

WIC Health History for Breastfeeding Women and Postpartum Women

Name Nombre	Today's date Fecha	Age Edad (39, 40)	
Date this pregnancy ended Fecha en que este embarazo terminó	What was your due date? ¿Cuál era su fecha de dar a luz o parto? (49)	Your weight at delivery Peso cuando se fue de parto	Your weight before pregnancy Peso antes de quedar embarazada (11)
Check one Marque			
<input type="checkbox"/> live birth <input type="checkbox"/> nacimiento vivo	<input type="checkbox"/> stillbirth <input type="checkbox"/> parto muerto	<input type="checkbox"/> miscarriage <input type="checkbox"/> malparto	<input type="checkbox"/> abortion <input type="checkbox"/> aborto
<input type="checkbox"/> infant death <input type="checkbox"/> muerte de infante	<input type="checkbox"/> miscarriage <input type="checkbox"/> malparto	<input type="checkbox"/> abortion <input type="checkbox"/> aborto	<input type="checkbox"/> infant death <input type="checkbox"/> muerte de infante
Number of past pregnancies Número de embarazos en el pasado (39)	How many ended in live birth? ¿Cuántos embarazos terminaron en el nacimiento de un infante vivo? (42)	Date previous pregnancy ended Fecha en que su embarazo anterior terminó (43)	
Prenatal doctor or clinic Médico o clínica prenatal	Date of last doctor visit Fecha de la última visita médica		

If you are currently breastfeeding, fill out Sections 1 and 2. If you are **not** currently breastfeeding fill out Section 2.
Si esta amamantando, llene la sección número 1 y 2. Si **no** está amamantando, llene la sección 2.

Section 1
Sección 1

My baby breastfeeds Mí bebé amamanta	every _____ hours or _____ times a day and _____ times a night Cada _____ horas o _____ veces al día y _____ veces en la noche	How long on each side? _____ ¿Cuántas veces en cada lado? _____ (70)
If your baby gets bottles Si le dá la botella a su bebé	What is in the bottle? _____ ¿Que hay en la botella? _____	How often? _____ ¿Cuán a menudo? _____
Do you have problems with Tiene problemas con	<input type="checkbox"/> Let down <input type="checkbox"/> Circulación de la leche maternal	<input type="checkbox"/> Hot, hard breasts <input type="checkbox"/> Senos calientes y duros
<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Latch <input type="checkbox"/> Bebé al prenderse del pezón (latch)	<input type="checkbox"/> Pain in your breasts <input type="checkbox"/> Senos dolorosos
	<input type="checkbox"/> No problems <input type="checkbox"/> Ningún problema	<input type="checkbox"/> Sore nipples <input type="checkbox"/> Pezones dolorosos
How long do you want to breastfeed your baby? ¿Por cuánto tiempo quiere amamantar a su bebé?		
Are you going back to work or school? ¿Piensa volver a trabajar o a la escuela?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí	When? _____ ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
What kind of support for breastfeeding do you have at home? ¿Qué tipo de apoyo para amamantar recibe en su casa?		
Would you like more breastfeeding help? ¿Le gustaría recibir mas ayuda para lactar/amamantar?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	

Section 2
Sección 2

Did you ever breastfeed your baby? ¿Amamantó o lactó su niño alguna vez?	<input type="checkbox"/> Still breastfeeding <input type="checkbox"/> Sigue amamantando	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
Why did you stop? ¿Porqué dejó de amamantar? _____	How old was your baby when you stopped? _____ ¿Que edad tenía el bebé cuando dejó de amamantar? _____		
Did you have a C-section? ¿Tuvo una cesárea?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	(93)
List any problems you have had. Liste cualquier problema que ha tenido.	With this pregnancy _____ Con este embarazo _____	With past pregnancies _____ Con embarazos pasados _____	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Ninguno (44)
Check any health problems you currently have. Marque cualquier problema de salud que tenga en estos momentos.	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Lactose intolerance <input type="checkbox"/> Intolerancia de lactosa	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Ninguno (91, 93, 94)
List any medicines you take. Liste cualquier medicina que toma.	(93)		

