Formulario para el Auto-Reporte Sobre la Nutrición y la Actividad: Mujer Amamantando o Posparto

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre usted.

Nombre: _____Fecha en que dio a luz: _____

Peso antes del embarazo: _____ (101, 111) **Aumento de peso durante del embarazo**_____ (133)

de semanas de su embarazo al dar a luz: _____ Peso de su bebé _____ Gemelos_____ (335)

Información Médica:

1. ¿Tiene usted problemas médicos hoy? Resfrío Anemia (201) Se le hizo cesárea (359, 337) Estreñimiento Diarrea Otros: _____

2. ¿Que toma usted? (marque todo lo aplica) ☐ Vitaminas ☐ Hierro

   Suplementos/Hierbas (favor de nombrar):_____ (357, 427.1)

   Medicinas (favor de nombrar): _____ (357)

3. ¿Tiene alergia a algún alimento? Sí (353) No
   Si contesto si, escriba el nombre del alimento: _____

4. ¿Ha entrevistado al doctor desde que dio a luz? Sí No Entrevista seis semanas después del parto

   Si contesto que si, escriba el nombre de su doctor: _____

5. ¿Está interesada en saber más sobre las opciones de anticonceptivos? Sí No

6. ¿Cuándo fue la última vez que entrevisto un dentista? Los últimos 6 meses Durante el último año No lo recuerdo (381)

7. En sus embarazos anteriores, ¿Padeció usted de algunas de las siguientes enfermedades? (Marque lo que aplica):

   Diabetes gestacional (303) Alta presión arterial/Hipertensión inducida por el embarazo (345)
   Preclampsia (304) Bebé nació bajo de peso (312) Bebé nació prematuro (311) Otro: _____ (321)

8. ¿Cuántas bebidas con alcohol se toma en una semana? (372)

   Ninguna 1-2 por semana 3-4 por semana 5+ por semana

9. ¿Cuántos cigarrillos fuma? Ninguno En ocasiones especiales 1-2 cigarrillos por día (371)

   ½ paquete por día 1 paquete por día Estoy tratando de dejar de fumar (904) Otro: _____

Historia familiar: ¿Alguno/s de sus familiares tiene las siguientes enfermedades?:

Enfermedad	Circule los familiares con la enfermedad						
Diabetes	Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Tía	Tío	Nadie/No lo sé
Corazón o ataque al corazón	Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Tía	Tío	Nadie/No lo sé
Alta presión de la sangre_____	Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Tía	Tío	Nadie/No lo sé
Obesidad	Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Tía	Tío	Nadie/No lo sé
Embolia	Madre	Padre	Abuelo	Abuela	Tía	Tío	Nadie/No lo sé

Favor de marcar con un circulo las respuestas a las siguientes preguntas:

1. Opciones alimenticias - ¿Cuántas **veces al día** come usted?: (427.2, .4, & .5)
   a. ¿Verduras (no incluya papas fritas)? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
   b. ¿Fruta? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
   c. ¿Come comida frita? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
   d. ¿Come dulces y/o bocadillos salados? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
   e. ¿Toma agua? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
   f. ¿Toma jugo? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
   g. ¿Toma sodas o bebidas de jugo azucaradas? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
   h. Circule el tipo de leche que usted toma más frecuentemente:

Entera 2% 1% Sin grasa/Descremada De soya Otros tipos de leche (chocolate, etc.)
Rara la vez que tomo leche Nunca tomo leche (355) Otro

2. Manera de comer - ¿cuántos días **a la semana**?:
   a. ¿Desayuna? 0-1 día 2-3 días 4-5 días 6-7 días
   b. ¿Se sienta a comer con la familia? 0-1 día 2-3 días 4-5 días 6-7 días
   c. ¿Come alimentos de un restaurante de comida rápida? 0-1 día 2-3 días 4-5 días 6-7 días
   d. ¿Come comidas o meriendas frente a la TV? 0-1 día 2-3 días 4-5 días 6-7 días
   e. ¿Come mariscos (menos trucha o pez gato? (427.5) 0-1 día 2-3 días 4-5 días 6-7 días
3. Hábitos nutritivos
   a. ¿Cómo describiría usted sus hábitos nutritivos? OK Difícil Como mucho Como poco No me gusta probar nada nuevo
4. Actividades y programa
   a. ¿Cuántas **veces a la semana** participa en actividades como caminatas, bailes, jardinear u otra clase de ejercicio?
      0-1 días 2-3 días 4-5 días 6-7 días
   b. ¿Cuando usted participa en una actividad, ¿por cuánto tiempo la hace cada vez que la hace?
      10-20 minutos 20-30 minutos 30-60 minutos 60 + minutos

   ¿Cuántas **horas por día?:**
   a. ¿Ve TV? Menos de 1 hora al día 1-2 horas 3-4 hora 5 o más horas
   b. ¿Usa la computadora y juega juegos de video? Menos de 1 hora al día 1-2 horas 3-4 horas 5 o más horas
5. Alimentando a su bebé
   a. ¿Cómo alimenta a su bebé? (Marque todo lo que aplica) Estoy amamantando Formula
   b. ¿Hay algo que le preocupa sobre el alimento de su bebé? Sí No

   Si usted está amamantando, favor de contestar las siguientes preguntas:
   c. ¿Se siente cómoda amamantando a su bebé? Sí No
   d. ¿Piensa que su bebé mama lo suficiente? Sí No (601, 602)
   e. ¿Está planeando regresar al trabajo y continuar amamantando? Sí No
   f. ¿Por cuánto tiempo planea amamantar a su bebé? _____
6. Preocupaciones: ¿Está preocupada sobre su peso? (101, 111) Sí No
   ¿Está preocupada acerca de sus hábitos alimenticios? Sí No
   ¿Está preocupada por su nivel de actividad? Sí No
   ¿Le preocupa el peso o los hábitos alimenticios de cualquiera de sus niños? Sí No
   ¿Hay algo que le preocupa que quiera discutir hoy? Sí No
   ¿Se le acaba con frecuencia el dinero o las estampillas para comprar comida? Sí No Algunas veces
   Favor de escribir otras preocupaciones que tenga aquí: _____
   _____

DETÉNGASE AQUÍ. Muchas gracias por contestar estas preguntas. Favor de regresar el formulario completo a la empleada (o empleado) de WIC.