



MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN PARA MUJERES

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:

TODAS LAS MUJERES DEBEN COMPLETAR

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

2. ¿Come usted regularmente objetos no comestibles? Sí No **[427.3]**
Si contesta sí, escoja todos los que correspondan:
 Cenizas Tiza/gis Grandes cantidades de hielo y/o escarcha
 Bicarbonato Cigarros Astillas de pintura
 Cerillos usados Arcilla Tierra
 Fibras de alfombra Polvo Almidón (de ropa o almidón de maíz) Otros: _____

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. ¿Qué tipo de leche toma usted? (Escoja todas las que correspondan): **[427.2]**
 Leche (de vaca) Leche de cabra Leche de arroz o Leche de almendras Leche de soya
 Leche deslactosada Ninguna Otra _____
¿Qué clase de leche toma usted?
 Leche descremada (sin grasa) Baja en grasa (1%) Grasa reducida (2%) Entera No aplica
En un día normal, ¿cuántas veces toma leche? 4 vasos o más/Muchas veces al día 3 vasos/Tres veces al día
 2 vasos/Dos veces al día 1 vaso o menos/Una vez al día o menos

6. En un día normal, ¿cuántas veces toma jugos, bebidas deportivas o de frutas, refrescos regulares, té dulce y/o agua con Kool-Aid o azúcar? 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
En un día normal, ¿cuántas veces toma agua sola? 4 o más 3 2 1 Ninguna

7. ¿Qué clase de actividades físicas realiza la mayoría de los días? (Escoja todas las que correspondan)
 Ninguna Correr Limpieza/labores del hogar Andar en bicicleta Jugar con mis hijos
 Caminar Nadar Jardinería Gimnasio Otra: _____

8. En un día normal, ¿cuántos minutos pasa en estas actividades sudando o con respiración agitada?
 Menos de 15 minutos 15 minutos 30 minutos 45 minutos
 60 minutos (1 hora) 90 minutos (1 ½ horas) o más No aplica

9. ¿Ha visitado a un dentista en los últimos 12 meses? Sí No **[381]**
¿Tiene usted caries dentales, dientes rotos, encías sangrantes, le faltan dientes y/o dientes chuecos que le dificultan el masticar? Sí No

CONTESTE LA SIGUIENTE PREGUNTA SI ESTÁ EMBARAZADA.

10. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come usted? (Escoja todos los 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 semi crudos
 Brotes crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano)
 Salchichas, embutidos y de carnes frías sin cocinar
 Nada de esto

Su Nutricionista CPA le platicará sobre su manera de comer y hábitos de actividad y le hará más preguntas.