



Solicitud para mujeres en periodo de lactancia o posparto

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Departamento de Salud y Servicios Sociales de Alaska

Fecha de hoy _____

1. Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	2. Fecha de nacimiento	331 332 333
---	------------------------	-------------------

3. Si tiene Medicaid, indique el número de Medicaid:

4. ¿Es esta persona hispana o latina? Sí No

5. Raza (Marque todas las que correspondan)

Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Blanco

Antecedente actual

6. ¿Cómo se encuentra después de tener a su bebé? Infórmenos si tiene alguna preocupación

7. ¿Cuál fue la fecha exacta en que nació su bebé?

8. ¿Cuál fue el peso de su bebé al nacer? ¿Cuánto midió el bebé al nacer?

9. ¿En qué centro de maternidad nació el niño?

10. ¿Cuántas semanas duró el embarazo?

11. ¿Cuándo comenzó su atención prenatal? (Mes, Año)

12. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre sus dos últimos embarazos? 332

13. ¿Cuántos bebés tuvo en su último embarazo? 335

14. ¿Cuántas veces has estado embarazada? (No contabilice este embarazo)

15. ¿Qué edad tienen sus hijos? 333

16. ¿Cuánto pesaba antes del embarazo?

17. Marque si ha tenido algún problema durante su último embarazo.

Abortos espontáneos - ¿Cuántos? _____ 321	Bebé nacido 3 o más semanas antes de lo previsto ³¹¹	Defectos genéticos o congénitos 339
Nacidos muertos - ¿Cuántos? _____ 321	Bebé de menos de 5 libras y 9 onzas al nacer ³¹²	Cesárea 359
Más de un bebé ¿Cuántos? _____ 335	Bebé de 9 libras o más al nacer ³³⁷	Antecedentes de diabetes gestacional 303
	El bebé murió antes de cumplir 1 mes ³²¹	Antecedentes de preeclampsia 304

18. Indique los medicamentos, vitaminas, vitaminas prenatales, minerales o suplementos de hierbas que toma. 357
Si no es a diario, ¿con qué frecuencia? 427.01
427.04

19. Díganos si acude a un médico, dietista o profesional sanitario por motivos médicos o emocionales. 201
ejemplo: hipertensión, prehipertensión, prediabetes, diabetes, anemia o trastornos gastrointestinales. 302-304
341-349
351-363

Describir:

20. Si ha estado hospitalizada en los últimos 3 meses, díganos por qué. 359

Consumo de cigarrillos, alcohol y drogas

21. ¿Fuma cigarrillos, pipas o puros? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto al día? 371

22. ¿Fumó en los últimos 3 meses de embarazo? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto al día?

23. ¿Fuma alguien cigarrillos, puros o pipas en algún lugar dentro de su casa? Sí No 904

24. ¿Consume tabaco sin humo, de mascar o iqmik? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto al día?

25. ¿Consumió alcohol en los últimos 3 meses de embarazo? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto al día? 371

26. ¿Bebe vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto al día? 372
En caso afirmativo, ¿cuánto a la semana?

To Be Completed by Health Care Provider (HCP)

Medical date _____ Ht _____ Pre-Pregnancy Wt _____ (101,111) Weight Before Delivery _____ Current Wt _____ (133) Hgb/Hct _____ (201)
 Name of HCP verifying applicant lives in Alaska _____ ID Verified by: Visual Recognition _____ /Other _____ WIC
 Name of CPA reviewing WIC application _____ Certification Date _____

27. Marque cualquier droga que esté consumiendo durante el embarazo:

Cocaína	Cristal de metanfetamina	Marihuana	Speed	Otra _____
Crank	Heroína	Metadona	Ninguna	Dejé de consumir ¿Cuándo? _____

Alimentación y nutrición

28. Si fuera el caso, ¿le preocupa tener comida suficiente para alimentar a su familia?

29. ¿Cómo está alimentando a su bebé? Leche materna Leche materna + fórmula Solo fórmula

30. Si amamantó, ¿en qué fecha comenzó? ¿Cuándo terminó la lactancia?

31. ¿Cuál fue el motivo por el que se interrumpió la lactancia materna?

32. En una escala de 0 a 10
¿Cuán segura se siente para amamantar a su bebé? No muy segura 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy segura

a. ¿Durante cuánto tiempo tiene pensado amamantar? _____

601

b. Amamanto _____ veces en 24 horas y cada toma dura _____ minutos.

601,602
602

33. Si solo es fórmula, ¿alguna vez amamantó? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? (ejemplo: días o semanas)

34. ¿Cuándo introdujo la fórmula?

35. En una escala de 0 a 10
¿Cuán bien cree que se está alimentando? No muy bien 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy bien

a. Generalmente ingiere _____ comidas/día y _____ bocadillos/día.

b. Suelo comer fruta: 1 taza/día o menos 2 tazas/día 3 tazas/día o más

c. Suelo comer verduras: 1 taza/día o menos 2 tazas/día 3 tazas/día o más

36. Marque si tiene antojos o come 427.03

Cenizas	Fibras de alfombra	Arcilla	Tierra
Bicarbonato sódico	Tiza	Polvo	Almidón (de lavandería o de maíz)
Cerillas quemadas	Cigarrillos	Virutas de pintura	Grandes cantidades de hielo y/o escarcha del congelador

37. ¿Ayuna, tiene atracones o vomita para controlar su peso o sigue una dieta específica? Sí No 358
427.02

Describir:

38. ¿Tiene problemas para comer algún tipo de alimento por algún motivo, como molestias dentales, intolerancias alimentarias, alergias alimentarias o de otro tipo? 353-355
381

Adicional

39. ¿Ha sido usted examinado o remitido por intoxicación por plomo? Sí No 211

40. ¿Se aloja tu familia en un refugio, vivienda temporal o en un lugar que no se utilice habitualmente para dormir? Sí No 801

41. ¿Tiene refrigerador, cocina que funcione, despensa libre de plagas y productos químicos nocivos? Sí No 801

42. ¿Tuvo algún miembro de la familia un trabajo agrícola estacional con vivienda temporal en los últimos 24 meses? Sí No 802

43. ¿Mantiene una relación con alguien que le empuja, golpea o amenaza de alguna manera? Sí No 901

44. ¿Con qué frecuencia se siente abatido, deprimido o desesperanzado? Nunca A veces A menudo Siempre 361

45. ¿Qué tipo de leche desea en su cheque de WIC?
Fresca/Refrigerada En caja (UHT) Soja En polvo Evaporada Reducida en lactosa³⁵⁵

46. ¿Qué problemas, si los hubiera, tiene para cuidar de sí misma o de su bebé/hijos? 902

47. Escriba la fecha de su última revisión dental: (Mes, Año) 381

48. ¿Qué hace su familia para divertirse?

49. ¿Cómo puede el programa WIC ayudar hoy a su familia?

Gracias.

Revisado: 24 de mayo de 2019.
Translated: 30, May 2024