

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: <input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Fideos <input type="checkbox"/> Arroz <input type="checkbox"/> Panecillos <input type="checkbox"/> Pasta <input type="checkbox"/> Galletas <input type="checkbox"/> Tortillas <input type="checkbox"/> Cereal También como: _____	Verduras & Frutas: <input type="checkbox"/> Brócoli <input type="checkbox"/> Papas <input type="checkbox"/> Plátanos <input type="checkbox"/> Ejotes <input type="checkbox"/> Maíz / Chícharos <input type="checkbox"/> Naranjas <input type="checkbox"/> Tomates <input type="checkbox"/> Manzanas <input type="checkbox"/> Bayas También como: _____
Carne & Proteínas: <input type="checkbox"/> Carne molida <input type="checkbox"/> Carnes frías <input type="checkbox"/> Salchicha <input type="checkbox"/> Pollo <input type="checkbox"/> Tofu <input type="checkbox"/> Crema de maní <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Frijoles <input type="checkbox"/> Carne de cerdo También como: _____	Leche y Otros Productos Lácteos: <input type="checkbox"/> Leche de vaca <input type="checkbox"/> Leche sin lactosa <input type="checkbox"/> Yogurt <input type="checkbox"/> Leche de soya <input type="checkbox"/> Requesón <input type="checkbox"/> Queso También como & bebo: _____
Otras Bebidas: <input type="checkbox"/> Refrescos <input type="checkbox"/> Té dulce <input type="checkbox"/> Té sin azúcar <input type="checkbox"/> Jugo <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Bebida energética También bebo: _____	Otras Comidas: <input type="checkbox"/> Donas <input type="checkbox"/> Mantequilla/margarina <input type="checkbox"/> Salsa <input type="checkbox"/> Pastel <input type="checkbox"/> Papas Fritas <input type="checkbox"/> 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? _X 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
10. ¿Come o se le antojan artículos no alimenticios como el barro, restos de pintura, tierra o hielo? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Siente que tiene suficiente comida para alimentar a su familia? ☐ Sí ☐ No
12. ¿Su médico le ha dicho que tiene restricción de crecimiento fetal con este embarazo? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Ha sido hospitalizada debido a náuseas y vómitos durante este embarazo? ☐ Sí ☐ No
14. ¿Le ha dicho un médico que tiene diabetes gestacional con este embarazo o con algún embarazo? ☐ Sí ☐ No
15. ¿Alguna vez un médico le dijo que tuvo preeclampsia en un embarazo anterior? ☐ Sí ☐ No
16. ¿Ha dado a luz a un bebé que tenía un defecto congénito como defecto del tubo neural, paladar hendido o labio leporino? ☐ Sí ☐ No
17. ¿Ha dado a luz a un bebé que pesó 5 libras 8 onzas o menos al nacer? ☐ Sí ☐ No
18. ¿Ha dado a luz a un bebé que pesó 9 libras o más al nacer? ☐ Sí ☐ No
19. ¿Ha dado a luz a un bebé que nació antes de lo estimado? ☐ Sí, _____ semanas ☐ No
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? ☐ 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.

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.