

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS

PREGUNTAS		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
1.	<p>¿Cómo transcurre su embarazo?</p> <p>En este embarazo, ¿tiene usted</p> <ul style="list-style-type: none"> -náuseas y vómitos? -acidez? -constipación? 	Establecer confianza Náuseas severas/ vómitos
2.	<p>¿Realizó alguna consulta médica por este embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) ¿Cuándo hizo la primera consulta? 	Sin atención prenatal > 13 semanas
3.	<p>(En caso de haber consultado con un médico) ¿Detectó su médico algún problema de salud en su embarazo como, por ejemplo, presión alta, anemia o diabetes gestacional?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. • (En caso negativo) ¿Hay algo que la preocupa en cuanto a su embarazo? 	Diabetes gestacional, crecimiento fetal restringido, hipertensión inducida por el embarazo (PIH, por sus siglas en inglés), amamantamiento durante el embarazo, fetos múltiples
4.	<p>¿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? • ¿Alguna vez tuvo un embarazo en el cual el bebé nació muerto o sufrió el fallecimiento de un hijo prematuro? 	Dos embarazos en dos años, aborto espontáneo, pérdida del feto o neonato (ver historia clínica)
5.	<p>(Si tuvo algún nacimiento con vida) ¿Sufrió el bebé algún problema o trastorno de salud al nacer?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál fue el peso de su(s) bebé(s) al nacer? • ¿Alguno nació prematuro? 	Defectos de nacimiento relacionados con la nutrición (ver historia clínica), grande para su edad gestacional (LGA) (ver historia clínica), peso bajo al nacer (LBW) (ver historia clínica), Prematuro (ver historia clínica)
6.	<p>(Si tuvo algún embarazo anterior) ¿Tuvo diabetes gestacional en sus embarazos anteriores?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. 	Diabetes gestacional (ver historia clínica)
7.	<p>¿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)>

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS

PREGUNTAS		RIESGO/OBJETIVO
8.	<p>¿Tuvo recientemente alguna cirugía importante o herida o quemadura grave?</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. 	<p>Cirugía, golpe, quemadura importante reciente, cirugía bariátrica (efectos sobre la alimentación)</p>
9.	<p>¿Toma algún medicamento?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. 	<p>Interacciones de la medicación con los nutrientes</p>
10.	<p>¿Qué vitaminas u otros suplementos dietarios toma?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué cantidad toma? • ¿Toma alguna vitamina prenatal? • (En caso negativo) ¿Toma algún suplemento de hierro? 	<p>Suplemento vitamínico/mineral inadecuado, suplementos inadecuados o excesivos</p>
11.	<p>¿Tiene algún problema en los dientes o en las encías que afecte sus hábitos alimentarios?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. 	<p>Problemas odontológicos graves</p>
12.	<p>¿Cómo está su apetito? ¿Hay algún alimento que limita o evita por algún motivo, como las alergias a los alimentos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. 	<p>Dieta muy restrictiva, alergia a alimentos, intolerancia a la lactosa</p>
13.	<p>Usted</p> <ul style="list-style-type: none"> -¿bebe leche cruda o jugo exprimido? -¿come quesos blandos como, por ejemplo, feta, queso Brie, queso azul, queso blanco or queso fresco? -¿come carne de vaca, de cerdo o de ave, cruda o poco cocida? -¿come mariscos o hot dogs sin calentar? -¿come huevos crudos o ligeramente cocidos? -¿come fiambres feteados o carnes ahumadas? 	<p>Alimentos potencialmente contaminados</p>
14.	<p>¿Come hielo, polvo, arcilla, pedazos de pintura o almidón?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. 	<p>Pica</p>
<p>A todas las personas les hacemos las siguientes preguntas sobre salud y seguridad.</p>		<p>Transición</p>
15.	<p>¿Fuma?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) ¿Cuánto? 	<p>Tabaquismo en el embarazo</p>
16.	<p>¿Fuma alguna persona en su casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. 	<p>Humo de segunda mano</p>
17.	<p>¿Cuándo fue la última vez que bebió alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto bebe? ¿Con qué frecuencia? 	<p>Consumo de alcohol</p>
18.	<p>¿Cuándo fue la última vez que consumió drogas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. 	<p>Consumo de drogas</p>

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS

PREGUNTAS		RIESGO/OBJETIVO		
19.	<p>¿Se ha sentido triste o deprimida últimamente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles. • (En caso afirmativo) ¿está bajo tratamiento por depresión? (por ejemplo: medicación, apoyo psicológico) 	Depresión		
20.	<p>¿Hay alguna persona en su vida que esté lastimándola a usted o a su(s) hijo(s)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (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"> • ≤ 16 años al momento de concepción • 17 años al momento de concepción • Persona con habilidades limitadas para tener una alimentación adecuada </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses) • Persona migrante • Persona sin hogar </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 16 años al momento de concepción • 17 años al momento de concepción • Persona con habilidades limitadas para tener una alimentación adecuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses) • Persona migrante • Persona sin hogar
<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 16 años al momento de concepción • 17 años al momento de concepción • Persona con habilidades limitadas para tener una alimentación adecuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses) • Persona migrante • Persona sin hogar 			
<p>Si no se han identificado riesgos, indicar: No cumple con las pautas dietarias</p>				
<p>Es un requisito preguntar a toda mujer embarazada sobre sus planes de amamantamiento. A continuación, se incluye una pregunta de muestra que puede ser utilizada en cualquier momento durante la certificación para comenzar la conversación sobre amamantamiento: <i>¿Qué sabe del amamantamiento?</i></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).

