

## CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS

Nombre: _____	Edad: _____
---------------	-------------

**Favor de circular o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:**

1. ¿Cuándo es su siguiente cita con el doctor? \_\_\_\_\_
2. **¿Cuáles inquietudes tiene su doctor acerca de su embarazo?**    *Aumento de peso*    *Pérdida de peso*  
*Lo que come*    *Alta azúcar en la sangre*    *Alta presión de la sangre*    *Bajo hierro en la sangre*  
*Ninguno*    *Otro* \_\_\_\_\_
3. **¿Cuáles de estos productos toma?**    *Vitaminas prenatales*    *Otras vitaminas/minerales*    *Hierbas*  
*Pastillas con hierro*    *Laxantes*    *Medicamentos sin prescripción médica (Tylenol, Aspirina, etc.)*  
*Ninguno*    *Otros medicamentos* \_\_\_\_\_    *Remedios caseros (apunte)* \_\_\_\_\_
4. **¿Cuáles de estas condiciones tiene?**    *Náusea*    *Vómito*    *Acidez*    *Estreñimiento*  
*Hinchazón*    *Ninguna*    *Otras (apunte)* \_\_\_\_\_
5. ¿Cómo se siente acerca de su aumento de peso?    *No suficiente*    *Está bien*    *Demasiado*

---

6. **¿Cuántas veces al día come?**    \_\_\_\_\_ *Comidas*    \_\_\_\_\_ *Bocadillos*
7. ¿Cuántas veces *a la semana* come comidas rápidas o de restaurante?  
*Nunca*    *1 a 2 veces*    *3 a 4 veces*    *5 o más veces*
8. **¿Está en alguna dieta especial?**    *No*    *Sí*    *Si sí, explique* \_\_\_\_\_
9. **¿Hay algunos alimentos que limita, evita o no come?**    *No*    *Sí*    *Si sí, apunte* \_\_\_\_\_
10. **¿Qué es lo que come y toma en la mayoría de los días?**  
  - ◆ *Agua*    *Café*    *Té*    *Soda regular*    *Soda de dieta*    *Gatorade*
  - ◆ *Jugo*    *Kool Aid*    *Alcohol*    *Cerveza*    *Vino*
  - ◆ *Frutas*    *Verduras*
  - ◆ *Leche (Descremada/Baja en grasa/Entera)*    *Queso*    *Yogurt*    *Requesón*    *Pudín/Flan*
  - ◆ *Carne*    *Pollo*    *Pavo*    *Pescado*    *Hotdogs*    *Frijoles/Lentejas*    *Crema de cacahuete*    *Huevos*    *Nueces*
  - ◆ *Pan*    *Cereales*    *Tortillas*    *Arroz*    *Pasta*    *Bolillos*    *Galletas saladas*    *Pan Dulce*
  - ◆ *Dulces*    *Galletas*    *Pasteles*    *Donas*    *Helados*    *Tostaditas*    *Papas fritas*
  - ◆ *Otros (apunte)* \_\_\_\_\_
11. **¿Cuáles cosas, además de alimentos, se le apetecen?**    *Tierra*    *Barro*    *Hielo*    *Almidón*  
*Colillas*    *Pintura descascarada*    *Ninguna*    *Otras (apunte)* \_\_\_\_\_
12. ¿Cómo se siente ahora acerca de sus hábitos de comer?    *Muy bien*    *Bien*    *OK*    *Mal*

---

13. ¿Ha amamantado alguna vez?    *Sí*    *No*    *Si sí, ¿por cuánto tiempo?* \_\_\_\_\_
14. ¿Qué tan segura está que dará pecho a su bebé? (*Circule uno*)  
*(no estoy segura)*    *1.....* *2.....* *3.....* *4.....* *5*    *(estoy muy segura)*
15. ¿Está trabajando actualmente, o asiste a una escuela?    *Sí*    *No*    *Estoy planeando empezar*

---

16. ¿Cuáles palabras describen su estado de ánimo de su embarazo?    *Muy contenta*    *Está bien*    *Cansada*  
*Deprimida*    *Triste*    *Tensa*    *Enojada*    *Otra* \_\_\_\_\_
17. ¿Cuáles actividades físicas hace en la mayoría de los días?    *Caminar*    *Correr*    *Andar en bicicleta*    *Bailar*  
*Deportes*    *Nadar*    *Clase de ejercicio/gimnasio*    *Cultivar un jardín*    *Ninguna*    *Otra (apunte)* \_\_\_\_\_
18. **¿Alguna vez se ha quedado sin dinero o sin estampillas de comida para comprar alimentos?**    *Sí*    *No*
19. ¿Qué preguntas tiene hoy sobre la nutrición y la salud? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**For Staff Use Only (Para el uso del empleado de WIC)**

Date: \_\_\_\_\_ WIC Staff Name: \_\_\_\_\_

Participant WIC ID#: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_