

## WIC Health History for Infants

<b>Baby's name</b> Nombre del bebé		<b>Today's date</b> Fecha	
<b>Your name</b> Su nombre		<b>Your relationship to baby</b> Su relación al bebé (96)	
<b>Birthdate</b> Fecha de nacimiento	<b>Date baby was due</b> Fecha que se suponía que el bebé naciera (50)	<b>Birth weight</b> Peso al nacer (51, 59)	<b>Birth length</b> Medida de largo al nacer (52)
<b>Baby's doctor or clinic</b> Médico o clínica del bebé		<b>Date of last doctor or clinic visit</b> Fecha de la última visita al médico o clínica	<b>Were you on WIC during this pregnancy?</b> ¿Participó en el programa de WIC durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (61)

## Please answer the questions below

Por favor conteste las siguientes preguntas

<b>My baby breastfeeds</b> Mi bebé amamanta Every _____ hours or _____ times a day and _____ times a night Cada _____ horas o _____ veces al día y _____ veces en la noche <input type="checkbox"/> Not breastfed <input type="checkbox"/> No amamanta (71, 75)	
<b>Check all that apply to your breastfed baby.</b> Marque lo que aplique al bebé que amamanta. <input type="checkbox"/> Weak suck <input type="checkbox"/> Slow weight gain <input type="checkbox"/> Problems latching on <input type="checkbox"/> My baby has no problems breastfeeding <input type="checkbox"/> Debilidad chupando <input type="checkbox"/> Lenta ganancia de peso <input type="checkbox"/> Problemas al perdersse del pezón <input type="checkbox"/> Mi bebé no tiene ningún problema <input type="checkbox"/> Not breastfeeding <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> No amamanta <input type="checkbox"/> Otro _____ (56, 74)	
<b>Did you ever breastfeed your baby?</b> ¿Ha lactado o amamantado al bebé alguna vez? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Still breastfeeding?</b> ¿Sigue lactado o amamantado? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Why did you stop?</b> _____ <b>How old was your baby when you stopped?</b> _____ ¿Porqué dejó de amamantar? _____ ¿Que edad tenía el bebé cuando dejó de amamantar? _____	
<b>Was your baby born three or more weeks early?</b> ¿Nació el bebé tres o más semanas antes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No How many weeks? _____ ¿Cuántas semanas? _____ (50)	
<b>Check any health problems your baby has.</b> Marque cualquier problema de salud que su bebé tenga. <input type="checkbox"/> Colic <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Teeth/gums <input type="checkbox"/> Birth defects <input type="checkbox"/> Slow weight gain <input type="checkbox"/> Jaundice (yellow color) <input type="checkbox"/> Cólico <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Dientes/encías <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento <input type="checkbox"/> Lenta ganancia de peso <input type="checkbox"/> Jaundice (condición con piel amarilla) <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno (56, 68, 91, 93, 94)	
<b>List your baby's medicines.</b> Liste las medicinas de su bebé <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Ninguna (93)	
<b>Is your baby up to date on shots?</b> ¿Tiene el bebé 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	
<b>Has the doctor tested your baby's blood for lead?</b> ¿Examinó el médico el nivel de plomo en la sangre del bebé? <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 Results _____ Resultados _____ (21)	
<b>Do you clean your baby's gums or teeth?</b> ¿Limpia las encías y los dientes de su bebé? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Check all that your baby takes.</b> Marque todo lo que consume el bebé. <input type="checkbox"/> Vitamins (vitamin D) <input type="checkbox"/> Iron drops <input type="checkbox"/> Fluoride drops <input type="checkbox"/> Herbs <input type="checkbox"/> Vitaminas (vitamina D) <input type="checkbox"/> Gotas de hierro <input type="checkbox"/> Gotas de fluoruro <input type="checkbox"/> Hierbas <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nada	
<b>List your baby's food allergies.</b> Liste las alergias a alimentos del bebé. <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Ninguna (93)	
<b>How many times a day is your baby's diaper wet or dirty?</b> ¿Cuántas veces al día está el pañal del bebé mojado o sucio? (74)	

**If you give your baby bottles, what is in the bottles?**

¿Si le dá la botella a su bebé, qué hay en la botella?

- Breastmilk**       **Formula**      **Which formula?** \_\_\_\_\_       **No bottles used**  
 Leche maternal       Fórmula      ¿Cuál fórmula? \_\_\_\_\_       No uso la botella

**How many ounces a feeding?** \_\_\_\_\_      **How often are the feedings?** \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas onzas cada vez que se alimenta? \_\_\_\_\_      ¿Cuán a menudo se alimenta? \_\_\_\_\_ (38)

**If you mix formula, what kind of water do you use?**

¿Si mezcla la fórmula, qué tipo de agua usa?

