

Ohio Department of Health • Bureau of Nutrition Services
WIC Health History for Children 1–5 Years

Child's name Nombre del niño		Today's date Fecha
Your name Su nombre		Your relationship to child Su relación al niño (96)
Child's birth date Fecha de nacimiento del niño	Birth weight Peso al nacer	Birth length Medida de largo al nacer (51, 59)
Child's doctor or clinic Médico del niño o clínica		Date of last doctor or clinic visit Fecha del último médico o clínica visitada

Please answer the questions below.
Por favor conteste las siguientes preguntas

Did your child ever breastfeed? ¿Amamantó o lactó su niño alguna vez? <input type="checkbox"/> Still breastfeeding <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> Sigue amamantando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Why did you stop? _____ ¿Por qué dejó de amamantar? _____		How old was your child when you stopped? _____ ¿Que edad tenía el niño cuando dejó de amamantar? _____
Was your child born three or more weeks early? ¿Nació el niño tres o más semanas antes? <input type="checkbox"/> Yes How many weeks? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas semanas? _____ <input type="checkbox"/> No		(50)
Please check all the health problems your child has. Marque cualquier problema de salud que su niño tenga. <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Teeth/gums <input type="checkbox"/> Birth defects <input type="checkbox"/> Lactose intolerant <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"/> Other _____ <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno		
List your child's medicines. Liste las medicinas de su niño.		
<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Ninguna		
(93)		
Is your child up to date on shots? ¿Tiene el niño todas las vacunas? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		
Has the doctor tested your child's blood for lead? ¿Examinó el médico el nivel de plomo en la sangre del niño? <input type="checkbox"/> Yes Results _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> Sí Resultados _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		
(21)		
Has your child seen a dentist? ¿Ha visto el niño a un dentista? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Do your child's teeth get brushed? ¿Cepillan los dientes del niño? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Where do you get your water? ¿De donde coje agua? <input type="checkbox"/> Well <input type="checkbox"/> City <input type="checkbox"/> Store bought <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Del pozo <input type="checkbox"/> De la ciudad <input type="checkbox"/> Comprada en tienda <input type="checkbox"/> Otro _____		
Check all that your child takes. Marque todo lo que consume el niño. <input type="checkbox"/> Vitamins <input type="checkbox"/> Herbs <input type="checkbox"/> Iron <input type="checkbox"/> Fluoride <input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/> Hierbas <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> Fluoruro <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nada		
(30)		
List your child's food allergies. Liste las alergias del niño a alimentos.		
<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Ninguna		
(30)		
Is your child on a special diet? ¿Está el niño en una dieta especial? <input type="checkbox"/> Yes, your choice <input type="checkbox"/> Yes, from your doctor <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, su decisión <input type="checkbox"/> Sí, decisión del médico <input type="checkbox"/> No		
(30, 35, 91, 93)		
Is your child using formula? ¿Está el niño usando fórmula? <input type="checkbox"/> Yes Which formula? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál fórmula? _____ <input type="checkbox"/> No		
(91, 93)		



Check all that apply to your child.

Marque todo lo que aplique a su niño.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Drinks from a cup
<input type="checkbox"/> Toma de un vaso o taza | <input type="checkbox"/> Drinks from a bottle
<input type="checkbox"/> Toma de una botella | <input type="checkbox"/> Goes to bed with a bottle or sippy cup
<input type="checkbox"/> Se acuesta a dormir con la botella o "sippy cup" |
| <input type="checkbox"/> Walks around with a bottle or sippy cup
<input type="checkbox"/> Camina con la botella o "sippy cup" | <input type="checkbox"/> Is fed through a feeding tube
<input type="checkbox"/> Se alimenta por un tubo (feeding tube) | |

(36, 94)

What foods does your child refuse to eat?

¿Qué alimentos se niega su niño comer?

- None**
 Ninguno

(35)

Please check all the non-food items your child eats.

Marque todos las cosas que su niño come.

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Printed paper
<input type="checkbox"/> Papel con tinta | <input type="checkbox"/> Paint chips
<input type="checkbox"/> Cascaras de pintura | <input type="checkbox"/> Dirt
<input type="checkbox"/> Tierra | <input type="checkbox"/> Clay
<input type="checkbox"/> Barro | <input type="checkbox"/> Ice
<input type="checkbox"/> Hielo |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | | | <input type="checkbox"/> None
<input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |

(30)

Check all that apply.

Marque lo que aplique.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Child feeds self
<input type="checkbox"/> El niño se alimenta por si solo | <input type="checkbox"/> I run out of money or food stamps to buy food
<input type="checkbox"/> Me quedo sin dinero o estampillas para comprar alimentos |
| <input type="checkbox"/> Child has eating/chewing/swallowing problems
<input type="checkbox"/> El niño tiene problemas comiendo/masticando/tragando | <input type="checkbox"/> I have a working stove or microwave and refrigerator in my home.
<input type="checkbox"/> Tengo una estufa o microonda y refrigerador que trabaja en mi casa |
| <input type="checkbox"/> Child usually does not eat at home
<input type="checkbox"/> El niño usualmente no come en casa. | |
| <input type="checkbox"/> Child lives in a shelter, hotel or temporary place.
<input type="checkbox"/> El niño vive en un refugio (shelter), motel, o sitio temporero | |

(37, 66, 93, 95)

What do you think about your child's eating habits?

¿Qué piensa de los hábitos de comer de su niño?

How many hours per day is your child physically active?

¿Cuántas horas por día es su niño activo físicamente?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Less than one hour
<input type="checkbox"/> Menos de una hora | <input type="checkbox"/> One–two hours
<input type="checkbox"/> De una a dos horas | <input type="checkbox"/> Three or more hours
<input type="checkbox"/> Tres horas o más |
|--|--|--|

If anyone in your home smokes, where do they smoke?

¿Si alguien en su casa fuma, donde fuman?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inside
<input type="checkbox"/> Adentro | <input type="checkbox"/> Outside
<input type="checkbox"/> Afuera | <input type="checkbox"/> Car
<input type="checkbox"/> En el carro | <input type="checkbox"/> No one smokes
<input type="checkbox"/> Nadie fuma |
|--|--|---|--|

(46)

During the last six months, has your child been physically, verbally or sexually abused or neglected?

¿Ha sido su niño físicamente, verbalmente o sexualmente abusado o abandonado en los últimos seis meses?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No |
|--|---|

(67)

Do you have any questions or concerns?

¿Tiene preguntas o preocupaciones?
