

Location of CPA	HT	WT	BMI	HGB
-----------------	----	----	-----	-----

**Departamento de Salud de Ohio • Sección de Servicios de Nutrición**  
**Historial de Salud de WIC para Mujeres Lactando/Amamantando y en Postparto**

Nombre		Fecha	Edad (39, 40)
Fecha en que este embarazo terminó	¿Cuál era su fecha de dar a luz o parto? (49)	Peso cuando se fue de parto	Peso antes de quedar embarazada (11)
Marque <input type="checkbox"/> nacimiento vivo _____ libras _____ onzas <input type="checkbox"/> parto muerto <input type="checkbox"/> malparto <input type="checkbox"/> aborto <input type="checkbox"/> muerte de infante (22, 45, 49)			
Número de embarazos en el pasado (39)	¿Cuántos embarazos terminaron en el nacimiento de un infante vivo? (42)	Fecha en que su embarazo anterior terminó (43)	
Médico o clínica prenatal	Fecha de la última visita médica		

Si esta amamantando, llene la **sección número 1** y **2**. Si **no** está amamantando, llene la **sección 2**.

**Sección 1**

Mi bebé amamanta Cada _____ horas o _____ veces al día y _____ veces en la noche    ¿Cuántas veces en cada lado? _____ (70)
Si le dá la botella a su bebé ¿Que hay en la botella? _____    ¿Cuán a menudo? _____
Tiene problemas con <input type="checkbox"/> Circulación de la leche materna <input type="checkbox"/> Senos calientes y duros <input type="checkbox"/> Bebé al prenderse del pezón (latch) <input type="checkbox"/> Senos dolorosos <input type="checkbox"/> Pezones dolorosos <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Ningún problema (74)
¿Por cuánto tiempo quiere amamantar a su bebé?
¿Piensa volver a trabajar o a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> No
¿Qué tipo de apoyo para amamantar recibe en su casa?
¿Le gustaría recibir mas ayuda para lactar/amamantar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Sección 2**

¿Amamantó o lactó su niño alguna vez? <input type="checkbox"/> Sigue amamantando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Porqué dejó de amamantar? _____    ¿Que edad tenía el bebé cuando dejó de amamantar? _____
¿Tuvo una cesárea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (93)
Liste cualquier problema que ha tenido. Con este embarazo _____ Con embarazos pasados _____ <input type="checkbox"/> Ninguno (44)
Marque cualquier problema de salud que tenga en estos momentos. <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Intolerancia de lactosa <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno (91, 93, 94)
Liste cualquier medicina que toma. (93)

¿Ha examinado su doctor el nivel de plomo en su sangre? <input type="checkbox"/> Sí    Resultados _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	(21)
¿Ha tenido un bebé que pesó 9 libras o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(22, 49)
¿Ha tenido un bebé que nació tres o más semanas antes de tiempo? <input type="checkbox"/> Sí    ¿Cuántas semanas antes? _____ <input type="checkbox"/> No	(49)
¿Nació su bebé con algún problema de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, explique. _____	(23)
Marque todos los suplementos que consume. <input type="checkbox"/> Vitaminas prenatales/Vitaminas <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> Hierbas <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno	(30)
¿Está en una dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí, decisión suya <input type="checkbox"/> Sí, decisión del médico <input type="checkbox"/> No	(30, 35, 91, 93)
Liste sus alergias a alimentos _____ <input type="checkbox"/> Ninguno	(93)
Marque cualquiera de estas cosas que <b>come</b> o <b>anhela comer</b> . <input type="checkbox"/> Cascaras de pintura <input type="checkbox"/> Hielo <input type="checkbox"/> Papel con tinta <input type="checkbox"/> Tierra o barro <input type="checkbox"/> Almidón <input type="checkbox"/> Borra o molinillo de café <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno	(30)
Marque lo que aplique. <input type="checkbox"/> Otra persona compra los alimentos en mi casa. <input type="checkbox"/> Yo compré los alimentos. <input type="checkbox"/> Yo usualmente no como en casa. <input type="checkbox"/> Otra persona cocina en mi casa. <input type="checkbox"/> Yo usualmente cocino. <input type="checkbox"/> Yo vivo en un refugio (shelter), motel, o sitio temporero. <input type="checkbox"/> Tengo una estufa o microonda y refrigerador que trabaja en mi casa. <input type="checkbox"/> Me quedo sin dinero o estampillas para comprar alimentos.	(66, 95)
¿Qué piensa de sus hábitos de comer?	
Nombre una o dos cosas que hace como actividad física o ejercicio.	
¿Cuántos cigarillos, pipas, cigarros fuma o fumaba? Ahora _____ al día    _____ en semana <input type="checkbox"/> ninguno Los últimos tres meses de este embarazo _____ al día    _____ en semana <input type="checkbox"/> ninguno Tres meses antes de este embarazo _____ al día    _____ en semana <input type="checkbox"/> ninguno	(46)
Si alguien en su casa fuma, donde fuman? <input type="checkbox"/> Adentro <input type="checkbox"/> Afuera <input type="checkbox"/> En el carro <input type="checkbox"/> Nadie fuma	(46)
Marque todas las bebidas alcoholicas que toma. <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Coolers <input type="checkbox"/> Licor Ahora _____ al día    _____ en semana <input type="checkbox"/> ninguno Los últimos tres meses de este embarazo _____ al día    _____ en semana <input type="checkbox"/> ninguno Tres meses antes de este embarazo _____ al día    _____ en semana <input type="checkbox"/> ninguno	(47, 66)
Marque todas las drogas que usa. <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Crystal meth <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Drogas recetadas (mal uso) <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	(48, 66, 93)
¿Ha sido abusada físicamente, sexualmente o verbalmente en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(67)
¿Tiene preguntas o preocupaciones? _____	