

Nutrición WIC/Evaluación de Salud

Mujer Embarazada

Fecha _____

(Objetivo de salud: Dar a luz a un bebé saludable de término completo y estar lo más saludable posible.)

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

- | | |
|---|---|
| <p>1. ¿Cuál de estas comidas/meriendas come regularmente?
 <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda matutina
 <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Merienda vespertina
 <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda nocturna</p> <p>2. ¿Deja de comer el desayuno, comida o cena 3 o más veces por semana?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Tiene problemas con su apetito (nunca tiene hambre o siempre tiene hambre, etc.)?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Cuántos días a la semana come su familia junta?
 <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1-3 días <input type="checkbox"/> 4-7 días</p> <p>5. ¿Su familia ve la televisión durante la comida familiar?
 <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>6. ¿Prepara usted algunas de las comidas de su familia?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Come alimentos de un restaurante de comida rápida 2 o más veces por semana?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Tiene alguna limitación física o de otro tipo que le dificulta que usted planea o prepare los alimentos?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Tiene una estufa, horno y refrigerador que funcionan en el lugar donde usted vive?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Hubo algunos días del mes pasado cuando su familia no tuvo suficiente comida para comer o suficiente dinero para comprar comida?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Le preocupa su peso?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Está a dieta para bajar de peso?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Ha usado la inanición, pastillas de dieta, laxantes o el vómito como método para bajar de peso en los últimos 12 meses?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Ha tenido una derivación gástrica, le han grapado el estómago, o cirugía de banda gástrica?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
 Si es así, ¿cuándo y qué tipo?</p> <p>15. ¿Está bajo una dieta especial? Describa.
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. ¿Lleva usted una dieta vegetariana (sin comer carne)?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>17. ¿Tiene intolerancia a la lactosa?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>18. Se estríñe seguido o tiene problemas para defecar?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>19. ¿Cuántos vasos de agua se toma diariamente?
 <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 4-7
 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 8 ó más</p> | <p>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?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>21. ¿Cada cuándo hace ejercicio, tal como caminar por 20-30 minutos sin detenerse?
 <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Una vez al mes
 <input type="checkbox"/> 3-5 veces/semana <input type="checkbox"/> Nunca
 <input type="checkbox"/> Una vez a la semana</p> <p>22. ¿Cuántas horas por día pasa viendo televisión o videos o usando la computadora?
 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 7 ó mas
 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 5-6</p> <p>23. ¿Ha estado usted embarazada anteriormente?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
 Si es así, ¿cuántas veces?</p> <p>24. ¿Tiene asistencia médica para este embarazo?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>25. ¿Recibe atención dental regular (visita al dentista)?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>26. ¿Alguna vez dio 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>27. ¿Alguna vez dio a luz a un bebé que nació por lo menos 3 semanas antes de lo estimado?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>28. ¿Alguna vez dio a luz a un bebé que pesó 9 libras o más al nacer?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>29. ¿Alguna vez ha tenido una pérdida fetal (mas de 20 semanas gestacion) o dio a la luz a un bebé que murió en menos de 28 días de haber nacido?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>30. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tiene diabetes gestacional con este embarazo o con embarazo previo?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>31. ¿Alguna vez le dijo un médico que usted haya tenido pre eclampsia con algún embarazo anterior?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>32. ¿Le ha dicho su doctor que está esperando más de 1 bebé con este embarazo (gemelos, trillizos, etc.)?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>33. ¿Alguna vez su doctor le ha dicho que tiene restricción de crecimiento fetal o restricción de crecimiento uterino con este embarazo?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>34. ¿Ha dado a luz a un bebé que haya tenido un defecto congénito tal como un defecto del tubo neural, paladar hendido, o labio leporino?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>35. ¿Actualmente está dando pecho?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>36. ¿Ha sido hospitalizada debido a náusea y vómito durante este embarazo?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>37. ¿Está tomando un suplemento de vitaminas/minerales (como vitaminas prenatales) o un suplemento herbal?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
 ¿Contiene el suplemento por lo menos 150mcg de yodo?
 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce</p> |
|---|---|

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

38. ¿Usa drogas ilícitas (marihuana/anfetetas/crack/heroína/meta/etc.)?

- Sí No

39. ¿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

40. ¿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)

41. ¿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		
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		
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 ABAJO DE ESTA LINEA

CPA Signature/Title _____ Date _____