



EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN PARA MUJERES

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| NOMBRE DEL PARTICIPANTE: | FECHA EN QUE SE COMPLETÓ: |
|--------------------------|---------------------------|

A. Todas las mujeres deben completar esta sección

1. ¿Tiene usted una dieta especial? Sí No **[427.2]**
 Si contesta sí, ¿cuál de las siguientes dietas especiales sigue usted? (*Seleccione todas las que correspondan*)
 Vegetariana Vegana Baja en calorías/bajar de peso Macrobiótica Alergia o intolerancia a alimentos
 Baja en grasa Baja en carbohidratos Otra: _____
 Si contesta sí, ¿se relaciona esta dieta especial con un padecimiento médico? Sí No **[341-362]**

2. Algunas mujeres tienen antojos por objetos no comestibles. ¿Cuáles de los siguientes objetos no comestibles come usted? (*Seleccione todos los que correspondan*) **[427.3]**

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cenizas | <input type="checkbox"/> Tiza | <input type="checkbox"/> Grandes cantidades de hielo y/o escarcha |
| <input type="checkbox"/> Bicarbonato | <input type="checkbox"/> Cigarrillos | <input type="checkbox"/> Astillas de pintura |
| <input type="checkbox"/> Cerillos usados | <input type="checkbox"/> Arcilla | <input type="checkbox"/> Tierra |
| <input type="checkbox"/> Fibras de alfombra | <input type="checkbox"/> Polvo | <input type="checkbox"/> Almidón (de ropa o almidón de maíz) |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Ninguno |

3. En un día normal, ¿cuántas veces come fruta? 5 o más 4 3 2 1 Ninguna

4. En un día normal, ¿cuántas veces come verduras? 5 o más 4 3 2 1 Ninguna

5. ¿Toma leche? Sí No
 Si contesta sí, en un día normal, ¿cuánta leche toma? 4 vasos o más 3 vasos 2 vasos 1 vaso o menos
 ¿Qué tipo de leche toma usted? (*Seleccione todas las que correspondan*)
 Leche de vaca Cabra Arroz o Almendra Soya Sin lactosa Otra: _____
 ¿Qué clase de leche toma usted? (*Seleccione todas las que correspondan*)
 Leche descremada (sin grasa) Baja en grasa (1%) Grasa reducida (2%) Entera

6. En un día normal, ¿cuántas veces toma agua? 4 o más 3 2 1 Ninguna
 En un día normal, ¿cuántas veces toma refrescos deportivos o de frutas, refrescos regulares y/o agua con Kool-Aid o azúcar agregada? 4 o más 3 2 1 Ninguna
 En un día normal, ¿cuántas veces toma refresco de dieta y/o café o té? 4 o más 3 2 1 Ninguna

7. ¿Qué clase de actividades físicas realiza la mayoría de los días? (*Seleccione todas las que correspondan*)

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Correr | <input type="checkbox"/> Limpieza/labores del hogar | <input type="checkbox"/> Montar en bicicleta | <input type="checkbox"/> Jugar con mis hijos |
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Nadar | <input type="checkbox"/> Jardinería | <input type="checkbox"/> Gimnasio | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

8. En un día normal, ¿cuántos minutos pasa haciendo estas actividades sudando o respirando fuerte?

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 15 minutos | <input type="checkbox"/> 30 minutos | <input type="checkbox"/> 60 minutos (1 hora) |
| <input type="checkbox"/> 15 minutos | <input type="checkbox"/> 45 minutos | <input type="checkbox"/> 90 minutos (1 ½ horas) o más |
| <input type="checkbox"/> No corresponde | | |

9. ¿Ha visitado a un dentista en los últimos 12 meses? Sí No **[381]**
 Si contesta sí, ¿mencionó el dentista algún problema dental? Sí No
 Si contesta sí, describa los problemas: _____
 ¿Tiene caries dentales, dientes rotos, encías que sangran, le faltan dientes y/o tiene dientes desalineados que hacen difícil masticar? Sí No
 ¿Evita ciertos alimentos que de otra manera comería o escoge alimentos más suaves por problemas al masticar? Sí No

B. Todas las mujeres embarazadas deben completar esta sección.

10. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come usted? (*Seleccione todas las que correspondan*) **[427.5]**

- Jugos frescos de frutas o verduras
- Productos lácteos sin pasteurizar (de granja)
- Quesos suaves como Feta, Brie, Camembert, Queso Stilton, Queso Blanco, Queso Fresco
- Carne, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o medio hechos
- Brotes crudos (alfalfa, meliloto, frijoles, rábano)
- Salchichas, cortes de carnes frías sin cocinar
- Nada de lo anterior

Su CPA/nutricionista comentará su manera de comer y hábitos de actividad y le hará más preguntas.