

Nutrición WIC/Evaluación de Salud

Para Mujeres Después del Parto

(Objetivo de Salud: Ser lo más saludable posible durante los años de maternidad y reducir el riesgo de enfermedades crónicas)

Fecha _____

Nombre _____

1. ¿Cuál de estas comidas/meriendas come regularmente?
 Desayuno Merienda matutina
 Comida Merienda vespertina
 Cena Merienda nocturna
2. ¿Deja de comer el desayuno, comida o cena 3 o más veces por semana?
 Sí No
3. ¿Tiene problemas con su apetito (nunca tiene hambre o siempre tiene hambre, etc.)?
 Sí No
4. ¿Cuántos días a la semana come su familia junta?
 Nunca 1–3 días 4–7 días
5. ¿Su familia ve la televisión durante la comida familiar?
 Siempre Algunas veces Nunca
6. ¿Prepara usted algunas de las comidas de su familia?
 Sí No
7. ¿Come alimentos de un restaurante de comida rápida 2 o más veces por semana?
 Sí No
8. ¿Tiene alguna limitación física o de otro tipo que le dificulta que usted planeo o prepare los alimentos?
 Sí No
9. ¿Tiene una estufa, horno y refrigerador que funcionan en el lugar donde usted vive?
 Sí No
10. ¿Hubo algunos días del mes pasado cuando su familia no tuvo suficiente comida para comer o suficiente dinero para comprar comida?
 Sí No
11. ¿Le preocupa su peso?
 Sí No
12. ¿Está a dieta para bajar de peso?
 Sí No
13. ¿Ha usado la inanición, pastillas de dieta, laxantes o el vómito como método para bajar de peso en los últimos 12 meses?
 Sí No
14. ¿Ha tenido una derivación gástrica, le han grapado el estómago, o cirugía de banda gástrica?
 Sí No
Si es así, ¿cuándo y qué tipo?
15. ¿Está bajo una dieta especial? Describa.
 Sí No
16. Lleva usted una dieta vegetariana (sin comer carne)?
 Sí No
17. ¿Tiene intolerancia a la lactosa?
 Sí No
18. ¿Se estriñe seguido o tiene problemas para defecar?
 Sí No
19. ¿Cuántos vasos de agua se toma diariamente?
 Ninguno 4–7
 1–3 8 ó más

Fecha de nacimiento _____

20. ¿Come o se le antojan cosas que no son alimentos como el barro, el almidón para la ropa, pedacitos de pintura, papel, tierra o hielo?
 Sí No
21. ¿Cada cuándo hace ejercicio, tal como caminar por 20-30 minutos sin detenerse?
 Diariamente Una vez al mes
 3–5 veces/semana Nunca
 Una vez a la semana
22. ¿Cuántas horas por día pasa viendo televisión o videos o usando la computadora?
 0 3–4 7 ó mas
 1–2 5–6
23. ¿Le está dando pecho a su bebé actualmente?
 Sí No
¿Si su respuesta es si, hay algún problema con sus senos o con la lactancia?
 Sí No
¿Si usted está lactando, sabe su estatus de VIH, o ha discutido esto con su doctor?
 Sí No
24. ¿Recibe atención médica regular?
 Sí No
25. ¿Habló con su doctor sus opciones para el control de la natalidad?
 Sí No
26. ¿Recibe atención dental regular (visita al dentista)?
 Sí No
27. ¿Su último bebé pesó 5 libras 8 onzas o menos, o nació 3 ó más semanas antes de lo estimado?
 Sí No
28. ¿Su último bebé pesó 9 libras o más al nacer?
 Sí No
29. ¿Su último bebé tiene un defecto congénito como defecto del tubo neural, paladar hendido o labio leporino?
 Sí No
30. ¿Tuvo usted diabetes gestacional o pre eclampsia con algún embarazo?
 Sí No
31. ¿Está tomando un suplemento de vitaminas/minerales (como las vitaminas prenatales o un suplemento con 400 mcg de ácido fólico) o un suplemento herbal?
 Sí No
Si usted está dando pecho, ¿contiene el suplemento vitamínico por lo menos 150mcg de yodo?
 Sí No Se desconoce
32. ¿Usa drogas ilícitas (marihuana/anfetis/crack/heroína/meta/etc.)?
 Sí No
33. ¿Come usted las siguientes comidas?
 Carne cruda o no cocinada completamente como pescado, pollo, o huevo
 Leche no pasteurizada o queso casero
 Carnes frías en emparedados o salchichas (hot dogs)
 Brotes de vegetales crudos
 Jugo no pasteurizado
 Ninguno

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

34. ¿Cuáles de las siguientes comidas/bebidas come o bebe regularmente?

