

## HISTORIAL DE SALUD DE LA MADRE PARTE D EVALUACIÓN INICIAL SOBRE LA NUTRICIÓN

(Ver las instrucciones)

1. Apellido	Primer nombre	Inicial del 2º nombre
2. No. del paciente		
3. Fecha de nacimiento		
	Mes	Día
		Año
4. Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Blanco		
5. Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano Cubana <input type="checkbox"/> México-Americanos Hispanos <input type="checkbox"/> Otros Hispanos <input type="checkbox"/> Hispano de Puerto Rico <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Declarada		
6. Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		
7. Condado donde reside		

**Sección A: DEBERÁ SER COMPLETADA POR EL PACIENTE O POR UN MIEMBRO DEL PERSONAL ADECUADO**

1. ¿Se brinca usted una comida 5 veces a la semana o más?  No  Sí
  2. ¿Tiene usted intolerancia a la lactosa (a la leche)?  No  Sí
  3. ¿Tiene usted dificultades para obtener alimentos?  No  Sí
  4. ¿Desea información sobre alimentos o sobre alimentación?  No  Sí
  5. ¿Cómo piensa alimentar a su bebé?  Leche materna  Fórmula  No ha decidido
  - ¿Tuvo algún problema para amamantar a su(s) otro(s) hijo(s)?  No  Sí  No aplica
  - ¿Ha tenido usted alguna cirugía en el seno?  No  Sí
  - ¿Tiene alguna pregunta sobre la lactancia materna (dar el pecho)?  No  Sí
  6. ¿Sigue usted alguna dieta especial?  No  Sí; (Haga una lista) \_\_\_\_\_
  7. ¿Alguna vez ha deseado comer algo que no sea un alimento, tal como hielo, arcilla, tierra, almidón para ropa, jabón en polvo, papel o grava?  No  Sí; (Haga una lista) \_\_\_\_\_
  8. ¿Tiene usted alergia a algún alimento?  No  Sí; (Haga una lista) \_\_\_\_\_
  9. ¿Tiene usted actualmente o ha tenido algún trastorno de la alimentación, tal como pica severa, anorexia nerviosa, bulimia, etc.?  No  Sí; (Haga una lista) \_\_\_\_\_
  10. ¿Ha tenido usted alguna operación para reducir la obesidad, tal como un cirugía bariátrica?  
 No  Sí; (Indique el nombre de la operación y la fecha) \_\_\_\_\_
- (LOS PACIENTES: POR FAVOR DETENERSE AQUÍ)

**SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA SOLO POR EL PERSONAL:**

**ANOTACIONES DEL PERSONAL:**

---



---



---

Firma del revisor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Se utilizó un intérprete:  No aplica  No  Sí Nombre del intérprete \_\_\_\_\_

Remisiones:  Nutricionista / Dietista licenciada  WIC  Otro: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Las siguientes condiciones, en base a documentación en el expediente médico del paciente,  
pueden requerir una referido a una nutricionista:

Un bebé anterior nacido con bajo peso Crecimiento intrauterino restringido Trastornos metabólicos (diabetes, fenilcetonuria o PKU, disfunción de la tiroides, etc.) Infección crónica (VIH/SIDA, hepatitis, etc.)	Bajo peso antes del embarazo Aumento de peso inadecuado Alcoholismo o drogadicción Fetos múltiples Si la madre tiene 16 años de edad o menos	Trastornos auto inmunitarios (lupus, etc.) Hgb<10 gm o HCT < 30% Sobrepeso antes del embarazo Aumento de peso excesivo Toma medicamentos o usa suplementos herbarios
--	--	--

## Instrucciones para la evaluación inicial sobre riesgos en la nutrición

Propósito: Determinar si es necesario remitir al paciente a alguna persona, departamento o agencia adecuados para su seguimiento.

Instrucciones: Marque una palomita ( ✓ ) para indicar la respuesta ("No" o "Sí").

- Puede utilizar la sección de "Anotaciones del personal" para explicar más detalladamente la información obtenida. Allí puede anotar otras necesidades o problemas que haya identificado. Pueden hacerse anotaciones sobre el progreso en dicho espacio.
- Los miembros del personal que revisen el formulario deberán firmar y fechar el mismo.
- Marque una palomita ( ✓ ) para indicar si se remitió al paciente a alguna persona, algún departamento o alguna agencia, y anote la fecha en que se hizo dicha remisión.
- Deberá hacerse un seguimiento adecuado de cualquier inquietud indicada en la Sección A del formulario.
- En el recuadro gris encontrará una lista de diagnósticos que posiblemente requieran remitir al paciente a una nutricionista.
- En todo momento deberá mantenerse este formulario junto con todos los demás formularios sobre la salud de las madres.

Disposición: Este formulario deberá retenerse de acuerdo a lo dispuesto en el programa de expedientes médicos establecido por la División de Archivos e Historiales.

Ubicación: Haga clic en el enlace a continuación para leer este formulario e imprimirlo según sea necesario:  
<http://whb.ncpublichealth.com/provPart/forms.htm>