

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA MUJERES EN ETAPA POSPARTO

Pregunta		Riesgo/objetivo
<p><b>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.</b></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
1.	<p>¿Cómo se encuentran usted y su bebé?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuánto pesó su bebé al nacer?</li> <li>• ¿Su bebé nació prematuro?</li> </ul>	Establecer confianza, bajo peso al nacer (este embarazo), grande para la edad gestacional (este embarazo), bebé prematuro (este embarazo)
2.	<p>¿Tuvo usted alguna preocupación de salud o médica en este último embarazo como, por ejemplo, diabetes gestacional?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.</li> </ul>	Diabetes gestacional (este embarazo), Fetus múltiples (este embarazo)
3.	<p>¿Cuántas veces estuvo embarazada en los últimos dos años?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguna vez perdió un embarazo? (En caso afirmativo) ¿Cuántos?</li> <li>• ¿Alguna vez tuvo un embarazo en el cual el bebé nació muerto o sufrió el fallecimiento de un hijo prematuro?</li> </ul>	Dos embarazos/dos años (este embarazo), aborto espontáneo, pérdida del feto o neonato (este embarazo)
4.	<p>¿Tuvo recientemente alguna cirugía como, por ejemplo, una cesárea?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.</li> <li>• ¿Tuvo alguna vez una cirugía que afectó sus hábitos alimentarios actuales?</li> <li>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.</li> <li>• ¿Tuvo recientemente alguna cirugía importante o herida o quemadura grave?</li> </ul>	Cirugía, golpe, quemadura importante reciente, <b>cirugía bariátrica (efectos sobre la alimentación)</b>
5.	<p>¿Tiene algún problema o trastorno de salud no relacionado con el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.</li> </ul>	<Seleccione el(los) riesgo(s) médico(s) correspondiente(s)>
6.	<p>¿Toma algún medicamento?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.</li> </ul>	Interacciones de la medicación con los nutrientes
7.	<p>¿Qué vitaminas u otros suplementos dietarios toma?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué cantidad toma?</li> <li>• ¿Está tomando un suplemento de ácido fólico?</li> </ul>	Suplemento vitamínico/mineral inadecuado, <b>suplementos inadecuados o excesivos</b>
8.	<p>¿Tiene algún problema en los dientes o en las encías que afecte sus hábitos alimentarios?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.</li> </ul>	Problemas odontológicos graves

# CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA MUJERES EN ETAPA POSPARTO

Pregunta		Riesgo/objetivo
9.	¿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.	<b>Dieta muy restrictiva alergia a los alimentos, Intolerancia a la lactosa</b>
10.	¿Come hielo, polvo, arcilla, pedazos de pintura o almidón? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	<b>Pica</b>
<b>A todas las personas les hacemos las siguientes preguntas sobre salud y seguridad.</b>		Transición
11.	¿Fuma? • (En caso afirmativo) ¿Cuánto?	Tabaquismo en el embarazo
12.	¿Fuma alguna persona en su casa? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Humo de segunda mano
13.	¿Cuándo fue la última vez que bebió alcohol? • ¿Cuánto bebe? • ¿Con qué frecuencia?	Consumo de alcohol
14.	¿Cuándo fue la última vez que consumió drogas? • (En caso afirmativo) Cuénteme más detalles.	Consumo de drogas
15.	¿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
16.	¿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><b>Nota:</b> Durante la entrevista de riesgo, tenga en cuenta los siguientes riesgos adicionales que no han sido incluidos en las preguntas anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 17 años al momento de la concepción (este embarazo)</li> <li>• Defectos de nacimiento relacionados con la alimentación (este embarazo)</li> <li>• Persona al cuidado de una familia sustituta (últimos seis meses)</li> <li>• Persona con habilidades limitadas para tener una alimentación adecuada</li> <li>• Persona migrante</li> <li>• Persona sin hogar</li> </ul>		
<p><b>Si no se han identificado riesgos, indicar:</b> 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).

