

Evaluación de la Salud Maternal

Fecha(s): _____ Nombre: _____ Edad: _____

Preguntas Sobre el Historial de Salud Maternal *(por favor complete todas las preguntas de este lado – deje el reverso en blanco)*

¿A dónde vá para el cuidado prenatal/posparto? Nombre del médico/clínica: _____

Marque todas las condiciones relacionadas con el embarazo y el parto que tenga o haya tenido en el pasado:

- Diabetes gestacional
 Presión arterial alta
 Pérdida de embarazo
 Bebé nació temprano (menos de 39 semanas)
 Bebé pequeño (5 libras 8 onzas o menos)
 Bebé grande (9 libras o más)
 Bebé nacido con un problema de salud
 Otros: _____ N/A

¿Tiene alguna condición médica, enfermedad, alergias alimentarias o una cirugía o lesión reciente? Por favor describa: _____ N/A

Por favor liste los medicamentos o hierbas que toma: _____ N/A

¿Tiene usted o su dentista alguna preocupación dental? Sí _____ No Yo no tengo un dentista

¿A alguien en su familia se le ha hecho la prueba de plomo? Sí (niveles): _____ No No sé

¿Ha sido/está siendo tratada por depresión u otros problemas de salud mental? Sí No

¿En las últimas dos semanas, con qué frecuencia ha sido molestada por alguno de los siguientes problemas?

• Poco interés o placer en hacer las cosas:

- No en absoluto
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

• Sintióndose desaminada, deprimida o sin esperanza:

- No en absoluto
 Varios días
 Más de la mitad de los días
 Casi todos los días

¿Vives en un lugar temporal (refugio, hotel, etc.)? Sí No

¿Ha sido abusada físicamente, verbalmente, sexualmente o abandonada? Sí No

¿Hay momentos en los que alguien la hace que no se sienta segura? Sí No

¿Tiene un lugar seguro a donde pueda ir? Sí No

¿Le preocupa quedarse sin comida? Sí No

¿Usa bancos/despensas (food banks/pantries) de alimentos locales? Sí No

¿Qué preguntas o inquietudes tiene sobre su salud, hábitos alimenticios y lactancia? _____

Esta parte debe ser completada por el personal de WIC.
This portion is to be completed by WIC staff.

New Cert (date): _____ Recert (date): _____ HA (date): _____ Continue Goal

Location of WIC Program Application: _____

HT _____ WT _____ Hgb _____ (optional)

Nutrition, Breastfeeding, and Physical Activity Questions (to be completed by WIC staff member)

What does screen time look like for you? Time/day _____ Days/week _____

Tell me about the physical activities you enjoy: _____ Time/day _____ Days/week _____

Briefly describe what you eat and drink each day: _____

Targeted diet assessment may include:

- Vitamins, iron sources, enhancers, inhibitors
- Dairy/calcium/vitamin D
- Iodine/folic acid
- Whole grains/fiber
- Protein sources
- Fruits and vegetables
- Sugar sweetened drinks/foods
- Foods limited/refused/avoided
- Unsafe foods (including non-food items)
- Meals away from home/fast food
- Working kitchen appliances
- Religious or cultural diets
- Water source

Caregiver with limited feeding decision/inability to prepare foods:

- Current/history of alcohol or substance abuse Mental illness, including severe depression
 Intellectual disability Physical disability Age \leq 17 years N/A

(P) What do you know about breastfeeding or giving breast milk to your baby? _____

(P) Breastfeeding intention: Yes No Maybe

(B) Tell me about your experience offering breast milk to your baby so far: _____

Targeted breastfeeding assessment may include:

- Knowledge of appropriate feeding frequency and amount
- Latch difficulties
- Engorgement
- Pain or discomfort of breasts and/or nipples
- Pump needs/questions
- Referrals or follow ups needed

(B) What is your goal for breastfeeding or giving breastmilk to your baby? _____

Notes: