

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 bebe? (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 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
 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, Por favor describa _____
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? _____
15. 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 menos de 5 libras 9 onzas
 Mi bebé nació pesando 9 libras o mas Mi bebé nació con un defecto de nacimiento
 Mi doctor me dijo que tenía diabetes gestacional Mi doctor me dijo que tenia un embarazo con Hipertensión Inducida
 Tuve una Cesarea Tuve mas de un bebé (gemelos, triples, etc.)
 No tuve complicaciones Otro, por favor escriba _____
16. No incluyendo esta vez, ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____
¿Cuándo termino su ultimo embarazo (no este)? ___/___/___ Este fue mi primer embarazo
17. ¿Ha amamantado a su bebe en cualquier momento desde que nacio? Sí, todavía amamanto Sí, pero ya no No
(Si no está amamantado pare aquí) 
18. ¿Qué piensa acerca de la lactancia? _____
19. ¿Esta experimentando alguna de las siguientes situaciones? (Marque todos los que apliquen.)
 El bebé siempre se mira que tiene hambre No tengo suficiente leche El bebé rechaza el pecho, se hace para atrás
 Pezones adoloridos Senos adoloridos Congestión o llenos, senos duros Otro _____