

PREGUNTAS SOBRE SALUD Y DIETA PARA MUJERES LUEGO DEL PARTO - A

Michigan Department of Health and Human Services

Fecha de hoy

Su nombre	¿Cuántos grados escolares completó?	¿Está actualmente? <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza: Seleccione una o más opciones: <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Europea <input type="checkbox"/> Africana del Norte <input type="checkbox"/> 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 _____
-------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

¿Cuándo finalizó su embarazo? Mes/Día/Año _____

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

¿Cuánto peso aumentó durante este embarazo? _____ libras

1. Número de embarazos (incluyendo este embarazo) _____	1a. Número de bebés con vida (sin incluir este embarazo) _____
---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

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

Ninguna Cantidad de embarazos _____ Se desconoce

2. ¿Durante cuántos meses estuvo embarazada cuando tuvo su primera visita de un médico o una partera certificada de cuidado prenatal?

Primer mes Sexto mes
 Segundo mes Séptimo mes
 Tercer mes Octavo o noveno mes
 Cuarto mes Se desconoce
 Quinto mes Sin cuidado médico

3. Marque lo que sea cierto sobre su embarazo o parto más reciente (marque todo lo que corresponda):

Parto prematuro (< 37 semanas) Preeclampsia
 Parto prematuro (37 a < 39 semanas) El bebé nació con espina bífida
 Peso bajo al nacer (el bebé pesaba 5 libras, 8 onzas o menos al nacer) El bebé pesaba 9 libras o más al nacer
 El bebé nació con un defecto de nacimiento Sección C
 Ninguna se aplica

4. Partos anteriores:

Nunca estuvo embarazada Ninguna se aplica
 El bebé pesaba 9 libras o más al nacer

5. Durante su embarazo más reciente, ¿fue informada por su médico que tenía diabetes gestacional?

Sí No Se desconoce

6. Durante su embarazo más reciente, ¿tuvo presión sanguínea alta?

Sí No Se desconoce

7. ¿Cuántos bebés nacieron de este embarazo?

Cantidad de bebés (1 - 7)

8 o más

Se desconoce

8. ¿Nació este bebé vivo?

Nació vivo

Nació muerto

Se desconoce

Nota para el Personal: La pregunta nº 12 en la pantalla del MI-WIC no refleja exactamente la pregunta 8 más arriba. La respuesta a la pregunta 12 en la pantalla puede activar el requisito de más información que se completará en la pantalla.

Información Médica

1. **Problemas médicos/ enfermedades recientes:** El personal del WIC le dará un listado de problemas médicos para su revisión.

2. ¿Está tomando **medicaciones (prescriptas o no prescriptas)**?

Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

¿Algún efecto colateral?

Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

3. ¿Tiene algún **problema oral/ dental** que le dificulte comer?

Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

4. En el mes anterior a quedar embarazada de este bebé, ¿cuántas veces por semana tomó un multivitamínico?

Menos de una vez por semana

8 o más veces por semana

Número de veces por semana (1 - 7) _____

Se desconoce

5. ¿Tomó vitaminas o minerales durante el mes pasado?

Sí

No

Se desconoce

6. ¿Está consumiendo ácido fólico de comidas fortificadas y/o tomando suplementos de ácido fólico diariamente?

Sí

No

Se desconoce

7. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumó en promedio diariamente?

No fuma

Fumó, pero desconoce la cantidad

Número de cigarrillos por día (1 - 96) _____

Se desconoce o rechaza

97 o más cigarrillos por día

8. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumó en promedio por día?

No fuma

Fumó, pero desconoce la cantidad

Número de cigarrillos por día (1 - 96) _____

Se desconoce o rechaza

97 o más cigarrillos por día

9. ¿Cuántos cigarrillos fuma en promedio por día actualmente?

No fuma

Fumó, 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?

Sí, otra persona fuma dentro de la casa

No, nadie fuma dentro de la casa

Se desconoce

11. Durante los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas consumió en promedio por semana?

No Bebió

Bebió, pero desconoce la cantidad

- Cantidad de bebidas por semana (1 - 20) _____ Se desconoce o rechaza
 21 o más bebidas por semana

12. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas consumió en promedio por semana?

- No Bebió Bebió, pero desconoce la cantidad
 Cantidad de bebidas por semana (1 - 20) _____ Se desconoce o rechaza
 21 o más bebidas por semana

13. Marque lo que sea cierto sobre sus hábitos con la bebida.

- No bebo Bebí 5 o más bebidas en 1 día durante el último mes
 Bebo menos de 2 bebidas alcohólicas por día Bebí 5 o más bebidas en 5 o más días durante el último mes
 Bebo 2 o más bebidas alcohólicas por día

14. Actualmente (marque todo lo que corresponda)

- Consume alguna sustancia ilegal Consume marihuana de alguna forma
 Abusa de alguna medicación prescrita Ninguna

15. ¿Existe alguna otra incapacidad física, 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. ¿Cuántas **comidas** hace la mayoría de los días?

- 0 1 2 3 4 5 o más

2. ¿Cuántos **refrigerios** toma la mayoría de los días?

- 0 1 2 3 4 5 o más

3. ¿Cuántas veces **bebe leche o come yogurt o queso** en un día?

- 0 1 2 3 4 5 o más

4. Es su **apetito** normalmente:

- Bueno Regular Malo

5. ¿Está haciendo una **dieta especial**?

- Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

6. ¿Cuántas veces por semana come **Comida Rápida**?

- 0 1 2 3 4 5 o más

7. ¿Tiene alguna **alergia a la comida**?

- Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

8. ¿Come o bebe alguno de los siguientes alimentos todos o la mayoría de los días? (Marque todo lo que corresponda)

Leche ¿Qué tipo? _____

Gaseosa u otras bebidas endulzadas

Cereales integrales

Refrigerios dulces o salados

Frutas y vegetales

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

- Jugo o leche crudos (no pasteurizados)
- Queso suave (feta, Camembert, Brie, queso blanco, queso fresco, Panela)
- Carne, pescado, ave o huevos crudos o poco cocidos (término medio)
- Brotes crudos

- Paté o pastas de carne refrigerados o frutos de mar ahumados refrigerados
- Perros calientes, embutidos, y otros fiambres **no recalentados a temperaturas altas**
- Pescado de Michigan
- Ninguna se aplica

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

- Sigue una dieta vegetariana estricta
- Sigue una dieta de bajas calorías/ para perder peso
- Tuvo una cirugía bariátrica
- Sigue una dieta baja en carbohidratos y alta en proteínas (como Atkins, etc.)
- Come poca comida debido a una cirugía de estómago para perder peso
- PICA

- Toma un suplemento de vitaminas o minerales diariamente

¿De qué tipo? _____

- Toma un suplemento de yodo diariamente
- Usa un suplemento de té o hierbas diariamente

¿De qué tipo? _____

- Toma un suplemento de fluoruro
- Ninguna se aplica

11. ¿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 no excluirá de la participación, no negará beneficios, ni discriminará a ningún individuo debido a su raza, sexo, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, identificación o expresión de género, orientación sexual, consideraciones partidarias, o una incapacidad o información genética no relacionada con la elegibilidad de la persona.

Autoridad: Ley 368 PA 1978

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.