

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

(Ver las instrucciones)

1. Apellido	Primer nombre	Inicial del 2° nombre
2. No. del paciente		
3. Fecha de nacimiento		
	Mes	Día
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 fetal 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 uso de la sustancia 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:
<https://whb.ncpublichealth.com/provPart/forms.htm>