HISTORIAL DE SALUD PARA MUJERES EMBARAZADAS

*Su nombre*_____ ____/____/____ *Fecha de Hoy* ____/____/____ *Fecha de Nacimiento*

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta se usará para reportar.

Staff Use Only

1. a. ¿Es usted hispana o latina? ☐ Sí ☐ No

   b. Marque (✓) todas las categorías de razas que aplican a usted:

   ☐ Indio Americana o Nativa de Alaska ☐ Nativa de Hawai u otra Isla del Pacifico
   ☐ Asiática ☐ Blanca
   ☐ Negra o Africana-americana

ethnic

race

Favor de contestar las siguientes preguntas. Estas preguntas se hacen para ver si usted puede ser elegible para el Programa WIC. Favor de marcar (✓) su respuesta o llenar el blanco. Todas las preguntas son confidenciales.

2. ¿Cuál era su peso antes de embarazarse esta vez?_____ libras

pregravid weight

3. ¿Cuántas semanas lleva de estar embarazada?_____ semanas

weeks gestation

4. ¿Cuándo espera a su bebé?_____ mes día año

EDC

5. Incluyendo este embarazo, ¿cuántas veces ha estado embarazada?
   (Favor de contar algún aborto, malparto o nacido muerto)

gravidity

6. ¿Cuántos embarazos duraron más de 4 meses?
   (Favor de no contar este embarazo)

parity

7. ¿Cuántos bebés nacidos vivos ha tenido? _____

live births

8. Si ha estado embarazada antes, ¿cuándo acabó su **último** embarazo?
   (Fecha del último parto, aborto, malparto o nacido muerto) _____ mes día año

prior delivery

9. ¿Dónde recibe la mayoría de su cuidado médico durante este embarazo?

   ☐ 1. Clínica del hospital ☐ 4. Yo no voy todavía
   ☐ 2. Clínica del departamento de salud ☐ 5. Otro
   ☐ 3. Oficina de médico privada/HMO
   Nombre del Plan de Salud:_____ Nombre del Doctor:_____

prenatal place

10. Para este embarazo, ¿cómo va a pagar por la mayoría del tratamiento médico?

    ☐ 1. Seguro médico privado ☐ 4. Mi familia o por mi cuenta
    ☐ 2. HMO ☐ 5. No tengo manera de pagar
    ☐ 3. Medicaid/Healthy Kids ☐ 6. Otro

prenatal source

11. ¿Cuándo empezó a recibir tratamiento prenatal?
    (Por ejemplo, 2 meses; 4 meses de embarazo) _____ (meses embarazadas)

month care began

12. ¿Es usted: ☐ 1. Soltera? ☐ 2. Casada?

marital status

13. ¿Cuántos años de escuela ha completado usted? _____ (grados terminados)

mother's education

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o inhabilidad. Para archivar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igual oportunidad.

HISTORIAL DE SALUD PARA INFANTE WIC

Recién Nacido a 1 Año de Edad

*Nombre de niño/a*_____ ___/___/___ ___/___/___ ____
Fecha de Hoy *Nacimiento de su niño/a* *Sexo*

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta se usará para reportar.

1. a. ¿Es su infante hispano o latino? ☐ Sí ☐ No

   b. Marque **(✓)** a todas las razas que aplica a usted:
   - ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
   - ☐ Asiática
   - ☐ Negro o Americano-Africano
   - ☐ Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico
   - ☐ Blanco

Favor de contestar las siguientes preguntas. Estas preguntas se hacen para ver si califica al Programa WIC. Favor de marcar (✓) su respuesta o llenar el blanco. Todas las respuestas son confidenciales.

2. ¿Su bebé está tomando el pecho **AHORITA**? ☐ Si ☐ No ¿Cuántas veces en 24 horas? _____
418

3. ¿Si no, ¿se ha tomado el pecho **ALGUNA VEZ** o recibido leche del pecho de una botella y/o un tubo? ☐ Si ☐ No

4. ¿Si contesta sí, ¿cuánto tiempo tomó el pecho? _____

5. ¿Cuántos días de nacido tenía cuando primero tomó la fórmula? _____ **O** ☐ No ha tomado fórmula
(días de edad)

6. Favor de marcar (✓) todo lo que sea **verdad** para su bebé.
   - ☐ al día con sus vacunas
   - ☐ tiene seguro de salud
   - ☐ ha tenido un chequeo con un médico en los último 6 meses (cuidado médico)
   - ☐ está saludable
   - ☐ necesita seguro de salud
   - ☐ necesita ver a un doctor
   - ☐ ha pasado un chequeo de audición para recién nacidos
   - ☐ se enferma a menudo
   - ☐ ha tenido un chequeo con el Departamento de Salud

7. ¿Dónde ha visto a un médico su bebé desde que él/ella salió del hospital?
   - ☐ Oficina del Médico (05)
   - ☐ HMO (04)
   - ☐ Clínica para Pacientes Externos (01)
   - ☐ Clínica del Departamento de Salud (02)
   - ☐ Cuarto de Emergencia del Hospital (03)
   - ☐ Otro (06)

8. ¿El apellido de su bebé que aparece en el certificado de nacimiento es el mismo que aparece arriba?

