

Departamento de Salud de Ohio • Sección de Servicios de Nutrición
Historial de Salud de WIC para Mujeres Embarazadas

Nombre			Fecha	Edad (39,40)
Fecha de dar parto	Peso antes de quedar embarazada (12,13)	Cantidad de embarazos que ha tenido (39)	Cantidad de nacimientos vivos (45)	Fecha cuando el último embarazo terminó (43)
Médico o clínica prenatal			¿Cuántos meses de embarazada tenía durante su primera visita al doctor para este embarazo? (16)	

Si este no es su primer embarazo, llene la **sección número 1 y 2**. Solamente llene la **sección 2** si este es su primer embarazo.

Sección 1

¿Esta lactando o amamantando en estos momentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (69)
¿Ha lactado o amamantado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿ Si contestó sí, porqué dejó de lactar? _____ ¿Que edad tenía el bebé cuando paró? _____
¿Ha tenido problemas con embarazos en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, liste _____ (44,45)
Marque si ha tenido un bebé que pesó lo siguiente al nacer. <input type="checkbox"/> 5 libras y 8 onzas o menos <input type="checkbox"/> 9 libras o más <input type="checkbox"/> Ninguno (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)
¿Ha tenido un bebé con algún problema de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, explique _____ (23)

Sección 2

Marque cualquier problema(s) que esté teniendo con este embarazo. <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Poco apetito <input type="checkbox"/> Vomitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno (44)
Marque cualquier problema(s) de salud que usted tenga. <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 (44, 91, 93, 94)
¿Ha perdido peso durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuánto? _____ <input type="checkbox"/> No (10)
Liste cualquier medicina que consume. <input type="checkbox"/> Ninguna (93)
Marque todos los suplementos que consume. <input type="checkbox"/> Vitaminas prenatales <input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> Hierbas <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Ácido fólico <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno (30)

¿Ha examinado su doctor el nivel de plomo en su sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Resultados _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe (21)
¿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"/> Ninguna (93)
Marque cualquiera de estas cosas que come o anhela comer. <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"/> Ninguna (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 Cualquier momento durante 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 Cualquier momento durante 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 ha usado durante este embarazo. <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 fisicamente, sexualmente o verbalmente en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (67)
¿Tiene preguntas o preocupaciones? _____