Nombre: _____
Fecha de nac.: _____Edad _____

Cuestionario de Nutrición
Para Adultos y Adolescentes (español)

WIC ☐ *Embarazada*
☐ *Da pecho*
☐ *No da pecho*

1. ¿Visita su médico regularmente? ☐ Sí ☐ No ¿Visita su dentista regularmente? ☐ Sí ☐ No

2. Seleccione cualquier problema que usted haya tenido el mes pasado:
   ☐ diarrea ☐ estreñimiento ☐ vómitos ☐ náusea ☐ dificultad al masticar o tragar ☐ problemas dentales
   ☐ dieta especial _____ ☐ problema médico o de salud _____ ☐ alergia o problema alimenticio_____ ☐ ninguno(a)

3. Seleccione todo lo que usted haya tomado:
   ☐ medicina_____ ☐ té herbales/ productos herbales_____
   ☐ vitaminas / minerales_____ ☐ remedios caseros_____ ☐ ninguno(a)

4. ¿Ha intentado controlar su peso pasando hambre, ayunando, vomitando, o usando laxantes? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Cómo son sus actividades diariamente? (marque una)
   ☐ muy activas (correr, labores pesadas, domésticas o de jardín) ☐ algo activas (caminar, hacer trabajos livianos)
   ☐ no activas (sin actividad física regular)

6. ¿Se salta comidas o tiene una cantidad limitada de alimentos por falta de dinero? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Su estufa, refrigerador, y fregadero están en buenas condiciones? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Come alguno de estos o otros cosas?:
   tierra, barro, tiza, ceniza, grandes cantidades de hielo, almidón de lavandería, maicena, o bicarbonato de sodio? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Fuma? ☐ Sí ☐ No

10. Seleccione que tan seguido come usted estos alimentos:

Carne, pollo, pescado, frijoles, o huevos.....	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Leche, yogurt, o queso……..	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Frutas…….....	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Vegetales…….....	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Pan integral, cereal, arroz, pasta, tortillas ……	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Galletas, tortas, pastel, dulce…….....	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca
Comidas fritas, papas fritas, salsa, perros calientes, tocino...	☐ A diario	☐ A veces	☐ Nunca

11. Seleccione todo lo que usted toma:

☐ leche desgrasada	☐ leche de cabra	☐ jugo 100% de fruta	☐ café	☐ cerveza, vino, licor
☐ lecha baja en grasa (1%)	☐ leche de soya	☐ Gatorade®	☐ soda o gaseosa	☐ suplementos nutricionales
☐ lecha baja en grasa (2%)	☐ leche de arroz	☐ Kool-Aid®	☐ té	☐ agua
☐ leche entera	☐ leche de sabores	☐ bebidas de frutas	☐ bebida energética	☐ otro(a)_____

12. ¿Come pescado más de dos veces por semana? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Come comidas rápidas más de dos veces por semana? ☐ Sí ☐ No

14. ¿Come carne cruda, pescado crudo o huevos crudos? ☐ Sí ☐ No

15. ¿Tiene preguntas o preocupaciones acerca de su salud o su dieta? ☐ Sí ☐ No
    Si las tiene, cuales son? _____

16. Por favor, ofrezca cualquier sugerencia sobre qué puede hacer WIC para servirle mejor a usted y a su familia.

_____

_____

PARE

DETÉNGASE AQUÍ

Name: _____
ID# _____
Date of Birth: _____ Age _____

For Staff use Only

Nutrition Education Flow Sheet (Adult & Adolescent)

	✓ Topics Discussed	Primary Education	Secondary Nutrition Date: _____ *Sign./Title: _____	Secondary Nutrition Date: _____ *Sign./Title: _____
	Reinforce Good Points in Diet			
	Nutritional Value of WIC Foods			
Breastfeeding	Assessment of Latch & Positioning			
Breastfeeding	Frequency/Duration/Encouragement			
Breastfeeding	Supply & Demand / Supplementing			
Breastfeeding	Infant Growth Spurts			
Breastfeeding	Problems / Barriers (Specify)			
Postpartum	Iron Fortified Formula			
Postpartum	Formula Preparation			
Postpartum	Techniques of Bottle Feeding			
Postpartum	Weight Management			
Postpartum	Exercise Benefits / Frequency			
Postpartum	Physical Activity / Play as a Family			
Postpartum	Alternatives to TV / Video Time			
General Nutrition	Meat / Meat Substitutes			
General Nutrition	Dairy / Milk / Milk Substitutes			
General Nutrition	Fruits / Vegetables			
General Nutrition	Bread / Cereal			
General Nutrition	Good Quality Snacks			
General Nutrition	↑ Calcium Sources			
General Nutrition	Foods to Prevent Anemia (Fe, Vit. C, Pro., Folic Acid)			
General Nutrition	Adequate Fluid Intake			
General Nutrition	↓ Empty Calories & Sweet Drinks			
General Nutrition	Nausea, Constipation, Heartburn			
	***Exit Counseling**			
	Other: (Specify)			

Only use risk 401 – (Other Dietary Risk) if no other risk is identified.

- **Failure to meet Dietary Guidelines**

Inappropriate Nutrition Practices for Women

WIC Risk 400: Inappropriate Nutrition Practices If yes, document how.
☐ **Yes** ☐ **No**

- ☐ Potentially Harmful Dietary Supplements.[3] _____
- ☐ Restrictive Diet.[2, 4,6,10] _____
- ☐ Routine ingestion of nonfood items (pica).[8] _____
- ☐ Inadequate vitamin / mineral supplementation recognized as essential.[3] _____

Pregnant Women

- ☐ Potentially unsafe food consumption.[12,14] _____

Note: the number(s) after each statement correspond to the related nutrition questionnaire.

*Exit Counseling

- **Folic Acid importance**
- **Risk of alcohol, tobacco, & drugs**
- **Continued breastfeeding as the preferred infant feeding method**
- **Up to date Immunizations**

*Required Documentation

Primary Nutrition Contact

Comments:

***Plan / Goals:**

***Sign./Title/Date:** _____