   ☐ Si ☐ No Si no, ¿Cuál es el nombre de nacimiento? _____

9. ¿Cuándo nació su bebé? _____ _____ _____ ¿Cuál fecha esperaba a su bebé? _____ _____ _____ __ mes
día año mes día año

10. El nacimiento fué: ☐ solo un bebé ☐ 2 bebés ☐ 3 bebés ☐ más de 3 bebés

11. Medidas de nacimiento: ¿Largo? _____ ¿Peso? _____ _____ ¿La cabeza mida? _____
pulgadas libras onzas pulgadas

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o inhabilidad. Para archivar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igual oportunidad.

HISTORIAL DE SALUD PARA DESPUES DEL PARTO

(Certificación Inicial)

Su nombre _____ ___/___/___ *Fecha de Hoy* ___/___/___ *Fecha de Nacimiento*

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta se usará para reportar.

1. a. ¿Es usted hispano o latino? ☐ Sí ☐ No

   b. Marque **(✓)** a todas las razas que aplica a usted:
   - ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
   - ☐ Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico
   - ☐ Asiática
   - ☐ Blanco
   - ☐ Negro o Americano-Africano

Favor de contestar las siguientes preguntas. Estas preguntas se hacen para ver si usted puede ser elegible para el Programa WIC. Favor de marcar (✓) su respuesta o llenar el blanco. Todas las preguntas son confidenciales.

2. ¿Cuál era su peso antes de embarazar esta vez? _____ (libras)
3. ¿Cuál fué su último peso antes de partir? _____ (libras)
4. ¿Cuándo esperaba su bebé? _____ mes día año
5. ¿Cuándo realmente nació su bebé? _____ mes día año
6. ¿**Incluyendo este embarazo,** cuántas veces ha estado embarazada? _____
   (Contar algún aborto, malparto o nacido muerto)
7. ¿Cuántos embarazos duraron más de 4 meses?_____
8. ¿Cuántos bebés nacidos vivos ha tenido? _____
9. **Antes de este bebé,** ¿cuándo acabó su último embarazo?
   (Fecha del último parto, aborto, malparto o nacido muerto) _____ mes _____ día _____ año
10. ¿ Dónde recibió <u>la mayoría</u> de su cuidado médico durante este embarazo?
    - ☐ 1. Clínica del hospital
    - ☐ 2. Clínica del departamento de salud
    - ☐ 3. Oficina de médico privada/HMO
    - ☐ 4. Yo no tuve cuidado prenatal
    - ☐ 5. Otro lugar _____
11. Para este embarazo, ¿ cómo pagó por el tratamiento médico?
    - ☐ 1. Seguro médico privado
    - ☐ 2. HMO
    - ☐ 3. *Medicaid/Healthy Kids*
    - ☐ 4. Mi familia o por mi cuenta
    - ☐ 5. No he tenido manera de pagar
    - ☐ 6. Otro
12. ¿ Cuándo empezó a recibir tratamiento prenatal?_____ (meses embarazada)
    (Por ejemplo: 2 meses, 4 meses de embarazo)
13. ¿Está usted: ☐ 1. Soltera? ☐ 2. Casada?
14. ¿Cuántos años de escuela ha completado usted? _____ grados terminados

Staff Use Only

_____ ethnic
_____ race
_____ pregravid wt.
_____ weight change
_____ Delivery date
_____ weeks gestation
_____ gravidity
_____ parity
_____ # live births
_____ prior delivery
_____ prenatal place
_____ prenatal source
_____ prenatal care
_____ marital status
_____ Mother's education

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o inhabilidad. Para archivar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igual oportunidad.

HISTORIAL DE SALUD PARA NIÑOS WIC

Edad de 1 a 4 Años

*Nombre de niño/a*_____ ___/___/___ ___/___/___ ___
Fecha de Hoy *Nacimiento de su niño/a* *Sexo*

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta se usará para reportar.

1. a. ¿Es usted hispano o latino? ☐ Sí ☐ No

   b. Marque **(✓)** a todas las razas que aplica a usted:
   - ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
   - ☐ Asiática
   - ☐ Negro o Americano-Africano
   - ☐ Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico
   - ☐ Blanco

Favor de contestar las siguientes preguntas. Estas preguntas se hacen para ver si califica al Programa WIC. Favor de marcar (✓) su respuesta o llenar el blanco. Todas las respuestas son confidenciales.

