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	o No	NRFs
1. ¿Ha estado embarazada antes? (No: pase a la pregunta #2; Sí: conteste lo siguiente): ..... ¿Cuántas veces ha estado embarazada (incluyendo esta vez)?_____ Fecha de su último parto, malparto o aborto: _____ ¿Cuántos niños tiene?_____	No	Sí	System Assigned NRFs
2. Antes de embarazarse esta vez, ¿cuánto pesaba?			
3. ¿Está recibiendo atención prenatal de un médico o en una clínica? ..... ¿En qué mes de su embarazo empezó a recibir atención prenatal?_____ Nombre del médico/Clínica: _____	Sí	No	Refer
4. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿cuántos cigarrillos fumaba por día? _____cigarrillos o _____cajetilla(s) **¿Ahora, cuántos cigarrillos fuma al día?** _____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
5. ¿Tiene o ha tenido algún amigo o familiar con problemas de alcohol o drogas?	No	Sí	
6. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿con qué frecuencia bebía cerveza, vino, licores fuertes, o bebidas alcohólicas combinadas? _____Días por semana ☐ 1-2 veces al mes ☐ 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 ☐ 1-2 veces al mes ☐ 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
7. En los 3 meses anteriores a su embarazo, ¿usted usó alguna de las sustancias siguientes?: . Medicina (recetada por el médico) ☐ Marihuana ☐ Alcohol ☐ Cocaína ☐ Medicinas que se compran en la tienda como aspirinas, para gripa, de dieta, etc. ☐ Vitaminas/pastillas de minerales (diferentes a las prenatales)☐ Speed ☐ Crack ☐ Metanfetamina ☐ Valium ☐ PCP ☐ Heroína ☐ LSD ☐ Otras: _____ Si las usaba, ¿con qué frecuencia? (una vez, diariamente, semanalmente, mensualmente): _____ **¿Ahora usa alguna de esas drogas?**..... Si las usa, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuál/cuáles? _____	No No	Sí Sí	
8. ¿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	
9. ¿Ha pensado amamantar a este bebé?..... Si contestó No, ¿por qué no? _____	Sí	No	Counsel/ Refer
10. ¿Ha amamantado a sus otros hijos?..... Si lo hizo, ¿por cuánto tiempo? _____ ¿Tuvo problemas?..... ¿Por qué dejó de hacerlo? _____	Sí No	No Sí	
11. ¿Han revisado si tiene pezones planos o invertidos?.....	Sí	No	
12. ¿En alguno de sus embarazos anteriores, tuvo uno de los siguientes problemas?: ..... Diabetes (azúcar en la sangre) por el embarazo ☐ Un bebé que haya nacido más de tres semanas antes de cumplirse los 9 meses de embarazo ☐ El bebé pesó menos de 5 lb. 8 oz. al nacer ☐ Fallecimiento del feto o muerte de infante de menos de un mes de nacido ☐ Nacimiento de infante con defecto del tubo neural, labio leporino o paladar hendido ☐ Preeclampsia ☐	No	Sí	Previous Pregnancy

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

*Questionnaire assessed by:*_____ *(staff)*

Notes: