

CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA MUJERES AMAMANTANDO / DESPUÉS DEL PARTO

Nombre de la Madre:	Identificación de WIC:	Fecha:
		Edad de la Mamá:

MI SALUD & CUIDADO

¿Cómo alimenta a su bebé? Con leche materna solamente Fórmula solamente
 Leche materna y Fórmula

Si usted está amamantando ¿Díganos cómo le va? (Circule uno)
 (mal) 1.....2.....3.....4.....5 (muy bien)

¿Cuál seguro médico tiene usted?
 Ningún seguro medico Medi-Cal AIM Seguro Privado Otro: _____

¿Cuándo es su examen médico de la cuarentena/postparto? _____

¿Cuál es su estado de salud?
 Diabetes Alta Presión Depresión u otros problemas de salud mental
 Otro: _____ Ninguno

Aparte de su examen de la cuarentena/postparto, cuándo es su próxima cita **médica**? _____

En los último 12 meses, ¿cuántas veces visitó al dentista?
 Ninguna Una visita 2 o más visitas

¿Cuántos días en una semana habitual usted, hace actividad física (ejercicio) moderada o vigorosa durante 20 minutos o más? (Por ejemplo: trotar, fútbol, nadar, caminar, bailar, andar en bicicleta, aeróbicos.)
 Circule uno: 1 día 2 días 3 días 4 días 5 días 6 días 7 días Ninguno

¿Cuáles de éstos productos toma usted?
 Vitaminas prenatales Vitaminas de hierro Otros vitaminas / minerales
 Hierbas Laxantes Medicamentos sin receta médica (Tylenol, Aspirina, etc.)

Pastillas anticonceptivas Remedios caseros (anote) _____
 Otros medicamentos _____ Ninguno

¿En éste momento cómo se siente con su peso?
 Quiero aumentar peso Está bien Quiero bajar de peso

NUTRICION

¿Cuántas veces al día come? _____ Comidas _____ Bocadoillos

¿Está en alguna dieta especial? Si No Si sí? Explique _____

¿Hay algunos alimentos que limita, o no come? Si No Si sí, cuáles? _____

¿Qué come y toma la mayoría de los días?
 ♦ Agua Café Té Refresco Refresco de dieta Gatorade Leche de Soya
 ♦ Jugo Kool Aid Alcohol Cerveza Vino
 ♦ Frutas Verduras
 ♦ Leche (Descremada, Baja en grasa, Entera) Queso Yogurt Queso Cotage Pudín o Flan
 ♦ Carne Pollo Pavo Pescado Salchicas Tofú Frijoles o Lentejas
 Crema de cacahuete Huevos Nueces
 ♦ Pan Cereales Tortillas Arroz Fideos Roles Galletas saladas Pan Dulce
 ♦ Dulce Galletas Pasteles Donas Helados Frituras Papas fritas
 ♦ Otro (anote) _____

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Está embarazada actualmente? Si No No Sé

Si está embarazada, ¿planeó usted este embarazo? Si No

¿Cuándo es su fecha de parto? _____

Si NO está embarazada, ¿cuantos niños más espera tener? _____

¿Cuándo planea salir embarazada de nuevo? Nunca en 0-6 meses en 7-12 meses
 en 13-24 meses en 2 años o más

¿Está usando algún método de anticonceptivo actualmente? Si No

¿Si sí, cuál método(s) está usando actualmente? _____

¿Si NO, qué, planea hacer? _____

¿A dónde iría usted para recibir servicios de planificación familiar? _____

¿Usa usted los servicios de Family PACT ? Si No

FUMAR Y ALCOHOL

¿Cuántos cigarros fuma al día usted? Ninguno 1-10 11-20 más de 20

¿Hay alguien en su hogar que fume? Si No

¿Qué tan seguido toma bebidas alcohólicas?
 Todos los días Cada semana 2-3 veces al mes Rara vez Nunca

¿Cuándo toma bebidas alcohólicas, cuántas toma usualmente en una ocasión?
 Circule uno: 0 1 2 3 4 5 o más

¿Cuáles de las siguientes drogas recreativas usa usted?
 Marihuana Metanfetamina Cocaína Heroína Extasis Ninguna
 Otro: _____

AMBIENTE FAMILIAR

¿Cuántas personas tiene cerca de usted con quienes puede contar para que le ayuden en momentos de dificultad, como por ejemplo cuidarle a sus niños o mascotas, llevarla al hospital o la tienda, o ayudarle cuando está enferma?
 Circule uno: 0 1 2-5 6-9 10 o más

Durante el mes pasado, ¿que tan seguido se sintió triste o deprimida?
 Nunca / Rara vez Algunas veces Seguido Casi siempre

Durante el mes pasado, ¿que tan seguido se sintió sola?
 Nunca / Rara vez Algunas veces Seguido Casi siempre

Durante el mes pasado, ¿que tan seguido tuvo periodos de llanto?
 Nunca / Rara vez Algunas veces Seguido Casi siempre

Durante el mes pasado, ¿que tan seguido perdió interés en las cosas que usualmente disfrutaba (pasatiempos, trabajo, etc.)?
 Nunca / Rara vez Algunas veces Seguido Casi siempre

OTROS

¿Qué tan seguido se queda sin dinero o sin estampillas de comida para comprar alimentos?
 Seguido A veces Nunca

¿Alguien en su familia recibe cajas de comida del programa Commodity Supplemental (cajas de alimento)?
 Sí No No sé

¿Sobre cuáles preguntas de nutrición y salud le gustaría platicar con su consejero de WIC?

FOR STAFF ONLY

Date: _____ WIC Staff Name: _____

Height _____ Weight _____ Staff Initials _____

Hgb/Hct in ISIS _____ YES: Date: _____ No: Referral given

