

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? _____ |