Infant Midpoint Review

Chequeo de medio plazo

Documentation of well-child infant check or Texas Health Steps visit at 4 through 8 months of age by a health-care provider.

Documentación del chequeo médico o de Paso Sanos de Tejas realizado por el proveedor del cuidado de salud, entre los 4 y 8 meses de edad del bebé.

Infant's Name _____ **Date of Birth** _____
Nombre del bebé *Fecha de nacimiento*

Parent's/Guardian's/Caregiver's Name _____ **WIC FID #** _____
Nombre del padre/tutor o persona responsable por el bebé *(For office use only — optional)*

To be filled out by a health-care provider

Section I.

This verifies that _____ had a well-child check
infant's name

appointment at the age of _____ on _____
4–8 months *date*

_____ _____
signature of attending nurse or physician *date*

If available, please provide:

Length: _____ inches Weight: _____ pounds _____ ounces

To be filled out by the parent/guardian/caregiver, if not signed by a health-care provider

Section II.

This verifies that _____ had or will have a well-child check
infant's name

appointment at the age of _____ on _____
4–8 months *date*

_____ _____
signature of parent or guardian or caregiver *date*

If available, please provide:

Length: _____ inches Weight: _____ pounds _____ ounces

Si el proveedor del cuidado de salud no firma esta forma, la Sección II deberá ser completada por el padre, tutor o persona responsable por el cuidado del bebé.

Sección II.

Esto verifica que _____ se presentó a la cita o tiene una cita
Nombre del bebé

para niños sanos a la edad de _____ en _____
4 a 8 meses *fecha*

_____ _____
firma del padre o tutor o persona responsable por el bebé *fecha*

Por favor proporcione los siguientes datos, si los tiene:

Estatura: _____ pulgadas Peso: _____ libras _____ onzas

This institution is an equal-opportunity provider.

Esta institución ofrece igualdad en las oportunidades de servicios para todos

Infant Midpoint Review

Chequeo de medio plazo

Infant's Name _____ **Date of Birth** _____
Nombre del bebé *Fecha de nacimiento*

Parent's/Guardian's/Caregiver's Name _____ **WIC FID #** _____
Optional *(For office use only — optional)*

To be completed by WIC staff

Section III.

Measurements: (Must be plotted on the growth grid)

Length: _____ inches Weight: _____ pounds _____ ounces

Immunization status: Current? Yes _____ No _____ Unknown _____

24-Hour Recall:

Amount of formula consumed per day: _____ Number of times breastfed per day: _____

Other foods consumed:

Any problems with breastfeeding or infant formula or feeding practices? _____

If no longer breastfeeding, how long was this baby breastfed? _____

Other health data (optional) _____

If assessment indicates that there are potential health problems, a more thorough assessment is recommended (e.g., dietary assessment using the WIC-42 form).

_____ _____
Signature of Certifying Authority or WIC Certification Specialist *date*

The WIC staff has offered to perform a midpoint screening for my infant. This screening includes assessing the growth, diet and immunization status of my infant. I am aware of the benefits of this screening, but I am choosing to refuse this service.

El personal de WIC me ha ofrecido realizar un chequeo de medio plazo para mi bebé. Este chequeo incluye revisión del estado de crecimiento, dieta y vacunas de mi bebé. Reconozco los beneficios de esta revisión, pero escojo rechasar este servicio.

_____ _____
Signature of parent or guardian or caregiver *date*
firma del padre o tutor o persona responsable por el bebé *fecha*