

## Cuestionario de Alimentación Para Después del Parto

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 o que no come?  No     Sí, por favor escriba \_\_\_\_\_
4. ¿Hay algunas comidas que usted piensa que no las come lo suficiente?  No     Sí, por favor escriba \_\_\_\_\_
5. ¿Qué es lo que normalmente toma? (Por favor marque todos los que apliquen.)     Leche     Agua     Jugo/Bebidas de Jugo  
 Gatorade/Bebidas Deportivas     Vino/Cerveza/Bebidas alcohólicas     Café/Té     Té de Hierbas     Chocolate Caliente  
 Soda/Kool-Aid     Soda de Dieta     Otro: \_\_\_\_\_
6. ¿Qué tan seguido toma leche?     Varias veces al día     Una vez al día     Menos de una vez al día     No tomo leche  
¿Qué clase de leche toma usualmente?     Vaca (\_\_\_\_ Entera (Vitamina D) \_\_\_\_\_ Reducida/Baja en grasa (2%, 1% o ½%)    \_\_\_\_ 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  
 Maíz     Los Brotes     Tomate     Otro: \_\_\_\_\_
8. ¿Qué comidas con proteína usted 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, y Queso Fresco)  Queso Duro (Americano, Cheddar, Suizo...)  
 Otro \_\_\_\_\_  
¿Cuántas veces come comidas con proteína durante un día normal? \_\_\_\_\_
9. ¿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
10. ¿Usted esta en una dieta especial?  No     Sí, Por favor describa \_\_\_\_\_
11. ¿Usted tiene algún problema médico/salud/dental?     No     Sí, por favor escriba \_\_\_\_\_  
¿Fue este problema diagnosticado por un doctor/dentista?     No     Sí
12. 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 Hierbas (Echinacea, Jengibre, etc.) \_\_\_\_\_  
 Tabaco     Drogas callejeras (Marihuana, cocaína, metanfetamina, etc.)     Otro: \_\_\_\_\_
13. ¿Ha tenido un examen de plomo de la sangre?     No     Inseguro     Sí, ¿Donde? \_\_\_\_\_
14. ¿Cuánto pesaba antes de que este embarazo terminara? \_\_\_\_\_