

Nutrición de WIC/ Evaluación de Salud – Mujer Embarazada

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"/> Carne de res <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"/> Maíz / Chicharos <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"/> Yogurt</p> <p><input type="checkbox"/> Leche de soya <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</p> <p><input type="checkbox"/> Pastel <input type="checkbox"/> Papas Fritas <input type="checkbox"/> Galletas</p> <p>También como: _____</p>
--	--

- | | |
|--|--|
| <p>2. ¿Come usted alguno de los siguientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Carne, pescado, pollo, o huevo crudo o poco cocido</p> <p><input type="checkbox"/> Brotes crudos como alfalfa o brotes de soja</p> <p><input type="checkbox"/> Carnes frías, salchichas, carnes procesadas</p> <p><input type="checkbox"/> Quesos blandos como Brie, Feta, Queso Fresco</p> <p><input type="checkbox"/> Jugo o leche cruda o no pasteurizada</p> <p><input type="checkbox"/> No como ninguno de estos alimentos</p> <p>3. ¿Está bajo una dieta especial o a dieta para bajar de peso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Ha usado inanición, pastillas de dieta, laxantes o vómito como método para bajar de peso en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía bariátrica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Se estriñe seguido o tiene problemas para defecar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Cuántos vasos de agua bebe diariamente? ____ vasos</p> <p>8. ¿Con qué frecuencia está físicamente activa? _X sem</p> <p>9. ¿Toma vitaminas prenatales diariamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿las toma según las instrucciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a</p> <p>¿Está tomando un suplemento con hierro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a</p> <p>¿Está tomando un suplemento con yodo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a</p> <p>¿Toma suplementos herbales o botánicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>21. ¿Qué problemas de salud tiene? _____</p> <p>_____</p> <p>22. Si pudiera desear un hábito saludable para usted en este embarazo, ¿cuál sería? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>10. ¿Come o se le antojan artículos no alimenticios como el barro, restos de pintura, tierra o hielo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Siente que tiene suficiente comida para alimentar a su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Su médico le ha dicho que tiene restricción de crecimiento fetal con este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Ha sido hospitalizada debido a náuseas y vómitos durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Le ha dicho un médico que tiene diabetes gestacional con este embarazo o con algún embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. ¿Alguna vez un médico le dijo que tuvo preeclampsia en un embarazo anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. ¿Ha dado a luz a un bebé que tenía un defecto congénito como defecto del tubo neural, paladar hendido o labio leporino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>17. ¿Ha dado a luz a un bebé que pesó 5 libras 8 onzas o menos al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>18. ¿Ha dado a luz a un bebé que pesó 9 libras o más al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>19. ¿Ha dado a luz a un bebé que nació antes de lo estimado? <input type="checkbox"/> Sí, _____ semanas <input type="checkbox"/> No</p> <p>20. ¿Ha tenido 2 o más abortos espontáneos, o la muerte de un feto ≥ 20 semanas (dado a luz un bebé sin vida), o ha dado a luz un bebé que falleció dentro de los 28 días del nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|--|--|

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Below are suggested questions to facilitate WIC discussion.

- How are you feeling today? (*Assess appetite, nausea/vomiting, 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?
- Do you ever have a hard time chewing or eating certain foods? (*tooth loss, impaired ability to eat, oral health*)
- What have you heard about breastfeeding? (*Interest, support system, concerns, myths*)
- What has been helpful at this visit?

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.