

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?

Panes & Granos:

- Pan Fideos Arroz
 Panecillos Pasta Galletas
 Tortillas Cereal

También como: _____

Carne & Proteínas:

- Carne molida Carnes frías Salchicha
 Pollo Tofu Crema de maní
 Pescado Frijoles Carne de cerdo

También como: _____

Otras Bebidas:

- Refrescos Té dulce Té sin azúcar
 Jugo Café Bebida energética

También bebo: _____

Verduras & Frutas:

- Brócoli Papas Plátanos
 Ejotes Maíz / Chicharos Naranjas
 Tomates Manzanas Bayas

También como: _____

Leche y Otros Productos Lácteos:

- Leche de vaca Leche sin lactosa Yogurt
 Leche de soya Requesón Queso

También como & bebo: _____

Otras Comidas:

- Donas Mantequilla/margarina Salsa
 Pastel Papas Fritas Galletas

También como: _____

2. ¿Come usted alguno de los siguientes?

- Carne, pescado, pollo, o huevo crudo o poco cocido
 Brotes crudos como alfalfa o brotes de soja
 Carnes frías, salchichas, carnes procesadas
 Quesos blandos como Brie, Feta, Queso Fresco
 Jugo o leche cruda o no pasteurizada
 No como ninguno de estos alimentos

3. ¿Está bajo una dieta especial o a dieta para bajar de peso? Sí No

4. ¿Ha usado inanición, pastillas de dieta, laxantes o vómito como método para bajar de peso en los últimos 12 meses? Sí No

5. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía bariátrica?
 Sí No

6. ¿Se estriñe seguido o tiene problemas para defecar?
 Sí No

7. ¿Cuántos vasos de agua bebe diariamente? _____ vasos

8. ¿Con qué frecuencia está físicamente activa? _____ sem

9. ¿Toma vitaminas prenatales diariamente? Sí No
 En caso afirmativo, ¿las toma según las instrucciones?
 Sí No No estoy seguro/a

¿Está tomando un suplemento con hierro?

Sí No No estoy seguro/a

¿Está tomando un suplemento con yodo?

Sí No No estoy seguro/a

¿Toma suplementos herbales o botánicos? Sí No

21. ¿Qué problemas de salud tiene? _____

22. Si pudiera desear un hábito saludable para usted en este embarazo, ¿cuál sería? _____

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

----- ESTE LADO ES PARA QUE EL PERSONAL DE WIC COMPLETE -----

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.