

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? <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: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativa de Alaska</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Blanca</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asiática</td> <td><input type="checkbox"/> Europea</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense</td> <td><input type="checkbox"/> Africana del Norte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico</td> <td><input type="checkbox"/> Oriente Medio</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Europea	<input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense	<input type="checkbox"/> Africana del Norte	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Oriente Medio
<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanca								
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Europea								
<input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense	<input type="checkbox"/> Africana del Norte								
<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico	<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 _____
¿Cuál era su peso en el momento en que quedó embarazada de este bebé? _____ libras	
1. Número de embarazos (incluyendo este embarazo) _____	1a. Número de bebés vivos (sin incluir este embarazo) _____
¿Cuántas veces estuvo embarazada durante 20 semanas o más antes de este embarazo? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Cantidad de embarazos _____ <input type="checkbox"/> Se desconoce	
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?	
<input type="checkbox"/> Primer mes <input type="checkbox"/> Segundo mes <input type="checkbox"/> Tercer mes <input type="checkbox"/> Cuarto mes <input type="checkbox"/> Quinto mes	<input type="checkbox"/> Sexto mes <input type="checkbox"/> Séptimo mes <input type="checkbox"/> Octavo o noveno mes <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Sin cuidado médico
3. Para este embarazo, marque todo lo que corresponda.	
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Gestacional <input type="checkbox"/> Espero gemelos o más	<input type="checkbox"/> Restricción de Crecimiento del Feto <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Ninguna se aplica
4. ¿Cuántas veces vio a su proveedor de cuidado médico durante este embarazo? _____	
5. ¿Se le ofreció un análisis de sangre o de HIV? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. Sobre embarazos anteriores , marque todo lo que sucedió:	
<input type="checkbox"/> Historial de GDM (Diabetes Gestacional Mellitus) <input type="checkbox"/> Parto prematuro (< 37 semanas) <input type="checkbox"/> Parto prematuro (37 a < 39 semanas) <input type="checkbox"/> El bebé pesó 5 libras, 8 onzas o menos al nacer <input type="checkbox"/> El bebé falleció luego de 5 meses de embarazo <input type="checkbox"/> Historial de Preeclampsia	<input type="checkbox"/> El bebé nació vivo, pero falleció antes de 1 mes <input type="checkbox"/> Aborto natural <input type="checkbox"/> El bebé nació con defectos congénitos o de otro tipo <input type="checkbox"/> El bebé pesó 9 libras o más al nacer <input type="checkbox"/> Ninguna se aplica

Información Médica

1. **Problemas médicos/ enfermedades recientes:** El personal del WIC le dará un listado de problemas médicos para revisar.
2. **Medicaciones** (prescritas 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? _____
4. ¿En el mes anterior a este embarazo, ¿cuántas veces tomó un multivitamínico?
 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?
 Sí No Se desconoce
6. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿cuántos cigarrillos por día fumó en promedio? (20 cigarrillos = 1 paquete)
 No fumó Fuma, 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 No fuma
 Cantidad de cigarrillos por día (1 - 96) _____ Cantidad de cigarrillos por día (1 - 96) _____
 97 o más cigarrillos por día 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
9. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿cuántas bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licor, vino frío) 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
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 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. ¿Alguna vez amamantó o produjo leche de pecho para alimentar a alguno de sus hijos? Sí No
2. ¿Actualmente amamanta o produce leche de pecho? Sí No
- a. ¿Tiene el bebé menos de un año? ID del bebé _____ Sí No
- b. ¿Actualmente amamanta o produce leche de pecho para más de un niño? Sí No
- i. ¿Del mismo embarazo (múltiples)? ii. ¿De diferentes embarazos?
3. ¿Dió la lactancia materna tanto como deseaba? Sí No
- a. Si no es así, ¿por qué?
- Mi bebé tuvo dificultad con la adherencia o lactancia Me enfermé y tuve que dejar por razones médicas
- Sólo la leche de pecho no satisfizo a mi bebé Regresé al trabajo
- Pensé que mi bebé no estaba ganando suficiente peso Regresé a la escuela
- Mis pezones tenían irritación, fisuras o sangrados o dolían demasiado Falta de apoyo
- Pensaba que no estaba produciendo suficiente leche, o la leche se secaba Mi bebé tuvo una enfermedad o problema médico
- Tenía demasiadas tareas hogareñas adicionales El médico recomendó el uso de suplemento o el destetamiento
- Pensé que era el mejor momento para dejar de dar la lactancia materna Otro _____
4. ¿Qué escuchó sobre la lactancia materna?
5. ¿Cómo piensa alimentar a su bebé?
- Deseo amamantarlo No deseo dar leche de pecho
- Deseo hacer extracción y amamantar No lo sé
- Sólo deseo hacer extracción Otro
- Deseo brindar fórmula y leche de pecho
- ¿Cuál es su meta en relación a la lactancia materna?

6. ¿Está interesada en recibir más información sobre la lactancia materna? Sí No

Evaluación sobre Lactancia Materna

1. ¿Le preocupa poder amamantar debido a problemas médicos o medicaciones: (si marca alguna de estas casillas, brindar orientación anticipada y derivaciones a CLS/CLS/IBCLC)
- Cirugía/ Trauma Mamario Depresión
- Hipotiroidismo HIV (NO preguntar. Sólo controlar si el cliente lo comparte de forma voluntaria)
- Diabetes Sin Preocupaciones
- PCOS (síndrome de ovario poliquístico) Otro _____
- Medicaciones

Historial de Nutrición

1. Número de comidas por día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 o más
2. Número de refrigerios por día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 o más
3. Cantidad de leche por día	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 o más
4. Apetito	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo			
5. Una dieta especial			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
			Si es así, ¿de qué tipo? _____			
6. Comida rápida por semana	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 o más
7. Alergia a comidas			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
			Si es así, ¿de qué tipo? _____			
8. ¿Consume todos los días o la mayoría de los días?						
<input type="checkbox"/> Leche	¿Qué tipo? _____					
<input type="checkbox"/> Gaseosa u otras bebidas endulzadas			<input type="checkbox"/> Cereales integrales			
<input type="checkbox"/> Refrigerios dulces o salados			<input type="checkbox"/> Frutas y vegetales			
9. Marque todas las opciones que correspondan						
<input type="checkbox"/> Jugo o leche no pasteurizada			<input type="checkbox"/> paté/ pastas de carne refrigeradas			
<input type="checkbox"/> Queso suave			<input type="checkbox"/> Perros calientes/ fiambres			
<input type="checkbox"/> Carne, pescado, ave o huevos crudos/ no cocidos			<input type="checkbox"/> Pescado de Michigan			
<input type="checkbox"/> Brotes crudos			<input type="checkbox"/> Ninguna se aplica			
10. Marque todas las opciones que correspondan						
<input type="checkbox"/> Dieta vegetariana			<input type="checkbox"/> Suplemento diario de vitaminas/ minerales/ yodo			
<input type="checkbox"/> Dieta de bajas calorías/ pérdida de peso			¿Qué tipo? _____			
<input type="checkbox"/> dieta baja en carbohidratos, alta en proteínas			<input type="checkbox"/> Remedios/ téis herbales como suplemento			
			¿Qué tipo? _____			
<input type="checkbox"/> Cirugía bariátrica			<input type="checkbox"/> Fluoruro			
<input type="checkbox"/> Trastorno de PICA			<input type="checkbox"/> Ninguna se aplica			
11. ¿Le brindó a esta clienta los servicios del MIHP durante esta visita?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

Notas del Personal

Firma del CPA	Fecha
---------------	-------

The 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.