

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD Y DIETA PARA EMBARAZADAS

Michigan Department of Health and Human Services

Fecha de hoy

Su nombre

¿Cuántos grados escolares completó?

¿Está actualmente?

Casada No casada

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta será usada con propósitos de informes grupales. Si no responde, el personal hará una selección por usted. Esto no afectará su recepción de los beneficios del WIC.

¿Es usted hispana o latina?

Sí No

Raza: Seleccione una o más opciones:

Indígena estadounidense o nativa de Alaska

Asiática

Negra o afroestadounidense

Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico

Blanca

Europea

Africana del Norte

Oriente Medio

Información del Embarazo

¿Cuál fue la fecha de su último período menstrual?

Mes/Día/Año _____

¿En qué fecha espera a su bebé?

Mes/Día/Año _____

¿Cuál era su peso en el momento en que quedó embarazada de este bebé? (CDC) _____ libras

1. ¿Cuántas veces estuvo embarazada?

(Cuenta abortos, abortos naturales o partos de bebés sin vida) _____

¿Cuántos bebés con vida tuvo?

¿Cuántas veces estuvo embarazada durante 20 semanas o más antes de este embarazo? (CDC)

Ninguna

Cantidad de embarazos _____

Se desconoce

Si estuvo embarazada antes, ¿cuándo terminó su último embarazo?

(Fecha del último parto, aborto, aborto natural o partos de bebés sin vida) Mes/Día/Año _____

2. ¿Durante cuántos meses estuvo embarazada cuando tuvo su primera visita de un médico o una partera certificada de cuidado prenatal para el embarazo actual/más reciente? (CDC)

Primer mes

Sexto mes

Segundo mes

Séptimo mes

Tercer mes

Octavo o noveno mes

Cuarto mes

Se desconoce

Quinto mes

Sin cuidado médico

3. Para este embarazo, marque todo lo que corresponda. Tengo:

Cierta **pérdida de peso** durante el embarazo

Restricción de Crecimiento del Feto (Retardo del Crecimiento Intrauterino)

Náuseas y vómitos severos

Diabetes Gestacional (alto nivel de azúcar en sangre)

Presión Sanguínea alta (o preeclampsia) debido a este embarazo

Espero gemelos o más

Ninguna se aplica

4. ¿Cuántas veces vio a su proveedor de cuidado médico durante este embarazo?

¿Adónde recibe su cuidado prenatal regular?

5. ¿Se le ofreció un análisis de sangre o de HIV?

Sí No

6. Sobre embarazos **anteriores**, marque todo lo que sucedió:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historial de Diabetes Gestacional (GDM o alto nivel de azúcar en la sangre) | <input type="checkbox"/> El bebé nació vivo, pero falleció antes de 1 mes |
| <input type="checkbox"/> Parto prematuro (< 37 semanas) | <input type="checkbox"/> Aborto natural |
| <input type="checkbox"/> Parto prematuro (37 a < 39 semanas) | <input type="checkbox"/> el bebé nació con defectos congénitos o de otro tipo |
| <input type="checkbox"/> El bebé pesó 5 libras, 8 onzas o menos al nacer | <input type="checkbox"/> El bebé pesó 9 libras o más al nacer |
| <input type="checkbox"/> El bebé falleció luego de 5 meses de embarazo | <input type="checkbox"/> Ninguna se aplica |
| <input type="checkbox"/> Historial de Preeclampsia (presión sanguínea alta diagnosticada en el embarazo/hipertensión) | |

Información Médica

- 1. Problemas médicos/ enfermedades recientes:** El personal del WIC le dará un listado de problemas médicos para revisar. Luego le preguntaremos cuáles puede tener usted. Si tiene un problema médico y no está segura si figura en la lista, le solicitamos que hable esto con el nutricionista del WIC.
- 2. Desde que quedó embarazada, ¿tomó alguna medicación (prescripta o no)?**
 Sí No
Si es así, ¿de qué tipo? _____
¿Algún efecto colateral? Sí No
Si es así, ¿de qué tipo? _____
- 3. ¿Posee algún problema oral/dental que le dificulte comer?**
 Sí No
Si es así, ¿de qué tipo? _____
¿Visitó al dentista o tuvo un tratamiento oral durante este embarazo? Sí No
- 4. En el mes anterior a este embarazo, ¿cuántas veces tomó un multivitamínico que contuviera diferentes vitaminas y minerales? (CDC)**
 Menos de una vez por semana 8 o más veces por semana
 Cantidad de veces por semana (1-7) _____ Se desconoce
- 5. ¿Tomó vitaminas o minerales durante el mes pasado? (CDC)**
 Sí No Se desconoce
- 6. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿cuántos cigarrillos por día fumó en promedio? (20 cigarrillos = 1 paquete) (CDC)**
 No fumó Fumó, pero desconoce la cantidad
 Cantidad de cigarrillos por día (1 - 96) _____ Se desconoce o rechaza
 97 o más cigarrillos por día
- 7. ¿Cuántos cigarrillos por día fuma en promedio actualmente?**
 No fuma Fuma, pero desconoce la cantidad
 Cantidad de cigarrillos por día (1 - 96) _____ Se desconoce o rechaza
 97 o más cigarrillos por día
- 8. ¿Alguien con quien convive fuma dentro de su casa? (CDC)**
 Sí, otra persona fuma dentro de la casa
 No, nadie fuma dentro de la casa
 Se desconoce

9. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, vino frío) consumió en promedio por semana? CDC
- No bebió Bebió, pero desconoce la cantidad
- Cantidad de bebidas por semana (1 - 20) _____ Se desconoce o rechaza
- 21 o más bebidas por semana
10. ¿Consumió bebidas alcohólicas durante este embarazo? Sí No
11. Usted actualmente (marque todo lo que corresponda)
- Consume alguna droga ilegal Consume marihuana de alguna forma
- Abusa de alguna medicación prescrita Ninguna
12. ¿Existe alguna otra incapacidad, problema de salud mental o incapacidad intelectual que limite la capacidad para tomar decisiones alimenticias apropiadas y/o preparar comida? Sí No

Historial de Nutrición

1. ¿Alguna vez amamantó a un niño? Sí No
2. ¿Actualmente amamanta a otro niño menor de un año de edad? Sí No
3. ¿Actualmente amamanta a más de un niño? Sí No
4. ¿Cuántas **comidas** hace la mayoría de los días?
- 0 1 2 3 4 5 o más
5. ¿Cuántos **refrigerios** toma la mayoría de los días?
- 0 1 2 3 4 5 o más
6. ¿Cuántas veces **bebe leche o come yogurt o queso** por día?
- 0 1 2 3 4 5 o más
7. Es su **apetito** normalmente:
- Bueno Regular Malo
8. ¿Está haciendo una **dieta especial** (prescrita por su médico)?
- Sí No
- Si es así, ¿de qué tipo? _____
9. ¿Cuántas veces por semana consume **Comida Rápida**?
- 0 1 2 3 4 5 o más
10. ¿Tiene alguna **alergia a la comida**?
- Sí No
- Si es así, ¿de qué tipo? _____
11. ¿Come o bebe alguno de los siguientes alimentos todos o la mayoría de los días? (Marque todo lo que corresponda)
- Leche, ¿De qué tipo?
- Gaseosa u otras bebidas endulzadas Cereales integrales
- Refrigerios dulces o salados Frutas y vegetales

12. ¿Come o bebe alguno de los siguientes alimentos? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jugo o leche crudos (no pasteurizados) | <input type="checkbox"/> Paté o pastas de carne refrigerados o frutos de mar ahumados refrigerados |
| <input type="checkbox"/> Queso suave (feta, Camembert, Brie, queso blanco, queso fresco, Panela) | <input type="checkbox"/> Perros calientes, embutidos, y otros fiambres no recalentados a temperatura alta |
| <input type="checkbox"/> Carne, pescado, ave o huevos crudos o poco cocidos | <input type="checkbox"/> Pescado de Michigan |
| <input type="checkbox"/> Brotes crudos | <input type="checkbox"/> Ninguna se aplica |

13. ¿Antes o actualmente? (Marque todo lo que corresponda):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sigue una dieta vegetariana estricta | <input type="checkbox"/> Toma un suplemento diario de vitaminas o minerales |
| <input type="checkbox"/> Sigue una dieta de bajas calorías/ para perder peso | ¿De qué tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuvo una cirugía bariátrica | <input type="checkbox"/> Toma un suplemento de yodo diariamente |
| <input type="checkbox"/> Sigue una dieta baja en carbohidratos y alta en proteínas (como Atkins, etc.) | <input type="checkbox"/> Usa remedios o tés de hierbas como suplemento |
| <input type="checkbox"/> Come poca comida debido a una cirugía de estómago para perder peso | ¿De qué tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Regularmente consume ítems no comestibles (ceniza, fibras de alfombra, cigarrillos o desechos de cigarrillos, arcilla, polvo, gomaespuma, cáscara de pintura, tierra, almidón de lavandería o de maíz) | <input type="checkbox"/> Toma un suplemento de fluoruro |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna se aplica |

14. ¿Le brindó los Servicios del MIHP a este cliente durante esta visita? Sí No

Notas del Personal

Firma del CPA

Fecha

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina a ningún individuo o grupo debido a su raza, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, expresión o identidad de género, creencias políticas o incapacidad.

Autoridad: Ley 368 PA 1978

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.