

28. Marque cualquier droga que esté consumiendo durante el embarazo: 372

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

Alimentación y nutrición

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

30. ¿Cómo planea alimentar a su bebé?	Leche materna	Leche materna + fórmula	Fórmula	Fórmula
a. ¿Ha amamantado antes?	Sí No			

31. En una escala de 0 a 10
¿Cuán preparada se siente para amamantar a su bebé? No preparada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Preparada

32. 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 ingiero _____ 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

33. Marque la casilla si consume alguno de estos alimentos. 427.05

Brotos crudos: alfalfa, trébol y rábano

Crudos o poco cocinados: carne, pollo, pavo, pescado, huevos

Marisco ahumado refrigerado crudo

Carnes sin calentar:

carnes de embutido, carne de delicatessen o pollo, salchichas fermentadas y secas, salchichas

Alimentos con huevos crudos o poco cocidos:

aderezo para ensaladas, mezcla para galletas y pasteles, salsas

Quesos blandos elaborados con leche no pasteurizada:

queso feta, queso blanco fresco, brie, azul

Leche **no pasteurizada** o alimentos elaborados con leche no pasteurizada

Jugo de frutas o verduras sin **pasteurizar**

34. Marque si se le antoja o come alguno de los siguientes: 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

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

Describir:

36. ¿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

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

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

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

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

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

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

43. ¿Qué tipo de leche desea en su cheque de WIC?

Fresca/Refrigerada En caja (UHT) Soja En polvo Evaporada Reducida en lactosa³⁵⁵

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

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

46. ¿Qué hace su familia para divertirse?

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