

**CUESTIONARIO DE SALUD DE WIC
MUJER AMAMANTANDO/POSTPARTO
WIC HEALTH QUESTIONNAIRE – Breastfeeding/Postpartum Woman**

Fecha: _____

Nombre de la mujer	Fecha de nacimiento	Fecha de parto		
				Marque con un círculo
				Sí o No
				NRFs
1. ¿Cuánto peso subió durante este embarazo? _____ o ¿cuánto peso al dar a luz (alumbramiento)? _____				
2. En los últimos 3 meses de embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba al día? _____ cigarrillos o _____ cajetilla(s) ¿Ahora, cuántos cigarrillos fuma al día? _____ cigarrillos o _____ cajetilla(s) ¿Dejó de fumar después de quedar embarazada? ¿Fumó menos cigarrillos cuando estaba embarazada? ¿Alguien más viviendo en la casa fuma dentro de la casa?.....				Sí Sí No
				No No Sí
3. ¿Tiene o ha tenido algún amigo o familiar con problemas de alcohol o drogas?				No Sí
4. ¿En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿con qué frecuencia bebía cerveza, vino, licores fuertes, o bebidas alcohólicas combinadas? _____Días por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Nunca Cuando lo hacía, ¿cuántas copas tomaba? (Marque uno) 1 2 3 4 5 6 7 8 o más ¿Ahora, con qué frecuencia toma usted cerveza, vino licores fuertes, or cocteles? _____Días por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Nunca ¿Cuándo lo hace, ¿cuántas copas se toma? (Marque uno) 1 2 3 4 5 6 7 8 o más				System Assigned NRFs/ Counsel/ Refer
5. En los últimos 3 meses de su embarazo, ¿usó alguna de las sustancias siguientes?..... Medicina (recetada por el médico) <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Medicinas que se compran en la tienda como aspirinas, para gripa, de dieta, etc. <input type="checkbox"/> Vitaminas/pastillas de minerales (diferentes a las prenatales) <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> Valium <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Otras: _____ Si las usaba, ¿con qué frecuencia? (una vez, diario, semanalmente, mensualmente): _____ ¿Ahora, usa alguna de esas drogas? Si la usa, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuál/cuáles? _____				No No Sí
6. ¿Le han hecho la prueba de plomo en la sangre en los últimos 12 meses? Nivel de plomo en la sangre o resultados del examen (si se conocen): _____				No Sí
7. En este embarazo, ¿usted tuvo a gemelos o trillizos?				No Sí
8. ¿Cómo alimenta a su bebé? Amamantándolo <input type="checkbox"/> Con fórmula <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>				83/84
9. Si está amamantando al bebé, ¿cuántas veces lo hace al día? _____				
10. Si lo está amamantando con fórmula, ¿le dió alguna vez pecho a este bebé? Si su respuesta es "Sí," ¿por cuánto tiempo? _____ ¿Por qué dejó de amamantarlo? _____				Sí No
11. Si lo está amamantando, ¿cómo le va hasta ahora? Bien <input type="checkbox"/> Con algunos problemas <input type="checkbox"/> Si tiene problemas ¿cuáles son?: _____				
12. Si está amamantando al bebé, ¿tiene preguntas o preocupaciones sobre: Con qué frecuencia debe alimentarlo <input type="checkbox"/> Tener leche suficiente <input type="checkbox"/> La leche se le sale de los pechos <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo debe amamantarlo cada vez <input type="checkbox"/> Pezones adoloridos/partidos <input type="checkbox"/> Pechos que están llenos y duelen <input type="checkbox"/> Cómo adocer a otras madres que también amamantan a sus bebés <input type="checkbox"/> Cómo sacarse la leche <input type="checkbox"/> Cómo cuidar sus pezones <input type="checkbox"/> Cómo trabajar/estudiar y amamantar <input type="checkbox"/> Qué hacer si el bebé está durmiendo <input type="checkbox"/> Cómo guardar la leche materna <input type="checkbox"/> Los dientes de leche <input type="checkbox"/> Crece bien el bebé <input type="checkbox"/> El apetito del bebé <input type="checkbox"/> Bebé soñoliento <input type="checkbox"/> Qué hacer cuando el bebé prefiere un pecho <input type="checkbox"/> Qué hacer cuando el bebé no tiene interés en comer <input type="checkbox"/> El bebé que siempre tiene hambre <input type="checkbox"/> Cómo amamantar mellizos o a más de un bebé <input type="checkbox"/> Cuándo darle agua, sólidos, formula <input type="checkbox"/> Otros: _____				No Sí
13. Sus familiares/amigos ¿le apoyan para que amamante a su bebé?				Sí No
14. ¿Planea continuar amamantando al bebé?..... ¿Por cuánto tiempo? _____ Si no, por qué no? _____				Sí No

52/
Counsel/
Refer

15. En este último embarazo, ¿tuvo alguno de los siguientes problemas?..... Diabetes (azúcar en la sangre) por el embarazo <input type="checkbox"/> Un bebé que haya nacido más de tres semanas antes de cumplirse los 9 meses de embarazo <input type="checkbox"/> El bebé pesó menos de 5 lb. 8 oz. al nacer <input type="checkbox"/> Fallecimiento del feto o muerte de infante de menos de un mes de nacido <input type="checkbox"/> Nacimiento de infante con defecto del tubo neural, labio leporino o paladar hendido <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/>	No	Sí	Previous Pregnancy
16. ¿Actualmente tiene algún problema de salud diagnosticado por un médico (como Diabetes, pre-diabetes, hipertensión, prehipertensión, alta, hepatitis, VIH/SIDA, problemas de nutrición o alergia de alimento)? Si contestó sí, descríbalo: _____	No	Sí	Medical Condition
17. ¿Tiene usted algún problema dental como caries graves, pérdida de los dientes, o enfermedades de las encías que esté afectando su alimentación? Si contestó sí, descríbalo: _____	No	Sí	
18. ¿Ha tenido alguna cirugía mayor en los últimos dos meses?.....	No	Sí	
19. ¿Está usted ahora en “foster care”? Si contestó sí, ¿cuándo se mudó a esta casa de transición/“foster care home”? _____	No	Sí	94
20. ¿Sufre de estreñimiento frecuente o tiene problemas cuando defeca?.....	No	Sí	Counsel/ Refer
21. ¿Planea bajar de peso?..... Si contestó sí, ¿cuánto quiere bajar? _____ ¿Cómo espera lograrlo? _____ ¿Cuánto tiempo piensa que le va a llevar? _____	No	Sí	
22. ¿Tiene preguntas o preocupaciones sobre: Cómo empezar a darle al bebé comidas sólidas <input type="checkbox"/> Cuál es una buena dieta después del parto <input type="checkbox"/> El crecimiento del bebé <input type="checkbox"/> Planificación familiar/Control de la natalidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento económico del padre del bebé <input type="checkbox"/> Otras: _____ ¿Quisiera recibir información sobre: Medicaid <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Estampillas de comida <input type="checkbox"/>	No	Sí	
23. ¿Con cuánta frecuencia hace algún tipo de ejercicio, como caminar de 20 a 30 minutos sin parar?..... ¿Qué tipo de ejercicio? _____			
24. ¿Recibe servicios médicos regulares? Nombre del médico/de la clínica: _____	Sí	No	
25. ¿Está recibiendo ahora atención dental?.....	Sí	No	
FOR STAFF USE ONLY			
Is the woman breastfeeding a WIC-eligible infant?.....	No	Yes	61/62

Questionnaire assessed by: _____ (staff)

Notes: