

# 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?

<b>Panes &amp; granos:</b> <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: _____	<b>Verduras &amp; frutas:</b> <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: _____
<b>Carne &amp; proteínas:</b> <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: _____	<b>Leche y otros productos lácteos:</b> <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: _____
<b>Otras bebidas:</b> <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: _____	<b>Otras comidas:</b> <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.***

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.***