

PREGNANCY NUTRITION QUESTIONS

Name: _____	Age: _____
-------------	------------

Please circle or write your answers to the following questions:

1. When is your next doctor's appointment? _____
2. **What concerns does your doctor have about your pregnancy?** *Weight Gain* *Weight Loss*
What You Eat *High Blood Sugar* *High Blood Pressure* *Low Iron in Blood*
None *Other* _____
3. **Which of these do you take?** *Prenatal Vitamins* *Iron Pills* *Other Vitamins/Minerals*
Herbs *Laxatives* *Over the Counter Medications (Tylenol, Aspirin, etc.)* *None*
Other Medications _____ *Home Remedies (list)* _____
4. **What conditions do you have?** *Nausea* *Vomiting* *Heartburn* *Constipation*
Swelling *None* *Other (list)* _____
5. How do you feel about your weight change? *Too little* *OK* *Too much*

6. **How many times a day do you eat?** _____ *Meals* _____ *Snacks*
7. How many times a week do you eat fast food or food from a restaurant?
Never *1-2 times* *3-4 times* *5 or more times*
8. **Are you on a special diet?** *Yes* *No* *If yes, explain* _____
9. **Are there foods you limit or do not eat?** *Yes* *No* *If yes, list* _____
10. **What do you eat/drink on most days?**
 ♦ *Water* *Coffee* *Tea* *Regular Soda* *Diet Soda* *Gatorade*
 ♦ *Juice* *Punch/Kool Aid* *Alcohol* *Beer* *Wine*
 ♦ *Fruits* *Vegetables*
 ♦ *Milk (Skim/Lowfat/Whole)* *Cheese* *Yogurt* *Cottage Cheese* *Pudding/Custard*
 ♦ *Meat* *Chicken* *Turkey* *Fish* *Hotdogs* *Tofu* *Beans/Lentils* *Peanut Butter* *Eggs* *Nuts*
 ♦ *Breads* *Cereals* *Tortillas* *Rice* *Noodles* *Rolls* *Crackers* *Pan Dulce*
 ♦ *Candy* *Cookies* *Cakes* *Donuts* *Ice Cream* *Chips* *French Fries*
 ♦ *Other (list)* _____
11. **What things, other than food, do you crave to eat?** *Dirt* *Clay* *Ice* *Laundry* *Starch*
Cigarette Butts *Paint Chips* *None* *Other (list)* _____
12. How do you feel about your eating habits now? *Great* *Good* *OK* *Not so good*

13. Have you ever breastfed? *Yes* *No* *If yes, for how long?* _____
14. How confident are you that you will breastfeed your baby? (*Circle one*)
(not at all confident) *1*.....*2*.....*3*.....*4*.....*5* *(very confident)*
15. Are you employed or going to school? *Yes* *No* *Planning to Start*

16. What word(s) describe how you feel about being pregnant? *Happy* *OK* *Tired* *Depressed*
Sad *Stressed* *Angry* *Other* _____
17. What kind of activity do you do on most days? *Walk* *Run* *Bike* *Dance* *Sports* *Swim*
Exercise Class/Gym *Garden* *None* *Other (list)* _____
18. **Do you ever run out of money or food stamps to buy food?** *Yes* *No*
19. What nutrition and health questions do you have today?

For Staff Use Only

Date: _____ WIC Staff Name: _____

Participant WIC ID#: _____ Height: _____ Weight: _____

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: _____