2. Marcar (✓) todas las que **correspondan** a su niño/a.
   - ☐ al día con sus vacunas
   - ☐ tiene aseguranza de salud
   - ☐ ha tenido un chequeo con un médico en los últimos 12 meses (cuidado médico)
   - ☐ necesita aseguranza de salud
   - ☐ necesita verse con un médico
   - ☐ ha tenido un chequeo en el Dept. de Salud en los últimos 12 meses
   - ☐ enfermizo
   - ☐ saludable
   - ☐ toma pecho

3. Su niño/a ha visitado al médico durante **el año pasado**? ☐ No ☐ Si
   Si pone sí, ¿dónde? (marque (✓) todas las que correspondan)
   - ☐ Oficina del Médico (05)
   - ☐ Clínica en el Hospital (01)
   - ☐ Hospital emergency room (03)
   - ☐ HMO (04)
   - ☐ Clínica del Departamento de Salud (02)
   - ☐ Otro (06)

4. Favor de marcar (✓) todo lo siguiente que su niño/a tiene o haya tenído:
   - ☐ Failure to Thrive 134+
   - ☐ Envenenamiento de Plomo 211+
   - ☐ Malnutrición, Escorbuto, o Beri Beri 341+
   - ☐ Hipocalcemia o Enfermedad de Menkes 341+
   - ☐ Osteomalacia, Quilosas, o Xeroftalmia 341+
   - ☐ Raquitismo, Pelagra, o Deficiencia en Vit K 341+
   - ☐ Ulcera, Síndromes de Malabsorción o Intestinal 342+
   - ☐ Enfermedad del Hígado o Vesícula, Pancreatitis 342+
   - ☐ Diabetes Mellitas 343+
   - ☐ Disfunción de la Glándula Tiroides 344+
   - ☐ Alta Presión de la Sangre 345+
   - ☐ Enfermedad de los Riñones 346+
   - ☐ Cáncer 347+
   - ☐ Parálisis Cerebral o Epilepsia 348+
   - ☐ Mielomeningocele o Espina Bífida 348+
   - ☐ Síndrome de Down o Paladar/Labio Hendido 349+
   - ☐ Anemia de Célula Hoz o Talasemia Mayor 349+
   - ☐ Distrofia Muscular 349+
   - ☐ Fenilcetonuria (PKU) u otros Errores Innatos del Metabolismo 351+
   - ☐ Hepatitis, VIH, SIDA 352+ (últ. 6 meses)
   - ☐ Bronquiolitos 352+ (3 episodios en los últimos 6 meses)
   - ☐ Tuberculosis, Neumonía, Meningitis 352+ (últ. 6 meses)
   - ☐ Infecciones Parasíticas 352+ (últ. 6 meses)
   - ☐ Alergia de Alimentos 353+ Si tiene, describa: _____
   - ☐ Enfermedad Celíaca 354+
   - ☐ Intolerancia a la Lactosa 355
   - ☐ Hipoglucemia 356+
   - ☐ Cirugía, Trauma o Quemaduras Graves 359+
   - ☐ Asma Persistente 352+/360+
   - ☐ Artritis, Fibrosis Cística, Lupus 360+
   - ☐ Enfermedad de los Pulmones o Corazón 360+
   - ☐ Depresión 361+
   - ☐ Daño al Cerebro o Trauma a la Cabeza 362+
   - ☐ Trastorno de Desarrollo Dominante o Autismo 362+
   - Inhabilidad que interfiere con el entrar, masticar o tragar de alimento 362+
   - ☐ Síndrome de Alcohol Fetal (SAF) 382+

Otros problemas, favor de describir: (360+):_____

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o inhabilidad. Para archivar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igual oportunidad.

CERTIFICACION INTERMEDIA DE INFANTES WIC
EVALUACION DE NUTRICION/SALUD

*Nombre de niño/a*_____ ___/___/___ ___/___/___ ____
Fecha de Hoy *Nacimiento de su niño/a* *Sexo*

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta se usará para reportar.

1. a. ¿Es su infante hispano o latino? ☐ Sí ☐ No

   b. Marque **(✓)** a todas las razas que aplica a usted:
   - ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
   - ☐ Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico
   - ☐ Asiática
   - ☐ Blanco
   - ☐ Negro o Americano-Africano

HISTORIAL DE SALUD DE LA RECERTIFICACION NIÑO WIC

18 meses hasta 4 años de edad

*Nombre de niño/a*_____ ___/___/___ ___/___/___ ___
Fecha de Hoy *Nacimiento de su niño/a* *Sexo*

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta se usará para reportar.

1. a. ¿Es usted hispano o latino? ☐ Sí ☐ No

   b. Marque **(✓)** a todas las razas que aplica a usted:

   ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
   ☐ Asiática
   ☐ Negro o Americano-Africano
   ☐ Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico
   ☐ Blanco

HISTORIAL DE SALUD DE LA RECERTIFICACION DE ALIMENTACION AL PECHO DE LA MUJER
(6 meses después del parto)

*Su nombre*_____ ____/____/____ ____/____/____
Fecha de Hoy *Fecha de Nacimiento*

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta se usará para reportar.

1. a. ¿Es usted hispano o latino? ☐ Sí ☐ No

   b. Marque **(✓)** a todas las razas que aplica a usted:
   - ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
   - ☐ Asiática
   - ☐ Negro o Americano-Africano
   - ☐ Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico
   - ☐ Blanco