

# CUESTIONARIO DE SALUD DE WIC MUJERES EMBARAZADAS

## WIC HEALTH QUESTIONNAIRE - Pregnant Woman

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la mujer	Fecha de nacimiento	Fecha probable del parto	
		Marque con un círculo	
		Sí	No
		NRFs	
<b>1. ¿Ha estado embarazada antes? (No: pase a la pregunta #2; Sí: conteste lo siguiente):</b> ..... ¿Cuántas veces ha estado embarazada (incluyendo esta vez)? _____ Fecha de su último parto, malparto o aborto: _____ ¿Cuántos niños tiene? _____	No	Sí	System Assigned NRFs
<b>2. Antes de embarazarse esta vez, ¿cuánto pesaba?</b>			
<b>3. ¿Está recibiendo atención prenatal de un médico o en una clínica?</b> ..... ¿En qué mes de su embarazo empezó a recibir atención prenatal? _____ Nombre del médico/Clinica: _____	Sí	No	Refer
<b>4. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba por día?</b> _____ cigarrillos o _____ cajetilla(s) <b>¿Ahora, cuántos cigarrillos fuma al día?</b> _____ cigarrillos o _____ cajetilla(s) ¿Dejó de fumar desde que se embarazó? ..... ¿Alguien más viviendo en la casa fuma dentro de la casa? .....	Sí No	No Sí	ES
<b>5. ¿Tiene o ha tenido algún amigo o familiar con problemas de alcohol o drogas?</b> .....	No	Sí	
<b>6. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿con qué frecuencia bebía cerveza, vino, licores fuertes, o bebidas alcohólicas combinadas?</b> _____ Días por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Nunca Cuando lo hacía, ¿cuántas copas se tomaba? (Marque uno) 1      2      3      4      5      6      7      8 o más ¿Ahora, con qué frecuencia toma cerveza, vino, o bebidas alcohólicas combinadas? _____ Días por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Nunca Cuando lo hace, ¿cuántas copas se toma? (Marque uno) 1      2      3      4      5      6      7      8 o más			System Assigned NRFs/ Counsel/ Refer
<b>7. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿usted usó alguna de las sustancias siguientes?:</b> . 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, diariamente, semanalmente, mensualmente): _____ <b>¿Ahora usa alguna de esas drogas?</b> ..... Si las usa, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuál/cuáles? _____	No	Sí	
<b>8. ¿Le han hecho la prueba de plomo en la sangre en los últimos 12 meses?</b> ..... Nivel de plomo en la sangre o resultados del examen (si se conocen): _____	No	Sí	
<b>9. ¿Ha pensado amamantar a este bebé?</b> ..... Si contestó No, ¿por qué no? _____	Sí	No	
<b>10. ¿Ha amamantado a sus otros hijos?</b> ..... Si lo hizo, ¿por cuánto tiempo? _____ ¿Tuvo problemas? ..... ¿Por qué dejó de hacerlo? _____	Sí No	No Sí	Counsel/ Refer
<b>11. ¿Han revisado si tiene pezones planos o invertidos?</b> .....	Sí	No	
<b>12. ¿En alguno de sus embarazos anteriores, tuvo uno de los siguientes problemas?:</b> ..... 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

<b>13. En este embarazo, ¿le diagnosticó su médico algo de lo siguiente?:</b> ..... Náuseas o vómitos severos (Hyperemesis Gravidarium) <input type="checkbox"/> Pre-diabetes <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar en la sangre) por el embarazo <input type="checkbox"/> Embarazo de gemelos o trillizos <input type="checkbox"/> Hipertensión o pre hipertensión <input type="checkbox"/>	No	Sí	79 80 83
<b>14. ¿Actualmente tiene algún problema de salud diagnosticado por un médico (como diabetes, hipertensión/presión alta, hepatitis, VIH/SIDA, problemas de nutrición o alergia de alimento)?</b> ..... Si contestó sí, describalo: _____	No	Sí	
<b>15. ¿Tiene usted algún problema dental como caries graves, pérdida de los dientes, o enfermedades de las encías que esté afectando su alimentación?</b> ..... Si contestó sí, describalo: _____	No	Sí	Medical Conditions
<b>16. ¿Ha tenido alguna cirugía mayor en los últimos dos meses?</b> .....	No	Sí	
<b>17. Ahora, ¿está amamantando a un bebé o a un niño?</b> .....	No	Sí	66
<b>18. ¿Está usted ahora en “foster care”?</b> ..... Si contestó sí, ¿cuándo se mudó a esta casa de transición/“foster care home”? _____	No	Sí	94
<b>19. ¿Cuánto espera aumentar de peso en este embarazo?</b> _____			
<b>20. ¿Ahora tiene?:</b> Gases <input type="checkbox"/> Acidez estomacal <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/>	No	Sí	
<b>21. ¿Tiene preguntas o preocupaciones acerca de:</b> ..... Cómo amamantar <input type="checkbox"/> Amamantar al bebé y tener una vida normal <input type="checkbox"/> Cómo prepararse para amamantar al bebé <input type="checkbox"/> Cómo tener leche suficiente <input type="checkbox"/> Cómo tener buena leche <input type="checkbox"/> Trabajar/ir a la escuela y amamantar al bebé <input type="checkbox"/> Cómo sacar la leche de sus senos <input type="checkbox"/> El aumento de peso <input type="checkbox"/> Pezones adoloridos o lastimados <input type="checkbox"/> Cómo encontrar un médico para su bebé <input type="checkbox"/> Amamantar en público <input type="checkbox"/> Sostenimiento económico del padre del bebé <input type="checkbox"/> Tomar alcohol mientras está embarazada <input type="checkbox"/> Planificación familiar/control de natalidad <input type="checkbox"/> Fumar mientras está embarazada <input type="checkbox"/> Usar drogas mientras está embarazada <input type="checkbox"/> Otros: _____ ¿Quisiera recibir información sobre: Medicaid <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Estampillas de comida <input type="checkbox"/>	No	Sí	Counsel/ Refer
<b>22. ¿Está recibiendo ahora atención dental?</b> .....	Sí	No	
<b>23. ¿Con cuánta frecuencia hace algún tipo de ejercicio, como caminar de 20 a 30 minutos sin parar?</b> _____ ¿Qué tipo de ejercicio? _____			

Questionnaire assessed by: \_\_\_\_\_ (staff)  
Colorado Department of Public Health and Environment/Nutrition Services  
WIC #418 (rev. 08/10) J:\WICCommon\Health Questionnaires\418 Preg Sp 081310.doc

Notes: