IDAHO WIC GROWING HEALTHY FAMILIES
SUPPLEMENTAL NUTRITION PROGRAM FOR WOMEN, INFANTS & CHILDREN

Amamantar y Postparto
Preguntas de Salud y Dieta

Nombre: _____

Fecha de Hoy: _____

Instrucciones: Por favor responda las preguntas de la parte de enfrente y del reverso de esta hoja. Sus respuestas ayudarán a WIC a determinar sus necesidades de salud y nutrición. Toda la información es confidencial.

FORMA 132S (5/04)

* Preguntas de Salud *

1. ¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela? _____
2. ¿Cuál era su fecha de parto? _____
3. ¿Cuál fue su fecha de parto real?
4. ¿Cuánto pesó su bebé al nacer? [68/86]
   _____ libras _____ onzas
5. ¿Cuánto pesaba usted antes de estar embarazada?
   _____ libras
6. ¿Cuánto peso ganó durante su embarazo?
   _____ libras [14]
7. ¿En qué fecha tuvo su primera visita prenatal con un médico o una partera certificada?
   - □ fecha de la visita: _____
   - □ no tuve cuidados prenatales durante el embarazo
8. ¿Quién es su médico? _____
9. ¿Cuántos embarazos ha tenido, incluyendo el que tuvo recientemente? (incluya pérdidas, abortos y nacimientos sin vida) _____
10. ¿Si ha estado embarazada antes de éste, en qué fechas terminaron sus embarazos anteriores? _____ [63◊]
11. Describa cualquier condición médica que tenga: [90's]
    _____
12. Marque las casillas si ésto le pasó durante su embarazo.
    - □ diabetes [55] □ cesárea [90 within 2 mo]
    - □ gemelos [61] □ pérdida o muerte del infante [66]
13. ¿Ha usado drogas de la calle o marihuana desde que el bebé nació? □ no □ si [80]
14. ¿Hay alguien que viva con usted que fume dentro de su casa? □ yo □ alguien más [Y]
    □ nadie [N]
15. ¿Cuántos cigarrillos fuma en un día promedio ahora?
    - □ no fumo
    - □ número de cigarrillos al día _____ [81◊]
16. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas desde que el bebé nació? Una bebida es un vaso de vino, wine cooler, lata o botella de cerveza, un trago de licor o una bebida preparada.
    - □ no
    - □ sí, una o dos veces
    - □ sí, 2 o más bebidas casi todos los días [82]
    - □ sí, 5 o más bebidas por lo menos una vez [82]
17. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumo en un día promedio?
    □ no fumé □ número de cigarrillos _____
18. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomó en una semana promedio?
    - □ no tome
    - □ menos de una bebida a la semana
    - □ _____ bebidas por semana
19. ¿Cómo está alimentando a su bebé?
    □ amamantándolo □ sólo fórmula
    □ combinación de pecho y fórmula
20. En una escala de 1 a 5, ¿qué tan cómoda se siente de amamantar a su bebé? Circule el número.

    No muy Muy
    cómoda = 1 2 3 4 5 = cómoda
21. Marque cualquiera de las respuestas que le haya pasado con este bebé: [615]
    - □ Pezones planos o invertidos
    - □ Pezones con dolor intenso (rojos, adoloridos y/o sangrando)
    - □ La leche no bajó hasta el 4to. día de posparto [1 wk only]
    - □ Mastitis
    - □ Inflamación severa de pecho
    - □ Ductos tapados más de una vez
    - □ Edad de 40 años o mayor
    - □ Amamantar a dos niños que no son gemelos

* Preguntas de Dieta *

22. ¿Vomita o usa laxantes para controlar su peso?
    □ no □ sí [96]
23. ¿Cóme cosas que no son alimento como pedazos de pintura, almidón de lavandería o tierra?
    □ no □ sí, describa _____ [48]
24. ¿Cosas como dientes faltantes o quebrados, enfermedad de las encías o dolor de dientes le provocan no comer algunos alimentos?
    □ no □ sí, indique las comidas: _____ [95]
25. ¿Se ha quedado sin comida o dinero para comprar comida en los últimos seis meses? □ no
26. ¿Cuáles son sus preguntas acerca de alimentos y nutrición?
27. ¿Qué piensa que está haciendo bien para alimentar a su familia y a usted misma?

* Más Preguntas de Dieta *

28. Marque cualquier dieta especial que siga:
    - □ ninguna
    - □ alergia a comidas, indique comidas: _____ [52]
    - □ pérdida de peso □ diabética [91]
    - □ vegetariana □ otros _____

29. Marque cualquier suplemento que tome:
    - □ ninguno □ prenatales □ herbal _____
    - □ hierro □ calcio □ otros _____

* Recordatorio de Dieta *

1. Escriba todo lo que comió y bebió el día anterior a su cita. Si comió lo que normalmente no come, por favor escriba las comidas que normalmente hubiera hecho en un día.
2. Sea muy específica y escriba una comida por línea. Vea el ejemplo de abajo.

HORA	COMIDA	CANTIDAD	PARA USO DE WIC ÚNICAMENTE							
			PROT	CALC	HIER	VITC	VITA	OTRO	GRANO	ECAL
12:30 pm	Emparedado de carne (pavo)	2 rodajas								
	pan	2 rodajas								
USO DE CLÍNICA WIC		TOTAL (circle if low)								
		ADEQUATE - B	3	3	10	1.5	1	---	---	---
		ADEQUATE - N	2	3	10	1.0	0.5	---	---	---

Nombre: _____ WIC Staff (CPA): _____ Fecha: _____

WIC es un empleador y un proveedor de igualdad de oportunidad.