

Nutrición de WIC/ Evaluación de salud – Mujeres pospartos

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Por favor complete las siguientes preguntas para ayudar al personal de WIC a comprender mejor sus necesidades.

1. ¿Cuál de los siguientes alimentos/bebidas usualmente come o bebe usted?

<p>Panes & granos:</p> <p><input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Fideos <input type="checkbox"/> Arroz</p> <p><input type="checkbox"/> Panecillos <input type="checkbox"/> Pasta <input type="checkbox"/> Galletas</p> <p><input type="checkbox"/> Tortillas <input type="checkbox"/> Cereal</p> <p>También como: _____</p> <p>Carne & proteínas:</p> <p><input type="checkbox"/> Hamburguesa <input type="checkbox"/> Carnes frías <input type="checkbox"/> Salchicha</p> <p><input type="checkbox"/> Pollo <input type="checkbox"/> Tofu <input type="checkbox"/> Crema de maní</p> <p><input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Frijoles <input type="checkbox"/> Carne de cerdo</p> <p>También como: _____</p> <p>Otras bebidas:</p> <p><input type="checkbox"/> Refrescos <input type="checkbox"/> Té dulce <input type="checkbox"/> Té sin azúcar</p> <p><input type="checkbox"/> Jugo <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Bebida energética</p> <p>También bebo: _____</p>	<p>Verduras & frutas:</p> <p><input type="checkbox"/> Brócoli <input type="checkbox"/> Papas <input type="checkbox"/> Plátanos</p> <p><input type="checkbox"/> Ejotes <input type="checkbox"/> Elote/Chícharos <input type="checkbox"/> Naranjas</p> <p><input type="checkbox"/> Tomates <input type="checkbox"/> Manzanas <input type="checkbox"/> Bayas</p> <p>También como: _____</p> <p>Leche y otros productos lácteos:</p> <p><input type="checkbox"/> Leche de vaca <input type="checkbox"/> Leche sin lactosa <input type="checkbox"/> Yogur</p> <p><input type="checkbox"/> Leche desoya <input type="checkbox"/> Requesón <input type="checkbox"/> Queso</p> <p>También como & bebo: _____</p> <p>Otras comidas:</p> <p><input type="checkbox"/> Donas <input type="checkbox"/> Mantequilla/margarina <input type="checkbox"/> Salsa espesa</p> <p><input type="checkbox"/> Pastel <input type="checkbox"/> Galletas <input type="checkbox"/> Papas fritas</p> <p>También como: _____</p>
---	---

- | | |
|--|--|
| <p>2. ¿Está de dieta especial para adelgazar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Ha usado inanición, pastillas para adelgazar, laxantes o vómitos como método para perder peso en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía bariátrica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Suele estar estreñido o tiene problemas para defecar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Cuántos vasos de agua bebe diariamente? _____ vasos</p> <p>7. ¿Con qué frecuencia está físicamente activa? _____ veces a semana</p> <p>8. ¿Toma vitaminas o minerales diariamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si sí, ¿las toma según las instrucciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Toma algún suplemento con ácido fólico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Toma algún suplemento con yodo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Toma suplementos herbales o botánicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Come/tiene antojos de cosas que no son alimentos como barro, pedazos de pintura, tierra o hielo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Siente que tiene suficiente comida para alimentar a su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>20. Si pudiera desear un hábito saludable para usted en los próximos seis meses, ¿qué sería?</p> | <p>11. ¿Tuvo diabetes gestacional o preeclampsia con algún embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Ha hablado sobre las opciones de planificación familiar (anticoncepción) con su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Cuáles problemas de salud tiene? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿En su embarazo más reciente, ¿tuvo un aborto espontáneo o la muerte de un feto más de 20 semanas (mortinato), dio a luz a un bebé que murió dentro de los 28 días posteriores al nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
* Si sí,, pase a la pregunta #20</p> <p>15. ¿Pesó su último bebé 5 libras y 8 onzas o menos al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. ¿Pesó su último bebé 9 libras o más al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>17. ¿Tuvo su último bebé un defecto de nacimiento congénito como un defecto del tubo neutro, paladar hendido o labio hendido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>18. ¿Nació temprano su último bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>19. ¿Amamanta actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si sí, ¿cómo va la lactancia? _____</p> |
|--|--|

Esta institución provee igualdad de oportunidades para todos.

Below are suggested questions to facilitate WIC discussion.

- How are you feeling today? (*Assess for 'baby blues'/depression, postpartum support, appetite, skipping meals [concern about adequate calories & nutrients]*)
- What are your mealtimes like? (*Assess environment [TV, phones, tablets at table], family meals, timing of meals, pattern [3 meals/2-3 snack], intake changes, intolerances, any special dietary needs, food preparation [who prepares, fast food/wk]*)
- What would you like to change about your eating? Activity level?
- Is there anything you would like to eat more or less of?
- What questions do you have about breastfeeding? (*Assess support system, nipple pain, latch, milk expression/pumping, milk supply concerns whether breastfeeding or nonbreastfeeding*)
- Do you ever have a hard time chewing or eating certain foods? (*tooth loss, impaired ability to eat, oral health*)
- What has been helpful at this visit?

Esta institución provee igualdad de oportunidades para todos.