

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Por favor responda las siguientes preguntas.

1. ¿Qué cambios ha hecho en sus hábitos alimenticios desde que quedó embarazada o desde que nació su bebé?

2. Pensando en un día típico, ¿qué comidas, bocadillos y bebidas comería y bebería?

3. ¿Qué piensa sobre los cambios de peso que ha experimentado?

4. ¿Tiene alguno de los siguientes malestares?
 Náuseas Vómitos Otro: _____
 Constipación Poco apetito _____
 Acidez Ninguno de los anteriores

5. Si hay alimentos que usted evita por razones de salud o por otras razones, ¿cuáles son?

6. ¿Está usted haciendo una dieta baja en calorías o especial?
 Sí (por favor describa) _____
 No

Siga al dorso ⇨

7. ¿Come usted algo que no sea comida?
- Sí (por favor describa) _____
- No
8. ¿Come usted carne de res, de ave, pescado o huevos crudos o medio crudos, o usa productos lácteos o jugos sin pasteurizar?
9. ¿Qué vitaminas o suplementos toma usted? Marque todos los que corresponda.
- Ninguno
- Vitamina prenatal
- Complejo multivitamínico
- Complejo multivitamínico con hierro
- Hierro
- Ácido fólico
- Otro: _____