

Postpartum Woman Nutrition Questionnaire

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

Please circle or write your answers to the following questions:

1. What is something that you do to be healthy? _____
2. What would you like to talk about today? _____

Your Eating Habits

3. How do you feel about how you are eating now? *Good* *OK* *Not so good* *Other* _____
4. How many meals do you eat each day? _____ How many snacks? _____
5. How many times a **week** do you eat out or eat take-out food? *0* *1* *2* *3* *4* *5* *6* *7* *more*

Drinks and Foods

6. What do you drink on **most days**? *Water* *Milk* *Juice* *Soda* *Coffee* *Tea* *Flavored water*
Fruit drinks *Kool-Aid or Punch* *Diet drinks* *Energy drinks* *Sports drinks* *Soy milk*
Wine *Beer* *Alcohol* *Other* _____
7. What do you eat on **most days**? *Whole wheat bread* *Corn tortillas* *Whole wheat tortillas* *Brown rice*
Cold or hot cereal *White bread* *Flour tortillas* *White rice* *Pasta/Noodles* *Crackers*
Vegetables (which?) _____ *How many each day?* _____
Fruits (which?) _____ *How many each day?* _____
Beef *Pork* *Chicken* *Turkey* *Fish* *Eggs* *Beans* *Peanut butter* *Nuts* *Tofu*
Nonfat milk *Lowfat milk* *Whole milk* *Flavored milk* *Cheese* *Yogurt* *Cottage cheese*
French fries *Chips* *Hot dogs* *Deli meats* *Nuggets* *Desserts/sweets* *Other* _____
8. Are you on a special diet? *No* *Yes (please explain)* _____
9. Are there any foods that you limit or avoid? *No* *Yes (please explain)* _____

Additional Questions

10. Do you have: *Diabetes (high blood sugar)* *High blood pressure* *Anemia (low iron in blood)*
Mental health issues *Depression* *Other* _____ *None*
11. How do you feel about your weight? *Want to lose weight* *OK* *Want to gain weight*
12. Which of these do you take? *Prenatal vitamins* *Multivitamins with folic acid* *Other vitamins/minerals*
Iron pills *Laxatives* *Herbs* *Over the counter medicines* *Prescription medicines*
Home remedies *Other* _____ *None*
13. How have you been feeling? *Not interested in doing things* *Sad* *Depressed* *Hopeless* *No energy*
Happy *OK* *Lonely* *Overwhelmed* *Stressed* *Anxious* *Angry* *Other* _____
14. What kinds of physical activities do you do? _____ How often? _____
15. If breastfeeding, how is it going for you? _____
16. What support will you need to keep breastfeeding if you return to work or school? *Pump* *Other* _____
17. Do you plan to have more children? *No* *Not sure* *Yes (when?)* _____
18. What plans do you have for birth control? _____
19. When is your next doctor's appointment? _____ Last dentist appointment? _____
20. Do you ever run out of food? *No* *Yes (what do you do?)* _____
21. What questions or concerns do you have about shopping for WIC foods? _____

STAFF USE ONLY	Date: _____ Staff Name: _____
	WIC ID#: _____ Height: _____ Weight: _____

Cuestionario sobre nutrición para mujeres después del parto

Nombre: _____	Edad: _____
---------------	-------------

Por favor, encierre en un círculo o escriba sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. Mencione algo que usted hace para estar sana. _____
2. ¿Sobre qué le gustaría hablar hoy? _____

Hábitos alimenticios

3. ¿Cómo se siente acerca de la manera en que come ahora? *Bien* *Más o menos* *No tan bien* *Otro* _____
4. ¿Cuántas comidas come usted al día? _____ ¿Cuántos bocadillos come? _____
5. ¿Cuántas veces a la **semana** come fuera de casa o pide comida para llevar? *0* *1* *2* *3* *4* *5* *6* *7* *Más*

Bebidas y alimentos

6. ¿Qué bebe usted la **mayoría de los días**? *Agua* *Leche* *Jugo* *Refrescos* *Café* *Té* *Agua fresca*
Bebidas de fruta *Kool-Aid o ponche* *Bebidas dietéticas* *Bebidas energéticas* *Bebidas deportivas* *Leche de soya*
Vino *Cerveza* *Alcohol* *Otro* _____
7. ¿Qué come usted la **mayoría de los días**? *Pan de trigo integral* *Tortillas de maíz* *Tortillas de trigo integral*
Arroz integral *Cereal frío o caliente* *Pan blanco* *Tortillas de harina* *Arroz blanco* *Pasta/fideos* *Galletas*
Verduras (¿cuáles?) _____ *¿Cuántas consume al día?* _____
Frutas (¿cuáles?) _____ *¿Cuántas consume al día?* _____
Res *Puerco* *Pollo* *Pavo* *Pescado* *Huevo* *Frijoles* *Crema de cacahuete* *Nueces* *Tofu*
Leche descremada *Leche baja en grasa* *Leche entera* *Leche de sabor* *Queso* *Yogurt* *Requesón*
Papas a la francesa *Papas fritas* *Salchichas* *Carnes frías* *Nuggets* *Postres/dulces* *Otro* _____
8. ¿Sigue una dieta especial? *No* *Sí (explique)* _____
9. ¿Limita o evita consumir algún alimento? *No* *Sí (explique)* _____

Preguntas adicionales

10. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? *Diabetes (azúcar alta en la sangre)* *Alta presión de la sangre*
Anemia (hierro bajo en la sangre) *Problemas de salud mental* *Depresión* *Otra* _____ *Ninguna*
11. ¿Cómo se siente acerca de su peso? *Quiero perder peso* *Bien* *Quiero subir de peso*
12. ¿Cuál de los siguientes productos consume? *Vitaminas prenatales* *Multivitaminas con ácido fólico*
Otras vitaminas/minerales *Pastillas de hierro* *Laxantes* *Hierbas aromáticas* *Medicamentos de venta sin receta*
Medicamentos de venta con receta *Remedios caseros* *Otro* _____ *Ninguno*
13. ¿Cómo se ha sentido? *No me interesa hacer nada* *Triste* *Deprimida* *Sin esperanza* *Sin energía*
Feliz *Más o menos* *Sola* *Agobiada* *Estresada* *Ansiosa* *Enojada* *De otra manera* _____
14. ¿Qué actividades físicas hace? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
15. Si está dando pecho, ¿cómo le va? _____
16. ¿Qué apoyo necesitará para seguir dando pecho si regresa a trabajar o a estudiar? *sacaleches* *otro* _____
17. ¿Planea tener más hijos? *No* *No estoy segura* *Sí (¿cuándo?)* _____
18. ¿Cómo planea llevar su control de la natalidad? _____
19. ¿Cuándo es su próxima cita con el médico? _____ ¿Cuándo fue su última cita con el dentista? _____
20. ¿Alguna vez se ha quedado sin comida? *No* *Sí (¿qué hace en ese caso?)* _____
21. ¿Qué preguntas o preocupaciones tiene acerca de comprar alimentos de WIC? _____

STAFF USE ONLY	Date: _____	Staff Name: _____
	WIC ID#: _____	Height: _____ Weight: _____