

# Cuestionario de Alimentación Prenatal

Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

- Por favor marque todos los siguientes que tenga que le funcionen.  Estufa  Horno  Microondas  Refrigerador
- ¿Cuántas veces al día come? Comidas \_\_\_\_\_ Meriendas \_\_\_\_\_
- ¿Hay algunas comidas o bebidas que usted no puede comer o que no come?  No  Sí, por favor escriba \_\_\_\_\_
- ¿Hay algunas comidas que usted piensa que no las come lo suficiente?  No  Sí, por favor escriba \_\_\_\_\_
- ¿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: \_\_\_\_\_
- ¿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 ½%) \_\_\_Descremada)  
 Sin Lactosa  Evaporada  Condensada  Soya  Arroz  Cabra  
 Cruda (Vaca o Cabra)  Otro: \_\_\_\_\_
- ¿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: \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas veces come comidas con proteína durante un día normal? \_\_\_\_\_  No como comidas con proteína
- ¿Qué comidas con proteína come usualmente? (Por favor maque 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 \_\_\_\_\_
- ¿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
- ¿Usted esta en una dieta especial?  No  Sí, Por favor describa \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto peso cree que debe aumentar con este embarazo? \_\_\_\_\_ Libras
- ¿Ha mirado a un doctor para este embarazo?  No  Sí, fecha de la primera visita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ # de visitas \_\_\_\_\_
- ¿Esta usted esperando gemelos, triples, etc.?  No  Sí
- ¿Esta teniendo algún problema/complicación con este embarazo?  Acidez estomacal  Nausea y vomito  Diabetes gestacional  
 Alta presión  Estreñimiento  Diarrea  Perdida de peso  Otro, por favor describa \_\_\_\_\_
- ¿Usted tiene algún problema médico/salud/dental?  No  Sí por favor escriba \_\_\_\_\_  
¿Fue este problema diagnosticado por un doctor/dentista?  No  Sí
- 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: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido un examen de plomo en la sangre?  No  Inseguro  Sí, ¿Donde? \_\_\_\_\_
- No incluyendo esta vez, ¿Cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_ **(Si este es su primer embarazo pare aquí)** 
  - ¿Cuándo termino su último embarazo? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_
  - ¿Esta ahora amamantando a un bebé/niño/a?  No  Sí
  - 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 tenia diabetes gestacional  No tuve complicaciones  
 Otro, por favor escriba \_\_\_\_\_