- Well**       **City**       **Distilled**       **Spring**       **Nursery**       **I don't mix formula**  
 De pozo       De la ciudad       Destilada       Spring       Nursery       No mezclo la fórmula  
 **Other** \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_ (38)

**Do you have special instructions for mixing your baby's formula from your doctor?**

¿Tiene instrucciones especiales del doctor para mezclar la fórmula?

- Yes**       **No**  
 Sí       No (38)

**Do you have any questions about mixing your baby's formula?**

¿Tiene alguna pregunta acerca de como mezclar la fórmula de su bebé?

- Yes**       **No**  
 Sí       No (38)

**If you use bottles for your baby, check all that apply.**

Si alimenta al bebé con botellas, marque lo que aplique.

- I wash my hands before fixing the bottle.**       **I reuse leftover bottles of formula.**       **I sterilize the bottles and nipples.**  
 Me lavo las manos antes de preparar la botella.       Reuso fórmula que quedó en la botella.       Yo esterilizo las botellas y el biberón o pezón de goma.  
 **I wash the bottles with hot, soapy water.**       **I use the microwave to warm bottles.**       **I do not give bottles.**  
 Lavo las botellas con agua bien caliente y jabón.       Yo uso el microonda para calentar       Yo no uso botellas. las botellas. (38)

**Other than breastmilk or formula, what else do you put into the bottle?**

¿Además de leche maternal o fórmula, que más pone en la botella?

- Karo® syrup**       **Juice**       **Punch**       **Cow's milk**       **Jell-O® water**  
 Jarabe de maíz (Karo® syrup)       Jugo       Ponche       Leche de vaca       Agua de gelatina (Jell-O®)  
 **Sugar**       **Pop**       **Sheep/goat's milk**       **Tea/coffee**       **Cereal**  
 Azucar       Soda/cola       Leche de cabra       Té o café       Cereal  
 **Honey**       **Water**       **Gatorade®**       **Kool Aid®**       **Baby foods**  
 Miel       Agua       Gatorade®       Kool-Aid®       Alimento de bebé  
 **Other** \_\_\_\_\_       **Nothing**  
 Otro \_\_\_\_\_       Nada (36, 38)

**Check all that apply.**

Marque todo lo que aplique.

- Baby is fed with a spoon**       **Baby uses an infant feeder**  
 El bebé es alimentado con una cuchara       El bebé usa un "infant feeder"  
 **Baby drinks from a cup**       **Baby's pacifier is dipped in** \_\_\_\_\_  
 El bebé toma de un vaso o taza       El bobo o chupete del bebé se sumerge en \_\_\_\_\_  
 **Baby feeds self**       **Baby goes to bed with a bottle**  
 El bebé se alimenta él mismo       El bebé se acuesta chupando el biberón/botella  
 **Baby's bottle is propped when feeding**       **Baby is usually fed away from home**  
 La botella es sujeta con algo y el bebé chupa la botella solo       El bebé es usualmente alimentado en otro sitio, no en su casa (36, 38)

**If your baby has started the following foods, at what age did you start**

Si su bebé ya empezó estos alimentos, a que edad empezó

- Cereal** \_\_\_\_\_      **Vegetables** \_\_\_\_\_      **Fruit** \_\_\_\_\_      **Juice** \_\_\_\_\_      **Meat** \_\_\_\_\_      **Dinners** \_\_\_\_\_      **Desserts** \_\_\_\_\_      **Cow's milk** \_\_\_\_\_  
 Cereal \_\_\_\_\_      Vegetales \_\_\_\_\_      Frutas \_\_\_\_\_      Jugo \_\_\_\_\_      Carnes \_\_\_\_\_      Dinners \_\_\_\_\_      Postres \_\_\_\_\_      Leche de vaca \_\_\_\_\_ (36, 38)

**Is there a working stove or microwave and refrigerator in your home?**

¿Tiene una estufa o microonda y refrigerador que trabaja en su casa?

- Yes**       **No**  
 Sí       No (38)

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

¿Si alguien en su casa fuma, dónde fuman?

- Inside**       **Outside**       **Car**       **No one smokes**  
 Adentro       Afuera       En el carro       Nadie fuma (46)

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

¿Durante los últimos seis meses, ha sido su bebé físicamente, sexualmente o verbalmente abusado o abandonado?

- Yes**       **No**  
 Sí       No (67)

**Do you have any questions or concerns?**

¿Tiene preguntas o preocupaciones?

\_\_\_\_\_