



**EVALUACIÓN SOBRE LA NUTRICIÓN PARA MUJERES (Women)**

NOMBRE Y DCN DEL PARTICIPANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	CATEGORÍA: P / B / N	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:
--------------------------------	----------------------	-------------------------	---------------------------

Formulario completado por:  Participante o Personal de WIC:  CPA  RD  Nutriólogo  Certificador del Programa WIC

Por favor piense en su patrón alimentario habitual y conteste las siguientes preguntas de la mejor manera posible. Marque el casillero  y/o escriba su respuesta.

**PATRÓN DE COMIDAS (Todas las mujeres deben completar esta sección)**

1. ¿Cuántas veces al día come? \_\_\_\_ comidas/día \_\_\_\_ refrigerios/día  
¿Qué tipo de alimentos come habitualmente como refrigerio?  
 Leche, yogurt, queso  Carne, pescado, huevos, frijoles  Frutas o verduras  
 Pan, cereal, arroz y pasta  Papitas/alimentos salados  Galletas/pasteles/alimentos dulces

2. En una semana común, ¿cuántas comidas come en restaurantes, incluyendo comida rápida? \_\_\_\_ comidas/semana

3. ¿Cuántos días a la semana comen todos juntos en su familia? \_\_\_\_ días/semana  No corresponde (soltera)

4. ¿Le gustaría cambiar algo de la comida que come? .....  Sí  No  
Haga una lista con los cambios:

**PATRÓN ALIMENTARIO (Todas las mujeres deben completar esta sección)**

5. ¿Cómo están preparadas la mayoría de las comidas? Marque todo lo que corresponda.  
 Al horno  Fritas  Hervidas  Asadas  A la plancha  A la parrilla  En el microondas

6. ¿Hay algunos alimentos que usted cree que no está comiendo lo suficiente? .....  Sí  No  
Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.  
 Leche, yogurt, queso  Carne, pescado, huevos, frijoles  Frutas  Verduras  Pan, cereal, arroz y pasta

\*7. ¿Está siguiendo una dieta especial? **[340] [427.2]** .....  Sí  No  
Si contestó "sí", marque el tipo:  
 Vegetariana  Vegan  Bajas calorías/pérdida de peso  Macrobiótica  Alergia o intolerancia a alimentos  
 Baja en grasas  Baja en carbohidratos  Otra:

\*8. A algunas mujeres les apetecen objetos que no son alimentos.  
¿Usted come alguno de estos objetos? **[427.3]** .....  Sí  No  
Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.  
 Cenizas  Gis  Trozos de pintura  Otros:  
 Bicarbonato de sodio  Cigarrillos  Tierra  
 Fósforos quemados  Barro  Grandes cantidades de hielo y/o escarcha del congelador  
 Fibras de alfombras  Polvo  Almidón (para lavandería o para cocinar)

**BEBIDAS (Todas las mujeres deben completar esta sección)**

9. ¿Bebe leche? .....  Sí  No  
Si contestó "sí", marque el tipo:  
 Sin grasas (descremada)  Semidescremada (1%)  Reducida en grasas (2%)  
 Entera  Leche de arroz  Leche de soja  En polvo  
 Evaporada  Condensada y endulzada  Leche de cabra  Otro:

10. ¿Con qué frecuencia bebe leche? Marque uno.  
 Varias veces/día  Una vez/día  Menos de una vez/día

11. ¿Con qué frecuencia come otros alimentos lácteos como queso, yogurt, o pudín?  
 Varias veces/día  Una vez/día  Menos de una vez/día

12. ¿Qué otras bebidas bebe en un día normal? Marque todos los que correspondan.  
 Jugo  Agua  Bebidas de fruta  Bebidas deportivas  Refresco/soda  Refresco/soda de dieta  
 Café/té  Cerveza  Vino  Otras bebidas alcohólicas  Otros:

