

Formulario para el Auto-Reporte Sobre la Nutrición y la Actividad: Mujer Embarazada

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre usted.

Nombre: _____

Semanas de embarazo: _____ **Peso antes del embarazo:** _____ (131, 133)

Información Médica:

1. ¿Tiene usted problemas médicos hoy? Resfrío Náuseas/Vómitos (301) Acidez estomacal
 Anemia (201) Estreñimiento Calambres en las piernas Otros: _____ (302,341-349, 351,352, 354, 356, 358, 360)
2. ¿Sigue usted una dieta especial? Sí No
Si contesto que sí, ¿qué tipo de dieta es? _____ (427, 362)
3. ¿Qué toma usted? (marque lo que aplica) Vitaminas Hierro Suplementos/Hierbas Medicinas
Suplementos/Hierbas (nombre lo suplementos): _____ (427)
(nombre las medicinas): _____
4. ¿Tiene alergias a algún alimento? (353, 355) Sí No
Si contesto que sí, favor de nombrar el alimento: _____
5. ¿Ha ido a ver al doctor con este embarazo? (334) Sí No
Si contesto que sí, favor de nombrar su doctor: _____
¿En qué mes empezó su cuidado prenatal? _____
6. ¿Cuánto tiempo hace que vio un dentista? Los últimos 6 meses Durante el último año No recuerdo (381)
7. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ ¿Cuántos nacimientos vivos? _____ (331-333, 321,427)
Si usted estuvo embarazada anteriormente, ¿tuvieron usted o el bebé algunas de las enfermedades siguientes?
(Favor de marque lo que aplique):
 Diabetes gestacional (302-303) Alta presión arterial/Hipertensión inducida por el embarazo (345)
 Preclampsia (304) Fue encamada Bebé bajo de peso (312) Bebé prematuro (311) Otro:

8. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en una semana? (372)
Ninguna 1-2 por semana 3-4 por semana 5+ por semana
9. ¿Cuántos cigarrillos fuma? (371) Ninguno En ocasiones especiales 1-2 cigarrillos por día
½ paquete por día 1 paquete por día Estoy tratando de dejar de fumar Otro: _____
10. ¿Cuánto peso piensa aumentar en este embarazo? _____ (131, 133)
11. ¿Cómo va a alimentar a su bebé? (Circule lo que aplique) Amamantar Formula No estoy segura

Circule por favor sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. Elección de Alimentos - ¿Cuántas veces al día come usted?:
 - a. ¿Verduras (no 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
(tales como tortillitas, dulces, galletas).
 - 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 WIC al 100 %? 0-1 veces al día 2-3 veces al día 4-5 veces al día 6-7 veces al día
 - g. ¿Bebe sodas o bebidas 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 vez tomo leche Nunca tomo leche Otra

2. Manera de Comer - ¿cuántos días **a la semana** usted:

- | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| 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 la televisión? | 0-1 día | 2-3 días | 4-5 días | 6-7 días |
| e. ¿Come mariscos (sin contar trucha o pescado gato)? | 0-1 días | 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
 Hábitos que ha cambiado desde que se embarazó: _____
- b. ¿Alguna vez ha comido algo de lo siguiente? (Circule lo aplica) (427.5)
 Leche bronca Coles de soya, de alfalfa, etc. Quesos importados (Camembert, Brie, con venas azules o queso estilo mexicano) Carnes frías Hot Dog fríos Pescado crudo o mariscos Jugo sin pasteurizar de fruta o verduras
- c. ¿Qué otras cosas, que no sean comida, come usted? (Circule todo lo que aplica) (427) Hielo Tierra Barro Colillas de cigarro Cascaritas de pintura Almidón de lavar Almidón de maíz Otras cosas: _____

4. Actividades y Horario

- 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 horas 5 o más horas
- b. ¿Usa la computadora y juega juegos en video? Menos de 1 hora al día 1-2 horas 3-4 horas 5 o más horas

5. Preocupaciones:

- ¿Está usted preocupada sobre su aumento de peso? (101, 111) Sí No
- ¿Siente que usted? No sube de peso lo suficiente Sube lo adecuado Está subiendo mucho de peso
- ¿Se preocupa usted sobre sus hábitos en comer? Sí No
- ¿Está usted preocupada sobre su nivel de actividad? Sí No
- ¿Se le acaba seguido el dinero o las estampillas para comprar comida? Sí No A veces
- ¿Tiene otras preocupaciones que le gustaría discutir hoy? Sí No
- Favor de escribir las otras preocupaciones aquí: _____

DETÉNGASE AQUÍ. Muchas gracias por contestar estas preguntas. Por favor regrese el formulario completo a la empleada (O empleado) de WIC.