

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.....	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Leche, yogurt, o queso.....	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Frutas.....	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Vegetales.....	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Pan integral, cereal, arroz, pasta, tortillas	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Galletas, tortas, pastel, dulce.....	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Comidas fritas, papas fritas, salsa, perros calientes, tocino...	<input type="checkbox"/> A diario	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
11. Seleccione todo lo que usted toma:

<input type="checkbox"/> leche desgrasada	<input type="checkbox"/> leche de cabra	<input type="checkbox"/> jugo 100% de fruta	<input type="checkbox"/> café	<input type="checkbox"/> cerveza, vino, licor
<input type="checkbox"/> lecha baja en grasa (1%)	<input type="checkbox"/> leche de soya	<input type="checkbox"/> Gatorade®	<input type="checkbox"/> soda o gaseosa	<input type="checkbox"/> suplementos nutricionales
<input type="checkbox"/> lecha baja en grasa (2%)	<input type="checkbox"/> leche de arroz	<input type="checkbox"/> Kool-Aid®	<input type="checkbox"/> té	<input type="checkbox"/> agua
<input type="checkbox"/> leche entera	<input type="checkbox"/> leche de sabores	<input type="checkbox"/> bebidas de frutas	<input type="checkbox"/> bebida energética	<input type="checkbox"/> 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.

