

Cuestionario sobre nutrición para mujeres después del parto

| | |
|---------------|-------------|
| Nombre: _____ | Edad: _____ |
|---------------|-------------|

Por favor, encierre en un círculo o escriba sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. Mencione algo que usted hace para estar sana. _____
2. ¿Sobre qué le gustaría hablar hoy? _____

Hábitos alimenticios

3. ¿Cómo se siente acerca de la manera en que come ahora? *Bien* *Más o menos* *No tan bien* *Otro* _____
4. ¿Cuántas comidas come usted al día? _____ ¿Cuántos bocadillos come? _____
5. ¿Cuántas veces a la **semana** come fuera de casa o pide comida para llevar? 0 1 2 3 4 5 6 7 *Más*

Bebidas y alimentos

6. ¿Qué bebe usted la **mayoría de los días**? *Agua* *Leche* *Jugo* *Refrescos* *Café* *Té* *Agua fresca*
Bebidas de fruta *Kool-Aid o ponche* *Bebidas dietéticas* *Bebidas energéticas* *Bebidas deportivas* *Leche de soya*
Vino *Cerveza* *Alcohol* *Otro* _____
7. ¿Qué come usted la **mayoría de los días**? *Pan de trigo integral* *Tortillas de maíz* *Tortillas de trigo integral*
Arroz integral *Cereal frío o caliente* *Pan blanco* *Tortillas de harina* *Arroz blanco* *Pasta/fideos* *Galletas*
Verduras (¿cuáles?) _____ ¿Cuántas consume al día? _____
Frutas (¿cuáles?) _____ ¿Cuántas consume al día? _____
Res *Puerco* *Pollo* *Pavo* *Pescado* *Huevo* *Frijoles* *Crema de cacahuete* *Nueces* *Tofu*
Leche descremada *Leche baja en grasa* *Leche entera* *Leche de sabor* *Queso* *Yogurt* *Requesón*
Papas a la francesa *Papas fritas* *Salchichas* *Carnes frías* *Nuggets* *Postres/dulces* *Otro* _____
8. ¿Sigue una dieta especial? *No* *Sí (explique)* _____
9. ¿Limita o evita consumir algún alimento? *No* *Sí (explique)* _____

Preguntas adicionales

10. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? *Diabetes (azúcar alta en la sangre)* *Alta presión de la sangre*
Anemia (hierro bajo en la sangre) *Problemas de salud mental* *Depresión* *Otra* _____ *Ninguna*
11. ¿Cómo se siente acerca de su peso? *Quiero perder peso* *Bien* *Quiero subir de peso*
12. ¿Cuál de los siguientes productos consume? *Vitaminas prenatales* *Multivitaminas con ácido fólico*
Otras vitaminas/minerales *Pastillas de hierro* *Laxantes* *Hierbas aromáticas* *Medicamentos de venta sin receta*
Medicamentos de venta con receta *Remedios caseros* *Otro* _____ *Ninguno*
13. ¿Cómo se ha sentido? *No me interesa hacer nada* *Triste* *Deprimida* *Sin esperanza* *Sin energía*
Feliz *Más o menos* *Sola* *Agobiada* *Estresada* *Ansiosa* *Enojada* *De otra manera* _____
14. ¿Qué actividades físicas hace? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
15. Si está dando pecho, ¿cómo le va? _____
16. ¿Qué apoyo necesitará para seguir dando pecho si regresa a trabajar o a estudiar? *sacaleches* *otro* _____
17. ¿Planea tener más hijos? *No* *No estoy segura* *Sí (¿cuándo?)* _____
18. ¿Cómo planea llevar su control de la natalidad? _____
19. ¿Cuándo es su próxima cita con el médico? _____ ¿Cuándo fue su última cita con el dentista? _____
20. ¿Alguna vez se ha quedado sin comida? *No* *Sí (¿qué hace en ese caso?)* _____
21. ¿Qué preguntas o preocupaciones tiene acerca de comprar alimentos de WIC? _____

| | | |
|---------------------------|----------------|-----------------------------|
| STAFF USE ONLY | Date: _____ | Staff Name: _____ |
| | WIC ID#: _____ | Height: _____ Weight: _____ |

