



33. Marque la casilla si consume alguno de estos alimentos. 425.05

<input type="checkbox"/> <b>Brotes crudos:</b> alfalfa, trébol y rábano <input type="checkbox"/> <b>Crudos o poco cocinados:</b> carne, pollo, pavo, pescado, huevos <input type="checkbox"/> <b>Marisco ahumado</b> refrigerado crudo <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 <input type="checkbox"/> <b>Quesos blandos elaborados con leche no pasteurizada:</b> queso feta, queso blanco fresco, brie, azul <input type="checkbox"/> <b>Leche no pasteurizada</b> o alimentos elaborados con leche no pasteurizada <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? \_\_\_\_\_