

Nutrición de WIC/ Evaluación de salud – Mujeres pospartos

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Por favor complete las siguientes preguntas para ayudar al personal de WIC a comprender mejor sus necesidades.

1. ¿Cuál de los siguientes alimentos/bebidas usualmente come o bebe usted?

Panes & granos:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pan | <input type="checkbox"/> Fideos | <input type="checkbox"/> Arroz |
| <input type="checkbox"/> Panecillos | <input type="checkbox"/> Pasta | <input type="checkbox"/> Galletas |
| <input type="checkbox"/> Tortillas | <input type="checkbox"/> Cereal | |

También como: _____

Carne & proteínas:

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Carne molida | <input type="checkbox"/> Carnes frías | <input type="checkbox"/> Salchicha |
| <input type="checkbox"/> Pollo | <input type="checkbox"/> Tofu | <input type="checkbox"/> Crema de maní |
| <input type="checkbox"/> Pescado | <input type="checkbox"/> Frijoles | <input type="checkbox"/> Carne de cerdo |

También como: _____

Otras bebidas:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Refrescos | <input type="checkbox"/> Té dulce | <input type="checkbox"/> Té sin azúcar |
| <input type="checkbox"/> Jugo | <input type="checkbox"/> Café | <input type="checkbox"/> Bebida energética |

También bebo: _____

Verduras & frutas:

- | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brócoli | <input type="checkbox"/> Papas | <input type="checkbox"/> Plátanos |
| <input type="checkbox"/> Ejotes | <input type="checkbox"/> Elote/Chícharos | <input type="checkbox"/> Naranjas |
| <input type="checkbox"/> Tomates | <input type="checkbox"/> Manzanas | <input type="checkbox"/> Bayas |

También como: _____

Leche y otros productos lácteos:

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leche de vaca | <input type="checkbox"/> Leche sin lactosa | <input type="checkbox"/> Yogur |
| <input type="checkbox"/> Leche desoya | <input type="checkbox"/> Requesón | <input type="checkbox"/> Queso |

También como & bebo: _____

Otras comidas:

- | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Donas | <input type="checkbox"/> Mantequilla/margarina | <input type="checkbox"/> Salsa espesa |
| <input type="checkbox"/> Pastel | <input type="checkbox"/> Galletas | <input type="checkbox"/> Papas fritas |

También como: _____

2. ¿Está de dieta especial para adelgazar? Sí No

3. ¿Ha usado inanición, pastillas para adelgazar, laxantes o vómitos como método para perder peso en los últimos 12 meses? Sí No

4. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía bariátrica?
 Sí No

5. ¿Suele estar estreñido o tiene problemas para defecar? Sí No

6. ¿Cuántos vasos de agua bebe diariamente?
_____ vasos

7. ¿Con qué frecuencia está físicamente activa?
_____ veces a semana

8. ¿Toma vitaminas o minerales diariamente? Sí No
Si sí, ¿las toma según las instrucciones?

Sí No No estoy seguro/a

¿Toma algún suplemento con ácido fólico?

Sí No No estoy seguro/a insegura

¿Toma algún suplemento con yodo?

Sí No No estoy seguro/a

¿Toma suplementos herbales o botánicos?

Sí No

9. ¿Come/tiene antojos de cosas que no son alimentos como barro, pedazos de pintura, tierra o hielo?
 Sí No

20. Si pudiera desear un hábito saludable para usted en los próximos seis meses, ¿qué sería?

10. ¿Siente que tiene suficiente comida para alimentar a su familia? Sí No

11. ¿Tuvo diabetes gestacional o preeclampsia con algún embarazo? Sí No

12. ¿Ha hablado sobre las opciones de planificación familiar (anticoncepción) con su médico?
 Sí No

13. ¿Cuáles problemas de salud tiene? Sí No

14. ¿En su embarazo más reciente, ¿tuvo un aborto espontáneo o la muerte de un feto más de 20 semanas (mortinato), dio a luz a un bebé que murió dentro de los 28 días posteriores al nacimiento?
 Sí* No

* Si sí,, pase a la pregunta #20

15. ¿Pesó su último bebé 5 libras y 8 onzas o menos al nacer? Sí No

16. ¿Pesó su último bebé 9 libras o más al nacer?
 Sí No

17. ¿Tuvo su último bebé un defecto de nacimiento congénito como un defecto del tubo neutro, paladar hendido o labio hendido? Sí No

18. ¿Nació temprano su último bebé? Sí No

19. ¿Amamanta actualmente? Sí No

Si sí, ¿cómo va la lactancia? _____

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Oklahoma State Department of Health

WIC Service

ODH Form No. 377

Revised 2-2025

----- ESTE LADO ES PARA QUE EL PERSONAL DE WIC COMPLETE -----

Below are suggested questions to facilitate WIC discussion.

- How are you feeling today? (*Assess for 'baby blues'/depression, postpartum support, appetite, skipping meals [concern about adequate calories & nutrients]*)

- What are your mealtimes like? (*Assess environment [TV, phones, tablets at table], family meals, timing of meals, pattern [3 meals/2-3 snack], intake changes, intolerances, any special dietary needs, food preparation [who prepares, fast food/wk]*)

- What would you like to change about your eating? Activity level?

- Is there anything you would like to eat more or less of?

- What questions do you have about breastfeeding? (*Assess support system, nipple pain, latch, milk expression/pumping, milk supply concerns whether breastfeeding or nonbreastfeeding*)

- Do you ever have a hard time chewing or eating certain foods? (*tooth loss, impaired ability to eat, oral health*)

- What has been helpful at this visit?

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.