

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA MUJERES QUE AMAMANTAN

Pregunta	Riesgo/objetivo
<p>Le voy a hacer algunas preguntas sobre su salud y nutrición; luego, volveremos sobre aquellos temas que la preocupen o las consultas que desee hacer.</p>	Establecer confianza
<p><i>(Las respuestas a las preguntas 1-3 se encuentran disponibles en la solapa personalizada del bebé)</i></p>	Obtener información solamente
<p>1. ¿Cómo se encuentran usted y su bebé?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto pesó su bebé al nacer? • ¿Su bebé nació prematuro? 	Establecer confianza Peso bajo al nacer (LBW) (este embarazo) grande para su edad gestacional (LGA) (este embarazo), bebé prematuro (este embarazo)
<p>2. ¿Cómo se desarrolla el amamantamiento?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Si tiene alguna preocupación) Cuénteme más detalles. 	Complicaciones con el amamantamiento, amamantamiento de mellizos, trillizos
<p>3. ¿Tuvo usted alguna preocupación de salud o médica en este último embarazo como, por ejemplo, diabetes gestacional?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. 	Diabetes gestacional (este embarazo), fetos múltiples (este embarazo)
<p>4. ¿Cuántas veces estuvo embarazada en los últimos dos años?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez perdió un embarazo? (En caso afirmativo) ¿Cuántos? • ¿Ha tenido algún un embarazo en el cual el bebé nació muerto o sufrió el fallecimiento de un hijo prematuro? 	Dos embarazos/dos años (este embarazo), aborto espontáneo, pérdida del feto o neonato (este embarazo)
<p>5. ¿Tuvo recientemente alguna cirugía como, por ejemplo, una cesárea?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. • ¿Tuvo alguna vez una cirugía que afectó sus hábitos alimentarios actuales? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. • ¿Tuvo recientemente alguna cirugía importante o herida o quemadura grave? 	Cirugía, golpe, quemadura importante reciente, cirugía bariátrica (efectos sobre la alimentación)
<p>6. ¿Tiene algún problema o trastorno de salud no relacionado con el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. 	<Seleccione el(los) riesgo(s) médico(s) correspondiente(s)>
<p>7. ¿Toma algún medicamento?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. 	Interacciones de la medicación con los nutrientes
<p>8. ¿Qué vitaminas u otros suplementos dietarios toma?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué cantidad toma? • ¿Está tomando un suplemento de ácido fólico? 	Suplemento vitamínico/mineral inadecuado, suplementos inadecuados o excesivos

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA MUJERES QUE AMAMANTAN

PREGUNTAS		RIESGO/OBJETIVO		
9.	¿Tiene algún problema en los dientes o en las encías que afecte sus hábitos alimentarios? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Problemas odontológicos graves		
10.	¿Cómo está su apetito? ¿Hay algún alimento que limita o evita por algún motivo, como las alergias a los alimentos? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Dieta muy restrictiva alergia a los alimentos, intolerancia a la lactosa		
11.	¿Come hielo, polvo, arcilla, pedazos de pintura o almidón? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Pica		
A todas las personas les hacemos las siguientes preguntas sobre salud y seguridad.		Transición		
12.	¿Fuma? • (En caso afirmativo) ¿Cuánto?	Tabaquismo en el embarazo		
13.	¿Fuma alguna persona en su casa? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Humo de segunda mano		
14.	¿Cuándo fue la última vez que bebió alcohol? • ¿Cuánto bebe? • ¿Con qué frecuencia?	Consumo de alcohol		
15.	¿Cuándo fue la última vez que consumió drogas? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Consumo de drogas		
16.	¿Se ha sentido triste o deprimida últimamente? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. • (En caso afirmativo) ¿está bajo tratamiento por depresión? (por ejemplo, medicación, apoyo psicológico)	Depresión		
17.	¿Hay alguna persona en su vida que esté lastimándola a usted o a su(s) hijo(s)? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Víctima de abuso (últimos seis meses)		
<p>Nota: Durante la entrevista de riesgo, tenga en cuenta los siguientes riesgos adicionales que no han sido incluidos en las preguntas anteriores:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna en un bebé prioridad 1 • Lactancia materna en un bebé prioridad 2 • Lactancia materna en un bebé prioridad 4 • ≤ 17 años al momento de la concepción (este embarazo) • Defectos de nacimiento relacionados con la alimentación (este embarazo) </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses) • Persona con habilidades limitadas para tener una alimentación adecuada • Persona migrante • Persona sin hogar </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna en un bebé prioridad 1 • Lactancia materna en un bebé prioridad 2 • Lactancia materna en un bebé prioridad 4 • ≤ 17 años al momento de la concepción (este embarazo) • Defectos de nacimiento relacionados con la alimentación (este embarazo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses) • Persona con habilidades limitadas para tener una alimentación adecuada • Persona migrante • Persona sin hogar
<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna en un bebé prioridad 1 • Lactancia materna en un bebé prioridad 2 • Lactancia materna en un bebé prioridad 4 • ≤ 17 años al momento de la concepción (este embarazo) • Defectos de nacimiento relacionados con la alimentación (este embarazo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses) • Persona con habilidades limitadas para tener una alimentación adecuada • Persona migrante • Persona sin hogar 			
<p>Si no se han identificado riesgos, indicar: No cumple con las pautas dietarias</p>				



Esta institución es proveedora de oportunidad igual. Washington WIC no discrimina.

Para personas discapacitadas, este documento está disponible a su pedido en otros formatos. Para hacer su pedido, llame al 1-800-525-0127 (TDD/TTY 1-800-833-6388).

