

Evaluación de nutrición/de salud del WIC - Mujer después del parto

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

1. ¿Toma vitaminas o minerales todos los días?

☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿las toma según las indicaciones?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

¿Su suplemento contiene ácido fólico?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

¿Su suplemento contiene yodo?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

¿Toma algún suplemento de hierbas o de origen botánico?

☐ Sí ☐ No

2. ¿Come/quiere comer objetos que no son comida, como arcilla, pintura, tierra o hielo? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Tiene dificultad para masticar o comer cierta comida? ☐ Sí ☐ No

4. ¿Cree que tiene suficiente comida para alimentar a su familia? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Sigue alguna dieta especial para perder peso? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Usó el ayuno prolongado, píldoras de dieta, laxantes o vomitó para perder peso en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Se hizo alguna vez una operación para bajar de peso? ☐ Sí ☐ No

8. Durante algún embarazo, ¿tuvo algo de lo siguiente? (seleccione todo lo que se aplique):
☐ Diabetes gestacional ☐ Preeclampsia

9. ¿Qué problemas médicos tiene?

10. ¿Qué operación reciente (incluyendo la cesárea) o lesión ha tenido?

_____ Fecha: _____

Hacemos las siguientes preguntas para comprender mejor su embarazo más reciente y proporcionar la atención adecuada. Es posible que algunas preguntas le parezcan personales o delicadas; tómese su tiempo y, si lo prefiere, puede omitir cualquier pregunta que no quiera responder.

11. ¿Tuvo un aborto espontáneo o una pérdida del embarazo después de la semana 20 (nacimiento de un bebé muerto)? ☐ Sí ☐ No

12. ¿Nació su bebé con vida, pero murió en los primeros 28 días después del nacimiento? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Se aplicó alguna de las situaciones siguientes en su embarazo más reciente? (seleccione todas las que se apliquen):

☐ El bebé pesó 5 libras y 8 onzas o menos al nacer

☐ El bebé pesó 9 libras o más al nacer

☐ El bebé se diagnosticó con una condición congénita (como defecto del tubo neural, labio leporino/paladar hendido, etc.)

☐ El bebé nació a las 38 semanas o antes

☐ Ninguna de las situaciones arriba

14. Actualmente, ¿está amamantando o produciendo leche materna?

☐ Sí ☐ No

¿Qué preguntas tiene, si es que tiene alguna?

15. ¿Sobre qué le gustaría hablar o aprender más hoy?

☐ Alimentación saludable

☐ Actividad física

☐ Alcanzar un peso más saludable

☐ Recursos o remisiones de salud mental

☐ Otros: _____

Solo para uso del personal

¿Cómo son sus horarios de comida? ¿Qué quisiera cambiar de su comida? ¿Qué quiere comer más o menos?

Si está amamantando: Cuénteme cómo le va con la lactancia materna o con la extracción de leche.

Esta institución es proveedora de igualdad de oportunidades.