/> Leche de soja   | <input type="checkbox"/> Leche materna         | <input type="checkbox"/> Leche evaporada  | <input type="checkbox"/> Tang/Kool-aid | <input type="checkbox"/> Jugo natural                   | <input type="checkbox"/> Otro _____                            |
| <input type="checkbox"/> Leche desnatada | <input type="checkbox"/> Leche de arroz        | <input type="checkbox"/> Fórmula          | <input type="checkbox"/> Refrescos     | <input type="checkbox"/> Bebidas deportivas             |  |
- 
29. Marque si tu hijo tiene antojos o come: 425.09
- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cenizas            | <input type="checkbox"/> Fibras de alfombra | <input type="checkbox"/> Arcilla            | <input type="checkbox"/> Tierra  |
| <input type="checkbox"/> Bicarbonato sódico | <input type="checkbox"/> Tiza               | <input type="checkbox"/> Polvo              | <input type="checkbox"/> Almidón (de lavandería o de maíz)                       |
| <input type="checkbox"/> Cerillas quemadas  | <input type="checkbox"/> Cigarrillos        | <input type="checkbox"/> Virutas de pintura | <input type="checkbox"/> Grandes cantidades de hielo y/o escarcha del congelador |
- 
30. ¿Su hijo come con la familia? \_\_\_\_\_
- 
31. ¿Su hijo sigue una dieta especial? 425.06
- 
32. ¿Tiene su hijo problemas para comer algún tipo de alimento por algún motivo, como molestias dentales, intolerancias alimentarias o de otro tipo? 354  
355  
381
- 
33. Indique las alergias alimentarias que pueda tener su hijo. 353

## Adicional

34. ¿Su hijo ha sido examinado o remitido por intoxicación por plomo?  Sí  No 211
- 
35. ¿Fuma alguien cigarrillos, puros o pipas en algún lugar dentro de su casa?  Sí  No 904
- 
36. ¿Se aloja tu familia en un refugio, vivienda temporal o en un lugar que no se utilice habitualmente para dormir?  Sí  No 801
- 
37. ¿Tiene refrigerador, cocina que funcione, despensa libre de plagas y productos químicos nocivos?  Sí  No 801
- 
38. ¿Tuvo algún miembro de la familia un trabajo agrícola estacional con vivienda temporal en los últimos 24 meses?  Sí  No 802
- 
39. ¿Le preocupa que alguien le haga daño a su hijo?  Sí  No 901
- 
40. ¿Ha estado su hijo en cuidado de acogida o ha sido trasladado a un nuevo hogar de acogida en los últimos 6 meses?  Sí  No
- 
41. ¿Qué tipo de leche desea con sus beneficios de WIC? Fresca/Refrigerada
- |   |  |                               |                                   |                                    |   |
|---|--|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fresca/Refrigerada | <input type="checkbox"/> En caja (UHT) | <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> En polvo | <input type="checkbox"/> Evaporada | <input type="checkbox"/> Reducida en lactosa <sup>355</sup> |
|---|--|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
- 
42. En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa su hijo viendo la televisión, jugando a videojuegos o en la computadora?
- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora | <input type="checkbox"/> 1 a 2 horas | <input type="checkbox"/> Más de 2 horas |
|--|--------------------------------------|---|
- 
43. ¿Tiene problemas para cuidar de su hijo? 902
- 
44. Escriba la fecha de la última revisión dental de su hijo: (Mes, Año) 381
- 
45. Para los papás, por favor, díganos su peso: estatura:
- 
46. ¿Qué hace su familia para divertirse? \_\_\_\_\_
- 
47. ¿Cómo puede el programa WIC ayudar hoy a su familia? \_\_\_\_\_