Granos

- Pan
- Roles
- Bagels (roschas con sal)
- Biscochos (muffins)
- Palomitas de maíz
- Fideos/pasta/arroz
- Tortillas
- Galletas saladas
- Cereal/sémola

Vegetales

- Maíz
- Chicharos
- Papas
- Papas a la francesa
- Verduras de hoja verde (repollo, espinaca)
- Jugo Verduras/tomate
- Ensalada verde
- Brócoli/coliflor
- Ejotes
- Zanahorias
- Tomates
- Camotes
- Chile verde/pimiento verde

Frutas

- Manzanas
- Naranjas
- Toronja
- Uvas
- Bayas (berries)
- 100% jugo de fruta
- Plátanos
- Peras
- Melón
- Duraznos
- Ciruelas

Leche y Otros Productos Lácteos

- Leche descremada
- Leche baja en grasa (½ –1%)
- Leche reducida en grasa (2%)
- Leche entera
- Leche con saborizantes
- Leche de soya
- Queso
- Yogurt
- Requesón
- Helado (nieve)
- Leche sin fortificar o de imitación

Carnes y Alternativas de Carnes

- Res/hamburguesa
- Puerco
- Pollo
- Pavo
- Pescado
- Carnes frías (para emparedados, hot dogs)
- Salchichón
- Crema de cacahuete/nueces
- Huevos
- Frijoles secos/chicharos
- Tofu

Grasas y Dulces

- Margarina/mantequilla
- Manteca
- Caldillos (gravy)
- Tocino
- Frituras/papitas fritas
- Donas/pan dulce
- Pay
- Pastel/biscochos
- Gelatina

Otros Bebidas

- Refrescos regulares
- Sodas de dieta
- Bebidas con sabor a frutas
- Café/té
- Té endulzado
- Cerveza/vino/licor
- Bebidas para tener energía
- Bebidas para deportistas (como el Gatorade)

35. ¿Actualmente tiene algo de lo siguiente **diagnosticado por un proveedor de atención médica general?**

Problema	Sí	No
Cirugía bariátrica		
Problemas dentales		
Cáncer		
Enfermedad celiaca		
Desórdenes del sistema nervioso, como epilepsia, parálisis cerebral, o espina bífida		
Depresión		
Retraso de desarrollo, sensorial o motriz que afecte lo que ingiere		
Diabetes, prediabetes		
Transtorno alimenticio		
Alergias a alimentos Lista:		
Trastornos gastrointestinal como úlceras, enfermedad del hígado, problemas del páncreas, o enfermedad de la vesícula		
Desórdenes genético y congénito como labio leporino, paladar hendido, Talasemia mayor, síndrome de Down, o anemia drepanocítica (células falciformes)		
Hipertensión (alta presión arterial)—crónico o resultado de embarazo, Pre hipertensión		
Hipoglucemia (baja azúcar de la sangre)		
Errores congénitos del metabolismo como la fenilcetonuria o galactosemia		
Enfermedades infecciosas como la hepatitis, VIH, TB, o SIDA		
Otras condiciones médicas como lupus, enfermedad del corazón, fibrosis quística, o asma con medicamento diario		
Estenosis pilórica o reflujo que resulte en pérdida de peso		
Cirugía mayor, accidentes, o quemaduras recientes (incluyendo cesarea)		
Enfermedad de los riñones		
Problemas de la tiroides		
Otras condiciones diagnosticadas Lista:		

Firma de la persona que llenó esta forma _____

Fecha _____

Relación a la persona que aplico _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

CPA Signature/Title _____

Date _____