

Evaluación de nutrición/de salud del WIC - Mujer embarazada

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

1. ¿Toma vitaminas prenatales todos los días?
☐ Sí ☐ No
Si respondió Sí, ¿las toma según las indicaciones?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
¿Su suplemento contiene hierro?
☐ 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 alguno de los siguientes alimentos?
☐ Carne, pescado, aves de corral y huevos crudos o poco cocinados
☐ Brotes crudos, como los brotes de alfalfa o de frijoles
☐ Sin calentar: fiambres, hot dogs, carnes procesadas
☐ Quesos blandos sin pasteurizar, como el brie, el feta, el queso fresco
☐ Leche o jugos crudos o sin pasteurizar
☐ Frutas y vegetales sin lavar
☐ Ensaladas de charcutería
3. ¿Come/quiere comer cosas que no son alimento, como arcilla, trozos de pintura, tierra o hielo?
☐ Sí ☐ No
4. ¿Tiene dificultad para masticar o comer cierta comida?
☐ Sí ☐ No
5. ¿Cree que tiene suficiente comida para alimentar a su familia?
☐ Sí ☐ No
6. ¿Sigues alguna dieta especial o dieta para perder peso?
☐ Sí ☐ No
7. ¿Usó el ayuno prolongado, píldoras de dieta, laxantes o vomitó como método para perder peso en los últimos 12 meses?
☐ Sí ☐ No
8. ¿Se hizo alguna vez una operación para bajar de peso?
☐ Sí ☐ No
9. Durante ESTE embarazo:
☐ Se le diagnosticó restricción del crecimiento fetal
☐ Se le diagnosticó diabetes gestacional
☐ Se le hospitalizó por náuseas y vómitos
10. En CUALQUIER embarazo:
☐ Se le diagnosticó diabetes gestacional
☐ Se le diagnosticó preeclampsia
☐ Tuvo un bebé con un defecto congénito como un defecto del tubo neural, paladar hendido o labio leporino
☐ Tuvo un bebé que pesó 9 libras o más al nacer
☐ Tuvo un bebé con 38 semanas de gestación o menos
11. ¿Tuvo 2 o más abortos espontáneos, muerte fetal después de las 20 semanas (mortinato) o tuvo un bebé que murió en los primeros 28 días de vida?
☐ Sí ☐ No
12. ¿Qué problemas de salud tiene, si es que tiene alguno?

13. ¿Sobre qué le gustaría hablar o aprender más hoy?
☐ Alimentación saludable
☐ Actividad física
☐ Lactancia materna
☐ Manejo del peso
☐ 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? ¿Qué ha escuchado sobre la lactancia materna?

Esta institución es proveedora de igualdad de oportunidades.