Cuestionario de Alimentación Prenatal

Su nombre: _____ Fecha de nacimiento: __ / __ / ____ Fecha de hoy: __ / __ / ____

1. Por favor marque todos los siguientes que tenga que le funcionen: ☐ Estufa ☐ Horno ☐ Microondas ☐ Refrigerador
2. ¿Cuántas veces al día come? Comidas ____ Meriendas ____
3. ¿Hay algunas comidas o bebidas que usted no puede comer or que no come? ☐ No ☐ Sí, por favor escriba _____
4. ¿Hay algunas comidas o bebidas piensa que no las come lo suficiente? ☐ No ☐ Sí, por favor escriba _____
5. ¿Qué es que no normalmente bebe? (Por favor marque todos los que apliquen) ☐ Leche ☐ Agua ☐ Jugo/Bebidas de Juga
   ☐ Gatorade/Bebidas ☐ Vino/Cerveza/Bebidas alcohólicas ☐ Café/Té ☐ Té de Hierbas ☐ Chocolate Caliente
   ☐ Soda/Kool-Aid ☐ Soda de Deita ☐ Otro: _____
6. ¿Qué tan seguido bebe leche? ☐ Varias veces al día ☐ Una vez al día ☐ Menos de una vez al día ☐ No bebo leche
   ¿Qué clase de leche bebe usualmente? ☐ Vaca (☐ Entera (Vitamina D) ☐ Reducida/Baja en grasa (2%, 1% o 1/2%) ☐ Descremada)
   ☐ Sin Lactosa ☐ Evaporada ☐ Condensada ☐ Soya ☐ Arroz ☐ Cabra ☐ Cruda (Vaca o Cabra)
   ☐ Otro: _____
7. ¿Cuántas veces come frutas y verduras durante un día normal?____ ☐ No como frutas o verduras
   ¿Cuáles frutas y/o verduras (no jugo) usted come usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen) ☐ Plátanos ☐ Uvas
   ☐ Manzana/Puré de Manzana ☐ Naranjas ☐ Peras ☐ Zanahorias ☐ Ejotes ☐ Papas ☐ Papas Francesas
   ☐ Maiz ☐ Los Brotes ☐ Tomate ☐ Otro: _____
8. ¿Cuántas veces come comidas con proteína durante un día normal? ____ ☐ No como comidas con proteína
9. ¿Qué comidas con proteína come usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen) ☐ Res/Búfalo ☐ Pollo/Pavo ☐ Pescado/Mariscos
   ☐ Puerco/Cordero ☐ Salchichas/Carne de Almuerzo ☐ Meat Spreads/Pâté ☐ Frijoles secos/enlatados ☐ Huevos ☐ Tofu
   ☐ Yogurt ☐ Queso Suave (Feta, Brie, Blue-Veined, Queso Fresco) ☐ Queso Duro (Americano, Cheddar, Suizo...)
   ☐ Otro: _____
10. ¿Usted a veces come cosas que no son comida como cenizas, tiza, barro, tierra, grandes cantidades de hielo, o almidón (de lavandería o maicena?
    ☐ No ☐ Sí
11. ¿Usted esta en dieta especial? ☐ No ☐ Sí, por favor describa _____
12. ¿Cuánto peso cree que debe aumentar con este embarazo? ____ libras
13. ¿Ha mirado a un doctor para este embarazo? ☐ No ☐ Sí, feche de la primera vista? __ / __ / ____ # de visitas___
14. ¿Esta usted esperando gemelos, triples, etc? ☐ No ☐ Sí
15. ¿Esta teniendo algún problema/complicación con este embarazo? ☐ Acidez estomacal ☐ Nausea y vomito ☐ Diabetes gestacional
    ☐ Atla presión ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☐ Perdida de peso ☐ Otro, por favor describa _____
16. ¿Usted tiene algún problema médico/salud/dental? ☐ No ☐ Sí, por favor escriba _____
    ¿Fue este problema diagnosticado por un doctor/dentista? ☐ No ☐ Sí
17. Por favor marque y describa todos los siguientes que usted toma. **(Toda la información dada al programa de WIC es confidencial.)**
    ☐ Medicamento sin receta (laxativo, para dolor, etc.) _____
    ☐ Medicamento recetado _____
    ☐ Vitaminas y/o suplemento de minerales _____
    ☐ Hierbas/Suplemento de Heirbas (Eshinacea, Jengibre, etc.) _____
    ☐ Tobaco ☐ Drogas callejeras (Marihuana, cocaína, metanfetamina, etc.) ☐ Otra: _____
18. ¿Ha tenido un examen de plomo en la sangre? ☐ No ☐ Inseguro ☐ Sí, ¿Dónde? _____
19. No incluyendo esta vez, ¿Cuántas veces ha estado embarazada? ____ **(Si este es su primer embarazo pare aquí)**
    ¿Cuándo termino su último embarazo? __ / __ / ____
    ¿Esta ahora amamantado a un bebé/niño/a? ☐ No ☐ Sí
    Por favor marque cualquier de los siguientes que sea cierto de sus embarazos anteriores.
    ☐ Mi bebé nació mas de 3 semanas antes
    ☐ Mi bebé nació pesando 9 libras o mas
    ☐ Mi doctor me dijo que tenia diabetes gestacional
    ☐ Mi bebé nació pesando menos de 5 libras 9 onzas
    ☐ Mi bebé nació con un defecto de nacimiento
    ☐ No tuve complicaciones
    ☐ Otra, por favor escriba _____