



CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS

Nombre: _____	Edad: _____
---------------	-------------

Favor de circular o escribir sus repuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted? _____	
2. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía usted cuándo se entero de que estaba embarazada? _____	
3. ¿Cuándo es su siguiente cita con el doctor? _____	
4. ¿Cuáles inquietudes tiene su doctor sobre su embarazo?	
Aumento de peso Pérdida de peso Lo que cómo Alta azúcar en la sangre	
Alta presión de la sangre Bajo hierro en la sangre Ninguno Otro _____	
5. ¿Ha tenido un examen para detectar S.I.D.A? Sí No	
6. ¿Cuáles de estos productos toma? Vitaminas prenatales Pastillas con hierro Hierbas	
Otras vitaminas o minerales Laxantes Medicamentos sin receta médica (Tylenol, Aspirin, etc...)	
Ninguno Otro medicamentos _____ Remedio caseros (apunte) _____	
7. ¿Cuáles de estas condiciones tiene? Náusea Vómito Acidez Estreñimiento Hinchazón	
Ninguna Otro (apunte) _____	
8. Qué piensa sobre su aumento de peso en este embarazo? No suficiente Está bien Demasiado	
9. ¿Cuántas veces al día come? _____ Comidas _____ Bocadillos	
10. ¿Cuántas veces a la <u>semana</u> come comidas rápidas o de restaurante?	
1 a 2 veces 3 a 4 veces 5 o más veces Nunca	
11. ¿Qué es lo que come y toma en la mayoría de los días?	
♦ Agua Café Té Soda regular Soda de dieta Gatorade	
♦ Jugo Ponche o Kool Aid Alcohol Cerveza Vino	
♦ Frutas Verduras	
♦ Leche: Descremada, 1%, 2%, Entera, Baja en lactosa Leche de soya Yogurt Tofú	
Requesón Pudín o Flan Queso	
♦ Carne Pollo Pavo Pescado Hotdogs Frijoles o Lentejas Crema de cacahuete Huevos Nueces	
♦ Pan Cereales Tortillas Arroz Pasta Bolillos Galletas saladas Pan Dulce	
♦ Dulce Galletas Pasteles Donas Helados Frituras Papas fritas	
Otro (apunte) _____	
12. ¿Cuáles cosas, además de alimentos, se le apetecen? Tierra Barro Hielo Almidón	
Colillas Pintura descascarada Otro (apunte) _____ Ninguna	
13. ¿Está en alguna dieta especial? Sí No Si sí, explique _____	

Voltee la hoja →

For Staff Use Only: Date: _____ WIC Staff Name: _____
WIC ID# _____ Height _____ Weight _____
Hgb/Hct in ISIS: _____ YES: Date of Blood Test _____ NO: Referral Given, HOLD Placed, Comments Documented



14. ¿Hay algunos alimentos que limita, evita o no come? Sí No Si sí, apunte? _____

15. ¿Cómo describiría usted sus hábitos alimenticios en éste momento?
 Muy bien Bien OK No muy buenos

16. ¿Ha amamantado alguna vez? Sí No Si sí, ¿por cuánto tiempo? _____

17. ¿Qué piensa usted sobre amamantar a su nuevo bebé?
 No estoy interesada Lo estoy pensando Deseo Hacerlo Definitivamente lo hare

18. Durante el tiempo que estaba embarazada, pero aun no lo sabia, cuántas bebidas alcoholicas tomaba cada vez que tomaba?
 10 o más 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 bebidas

19. Durante el tiempo que estaba embarazada, pero aun no lo sabia, que tan seguido tomó cerveza, vino ú otro bebida alcoholica? Todos los días Casí todos los días 3 a 4 días por semana 1 a 2 días por semana
 2 a 3 días al mes Una vez al mes Menos de una vez al mes Nunca

20. Durante el mes pasado cuántas veces tomó 3 bebidas alcoholicas en la misma ocasión?
 — 10 o más 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 bebidas

21. Actualmente, cuando toma alcohol, cuántas bebidas alcoholicas toma?
 — 10 o más 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 bebidas

22. Actualmente, qué tan seguido toma bebidas alcoholicas?
 — Todas los días Casí todos los días 3 a 4 días por semana 1 a 2 días por semana
 2 a 3 días al mes Una vez al mes Menos de una vez al mes Nunca

23. ¿Cuáles actividades físicas hace en la mayoría de los días? Caminar Correr Andar en bibicleta Bailar
 Deportes Nadra Clase de ejercicio o gimnasio Cultivar un jardín Ninguna
 Otro (apunte) _____

24. ¿Que tan frecuente se queda sin dinero o sin estampillas de comida para comprar alimentos?
 Seguido A veces Nunca

25. Alguien en su familia recibe cajas de comida del programa “Commodity Supplemental (cajas de alimento)”?
 Sí No No sé

26. ¿Cuáles preguntas sobre nutricion y salud le gustaria discutir con su consejero de WIC? _____

For Staff Use Only

Circle Chart

