

PREGUNTAS SOBRE SALUD Y DIETA PARA MUJERES LUEGO DEL PARTO

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 nació exactamente su hijo? Mes/Día/Año _____

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

¿Cuánto peso aumentó durante este embarazo? (Peso al dar a luz)? _____ 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 Número 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 novena 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
 Bajo peso 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 Previos:

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

5. Durante su embarazo más reciente, ¿fue informada por un 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?

- Número de bebés (1 - 7) 8 o más Se desconoce

8. ¿Nació vivo este bebé?

- Nació vivo Nació muerto Se desconoce

Nota para el Personal: La pregunta n° 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** (prescritas o no prescritas)?

- Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

¿Algún efecto colateral? Yes No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

3. ¿Tiene algún **problema oral/dental** que le dificulta 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 por día?

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

- No fuma Fumó, pero desconoce la cantidad
 Cantidad de cigarrillos por día (1 - 96) _____ Se desconoce o rechaza
 97 o más cigarrillos por día

9. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día en promedio 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

10. ¿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 últimos 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. Por favor marque lo que sea cierto sobre sus hábitos con la bebida:
- No bebo Bebí 5 o más bebidas por día 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 todas las que correspondan)
- Consume una sustancia ilegal Consume marihuana de cualquier forma
- Abusa de medicaciones prescritas Ninguna
15. ¿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

Información sobre Lactancia Materna

Cliente NPP

1. ¿Alguna vez amamantó o produjo leche de pecho para alimentar a su bebé más reciente, incluso durante un período de tiempo breve? Sí No
2. ¿Planificó la lactancia materna? Sí No
- a. Si es así, ¿me puede decir que hizo que dejara de dar la lactancia materna?
- Mi bebé tiene dificultad para adherirse o recibir la lactancia Me enfermé o tuve que dejar por cuestiones médicas
- La lactancia materna sola no satisfizo a mi bebé Regresé al trabajo
- Pensé que mi bebé no ganaba suficiente peso Regresé a la escuela
- Tenía los pezones con irritación, fisura o sangrado o dolían demasiado Falta de apoyo
- Pensé que no producía suficiente leche, o que mi leche se secaba Mi bebé tuvo una enfermedad o problema médico
- Tenía muchas otras tareas hogareñas El médico recomendó suplementos o el destetamiento
- Sentí que debía dejar de dar la lactancia materna Otro _____
3. ¿Desea recibir ayuda con la lactancia materna? Sí No

Cliente BE/BP

4. ¿Amamanta o produce leche para más de un niño? Sí No
- Si es así, ¿del mismo embarazo (múltiples)? _____
- Si es así, ¿de diferentes embarazos? _____
5. ¿Cuál es su meta con la lactancia materna?
- _____
- _____

Evaluación sobre Lactancia Materna

1. ¿Le preocupa poder dar la lactancia materna debido a algún problema médico o medicación?: (si marca alguna de estas casillas, brindar orientación y derivación anticipatoria a CLS/CLS/IBCLC)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía Mamaria/Trauma | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> VIH (NO preguntar. Sólo controlado si es compartido de forma voluntaria por el cliente) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sin preocupaciones |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicaciones | |

2. Dígame cómo avanza la lactancia materna.

Historial de Nutrición

1. ¿Cuántas **comidas** hace la mayoría de los días?
- 0 1 2 3 4 5 o más
2. ¿Cuántos **refrigerios** bebe la mayoría de los días?
- 0 1 2 3 4 5 o más
3. ¿Cúantas veces **bebe leche o come yogurt o queso** por día?
- 0 1 2 3 4 5 o más
4. Es su **apetito** normalmente:
- Bueno Regular Malo
5. ¿Está haciendo una **dieta especial** (prescripta por su médico)?
- Sí No
- Si es así, ¿de qué tipo? _____
6. ¿Cuántas veces por semana consume **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)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leche ¿De qué tipo? _____ | <input type="checkbox"/> Cereales integrales |
| <input type="checkbox"/> Gaseosa u otras bebidas endulzadas | <input type="checkbox"/> Frutas y vegetales |
| <input type="checkbox"/> Refrigerios dulces o salados | |
9. ¿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 |

10. ¿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"/> PICA | <input type="checkbox"/> Toma un suplemento de fluoruro |
| | <input type="checkbox"/> 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.