13. ¿Cuál es su fuente principal de agua? Marque uno.
- Red urbana de aguas corrientes    Sistema de abastecimiento rural    Pozo privado    Agua embotellada
- a. Si es de pozo privado, ¿ha sido analizado para detectar bacterias y nitratos? .....  Sí    No    No sabe
- Si contestó "sí", marque cuál fue el resultado:    Seguro    Inseguro    No sabe
- b. ¿Sabe si su agua es fluorada? .....  Sí    No
- c. ¿Se cepilla los dientes con pasta de dientes con flúor? .....  Sí    No

**SUPLEMENTOS (Todas las mujeres deben completar esta sección)**

14. ¿Tomó un suplemento de multivitaminas durante el mes anterior a su embarazo más reciente? [427.4]    Sí    No
- Si contestó "sí", ¿cuántas veces a la semana? \_\_\_\_ veces/semana

15. ¿Tomó alguna vitamina, mineral, hierba o suplemento de hierbas durante el mes pasado o lo está tomando actualmente? [427.1] [427.4] .....  Sí    No
- Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.
- Vitamina prenatal    Multivitaminas (no prenatal)    Suplemento de hierro    Suplemento de hierbas    Otros:

16. ¿Usa usted sal yodada? .....  Sí    No

**SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS (Todas las mujeres deben completar esta sección)**

17. ¿Tiene usted el equipamiento adecuado para almacenar y preparar alimentos tales como un refrigerador y una cocina que funcionen y un depósito libre de plagas y químicos nocivos? .....  Sí    No

**SEGURIDAD ALIMENTARIA Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA (Todas las mujeres deben completar esta sección)**

18. Durante el mes pasado, ¿usted o alguien en su familia comió alguna vez menos de lo que considera que debería haber comido o no comió durante un día porque no había dinero suficiente para la comida? .....  Sí    No    No sabe/no contesta

19. ¿Participa en algún programa de alimentación y nutrición? .....  Sí    No
- Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.
- Cupones alimentarios    Almuerzo escolar    Programa de Educación sobre Nutrición para la Familia (FNEP, en inglés)
- Programa de productos    Donación de alimentos    Otro:

**ACTIVIDAD FÍSICA (Todas las mujeres deben completar esta sección)**

20. Durante un día normal, ¿cuántos minutos está físicamente activa?    Ninguno    0-30    31-60    Más de 60

**EMBARAZO (Completar esta sección solamente si se encuentra actualmente embarazada)**

21. ¿Cuánto peso considera que debe aumentar en este embarazo? \_\_\_\_ Libras    No tengo idea
22. ¿Presenta alguno de los siguientes problemas? [427.5] .....  Sí    No
- Si contestó "sí", marque todo lo que corresponda.
- Estreñimiento    Diarrea    Náuseas    Vómitos    Acidez gástrica    Otro:

- \*23. Come alimentos como:
- a. pescados o mariscos crudos .....  Sí    No
- b. mariscos ahumados refrigerados .....  Sí    No
- c. carne, pollo o pavo crudos o no bien cocidos .....  Sí    No
- d. carnes frías, fiambres, perros calientes crudos .....  Sí    No
- e. paté o cremas a base de carne refrigerada .....  Sí    No
- f. leche sin pasteurizar o alimentos que contengan leche sin pasteurizar .....  Sí    No
- g. quesos blandos como Feta, Brie, Camembert, queso azul, estilo mexicano .....  Sí    No
- h. huevos crudos o poco cocidos o alimentos que contengan huevos crudos o poco cocidos .....  Sí    No
- i. brotes de verduras crudos como alfalfa, trébol y rábano .....  Sí    No
- j. jugos de fruta o verdura no pasteurizados .....  Sí    No

**LACTANCIA (Completar esta sección solamente si está amamantando actualmente)**

24. ¿Tiene alguna duda acerca de la lactancia? [602] .....  Sí    No
- Si contestó "sí", enumere:

**PARA SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR EL PERSONAL DE LA OFICINA DEL PROGRAMA WIC**

FIRMA (EVALUACIÓN DE RIESGOS):	FIRMA (ASESORAMIENTO SOBRE LA NUTRICIÓN):
FECHA	FECHA