

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 Hawaii/Islands 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

- ¿Se brinca usted una comida 5 veces a la semana o más? No Sí
 - ¿Tiene usted intolerancia a la lactosa (a la leche)? No Sí
 - ¿Tiene usted dificultades para obtener alimentos? No Sí
 - ¿Desea información sobre alimentos o sobre alimentación? No Sí
 - ¿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
 - ¿Sigue usted alguna dieta especial? No Sí; (Haga una lista) _____
 - ¿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) _____
 - ¿Tiene usted alergia a algún alimento? No Sí; (Haga una lista) _____
 - ¿Tiene usted actualmente o ha tenido algún trastorno de la alimentación, tal como pica severa, anorexia nerviosa, bulimia, etc.? No Sí; (Haga una lista) _____
 - ¿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 _____

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
---	---	--

Remisiones: Nutricionista / Dietista licenciada WIC Otro: _____ Fecha _____

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://wicws.dph.ncdhhs.gov/provPart/forms.htm>