

## Cuestionario de Alimentación Para Después del Parto

Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Por favor marque todos los siguientes que tenga que le funcionen.  Estufa  Horno  Microondas  Refrigerador
- ¿Cuántas veces al día come? Comidas \_\_\_\_\_ Meriendas \_\_\_\_\_
- ¿Hay algunas comidas o bebidas que usted no puede comer o que no come?  No  Sí, por favor escriba \_\_\_\_\_
- ¿Hay algunas comidas que usted piensa que no las come lo suficiente?  No  Sí, por favor escriba \_\_\_\_\_
- ¿Qué es lo que normalmente bebe? (Por favor marque todos los que apliquen.)  Leche  Agua  Jugo/Bebidas de Jugo  
 Gatorade/Bebidas Deportivas  Vino/Cerveza/Bebidas alcohólicas  Café/Té  Té de Hierbas  Chocolate Caliente  
 Soda/Kool-Aid  Soda de Dieta  Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Qué tan seguido bebe leche?  Varias veces al día  Una vez al día  Menos de una vez al día  No bebo leche  
¿Qué clase de leche bebe usualmente?  Vaca (\_\_\_\_ Entera (Vitamina D) \_\_\_\_ Reducida/Baja en grasa (2%, 1% o 1/2%) \_\_\_\_ Descremada)  
 Sin Lactosa  Evaporada  Condensada  Soya  Arroz  Cabra  
 Cruda (Vaca o Cabra)  Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas veces come frutas y verduras durante un día normal? \_\_\_\_\_  No como frutas o verduras  
¿Cuáles frutas y/o verduras (no jugo) usted come usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.)  Plátanos  Uvas  
 Manzana/Puré de Manzana  Naranjas  Peras  Zanahorias  Ejotes  Papas  Papas Francesas  
 Maíz  Los Brotes  Tomate  Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Qué comidas con proteína usted come usualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.)  Res/Búfalo  Pollo/Pavo   
Pescado/Mariscos  
 Puerco/Cordero  Salchichas/Carne de Almuerzo  Meat Spreads/Pâté  Frijoles secos/enlatados  Huevos  Tofu  
 Yogurt  Queso Suave (Feta, Brie, Blue-Veined, y Queso Fresco)  Queso Duro (Americano, Cheddar, Suizo...)  
 Otro \_\_\_\_\_  
¿Cuántas veces come comidas con proteína durante un día normal? \_\_\_\_\_
- ¿Usted a veces come cosas que no son comida como cenizas, tiza, barro, tierra, grandes cantidades de hielo, o almidón (de lavandería o maicena)?  
 No  Sí, Por favor describa \_\_\_\_\_
- ¿Usted esta en una dieta especial?  No  Sí, Por favor describa \_\_\_\_\_
- ¿Usted tiene algún problema médico/salud/dental?  No  Sí, por favor escriba \_\_\_\_\_  
¿Fue este problema diagnosticado por un doctor/dentista?  No  Sí
- Por favor marque y describa todos los siguientes que usted toma. (Toda la información dada al programa de WIC es confidencial.)  
 Medicamento sin receta (laxativo, para dolor, etc.) \_\_\_\_\_  
 Medicamento recetado \_\_\_\_\_  
 Vitaminas y/o suplemento de minerales \_\_\_\_\_  
 Hierbas/Suplemento de Hierbas (Echinacea, Jengibre, etc.) \_\_\_\_\_  
 Tabaco  Drogas callejeras (Marihuana, cocaína, metanfetamina, etc.)  Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido un examen de plomo de la sangre?  No  Inseguro  Sí, ¿Donde? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto pesaba antes de que este embarazo terminara? \_\_\_\_\_