

Pregnant Woman Nutrition Questionnaire

Name: _____	Age: _____	Due Date: _____
-------------	------------	-----------------

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)* _____
10. Do you crave or eat non-food items like dirt, clay, ice, laundry starch, paint chips? *No* *Yes*

Additional Questions

11. What concerns does your doctor have about your pregnancy? *Weight gain* *Weight loss* *What you eat*
Diabetes (high blood sugar) *High blood pressure* *Anemia (low iron in blood)* *Other* _____ *None*
12. What questions do you have about your weight gain during pregnancy? _____
13. Do you often have: *Nausea* *Vomiting* *Heartburn* *Constipation* *Diarrhea* *Leg cramps* *Swelling*
Allergies to _____ *Other* _____ *None*
14. Which of these do you take? *Prenatal vitamins* *Other vitamins/minerals* *Iron pills* *Laxatives* *Herbs*
Over the counter medicines *Prescription medicines* *Home remedies* *Other* _____ *None*
15. How have you been feeling? *Not interested in doing things* *Sad* *Depressed* *Hopeless* *No energy*
Happy *OK* *Lonely* *Overwhelmed* *Stressed* *Anxious* *Angry* *Other* _____
16. What kinds of physical activities do you do? _____ How often? _____
17. Have you ever breastfed? *No* *Yes (for how long?)* _____
18. What do you think about breastfeeding your new baby?
I'm not interested *I'm thinking about it* *I want to* *I will definitely* *Other* _____
19. What questions or concerns do you have about breastfeeding? _____
20. When is your next doctor's appointment? _____ Last dentist appointment? _____
21. Do you ever run out of food? *No* *Yes (what do you do?)* _____
22. 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 embarazadas

Nombre: _____	Edad: _____	Fecha de parto: _____
---------------	-------------	-----------------------

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)* _____
10. ¿Se le antojan o come cosas que no son alimentos como tierra, barro, hielo, almidón de lavandería o trozos de pintura? *No Sí*

Preguntas adicionales

11. ¿Qué preocupaciones tiene su médico respecto a su embarazo? *Aumento de peso Pérdida de peso Lo que come usted*
Diabetes (azúcar alta en la sangre) Alta presión de la sangre Anemia (hierro bajo en la sangre) Otra _____ *Ninguna*
12. ¿Qué preguntas tiene sobre su aumento de peso durante el embarazo? _____
13. Suele sentir: *Náuseas Vómitos Acidez Estreñimiento Diarrea Calambres en las piernas Hinchazón*
Alergias a _____ Otra _____ *Ninguno*
14. ¿Cuál de los siguientes productos consume? *Vitaminas prenatales Otras vitaminas/minerales Pastillas de hierro*
Laxantes Hierbas aromáticas Medicamentos de venta sin receta Medicamentos de venta con receta
Remedios caseros Otro _____ *Ninguno*
15. ¿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 _____
16. ¿Qué actividades físicas hace? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
17. ¿Alguna vez ha dado pecho? *No Sí (¿por cuánto tiempo?)* _____
18. ¿Qué opina sobre dar pecho a su nuevo bebé?
No me interesa Lo estoy pensando Quiero hacerlo Definitivamente lo haré Otro _____
19. ¿Qué preguntas o preocupaciones tiene acerca de dar pecho? _____
20. ¿Cuándo es su próxima cita con el médico? _____ ¿Cuándo fue su última cita con el dentista? _____
21. ¿Alguna vez se ha quedado sin comida? *No Sí (¿qué hace en ese caso?)* _____
22. ¿Qué preguntas o preocupaciones tiene acerca de comprar alimentos de WIC? _____

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