Has the doctor tested your blood for lead?
 ¿Ha examinado su doctor el nivel de plomo en su sangre?
 Yes Results _____ **No** **Don't know**
 Sí Resultados _____ No No sabe (21)

Have you ever had a baby with a birth weight of nine pounds or more?
 ¿Ha tenido un bebé que pesó 9 libras o más?
 Yes **No**
 Sí No (22, 49)

Was your baby born three or more weeks early?
 ¿Ha tenido un bebé que nació tres o más semanas antes de tiempo?
 Yes How many weeks? _____ **No**
 Sí ¿Cuántas semanas antes? _____ No (49)

Was your baby born with any health problems?
 ¿Nació su bebé con algún problema de salud?
 Yes **No**
 Sí No
If yes, explain _____
 Si contestó sí, explique. (23)

Check all supplements you take.
 Marque todos los suplementos que consume.
 Prenatal vitamins/vitamins **Iron** **Herbs** **Calcium**
 Vitaminas prenatales/Vitaminas Hierro Hierbas Calcio
 Other _____ **None**
 Otro _____ Ninguno (30)

Are you on a special diet?
 ¿Está en una dieta especial?
 Yes, your choice **Yes, from your doctor** **No**
 Sí, decisión suya Sí, decisión del médico No (30, 35, 91, 93)

List your food allergies
 Liste sus alergias a alimentos **None**
 Ninguno (93)

Check any of these non-food items that you eat or crave.
 Marque cualquiera de estas cosas que come o anhela comer.
 Paint chips **Ice** **Printed paper** **Dirt/clay** **Starch** **Coffee grounds**
 Cascaras de pintura Hielo Papel con tinta Tierra o barro Almidón Borra o molinillo de café
 Other _____ **None**
 Otro _____ Ninguno (30)

Check all that apply.
 Marque lo que aplique.
 Someone else shops for food. **I usually shop for food.** **I usually do not eat at home.**
 Otra persona compra los alimentos en mi casa. Yo compró los alimentos. Yo usualmente no como en casa.
 Someone else does the cooking. **I usually cook.** **I live in a shelter, motel, or temporary place.**
 Otra persona cocina en mi casa. Yo usualmente cocino. Yo vivo en un refugio (shelter), motel, o sitio temporero.
 I have a working stove or microwave and refrigerator in my home.
 Tengo una estufa o microonda y refrigerador que trabaja en mi casa.
 I run out of money or food stamps to buy food.
 Me quedo sin dinero o estampillas para comprar alimentos. (66, 95)

What do you think about your eating habits?
 ¿Qué piensa de sus hábitos de comer?

Name one or two things you do for physical activity or exercise.
 Nombre una o dos cosas que hace como actividad física o ejercicio.

How many cigarettes, pipes, cigars do/did you smoke?
 ¿Cuántos cigarillos, pipas, cigarros fuma o fumaba?
Now _____ a day _____ a week **None**
 Ahora _____ al día _____ en semana ninguno
Last three months of this pregnancy _____ a day _____ a week **None**
 Los últimos tres meses de este embarazo _____ al día _____ en semana ninguno
Three months before this pregnancy _____ a day _____ a week **None**
 Tres meses antes de este embarazo _____ al día _____ en semana ninguno (46)

If anyone living in your home smokes, where do they smoke?
 Si alguien en su casa fuma, donde fuman?
 Inside **Outside** **Car** **No one smokes**
 Adentro Afuera En el carro Nadie fuma (46)

Check all alcoholic beverages you drink.
 Marque todas las bebidas alcohólicas que toma.
 Wine **Beer** **Coolers** **Liquor**
 Vino Cerveza Coolers Licor
Now _____ a day _____ a week **None**
 Ahora _____ al día _____ en semana ninguno
Last three months of this pregnancy _____ a day _____ a week **None**
 Los últimos tres meses de este embarazo _____ al día _____ en semana ninguno
Three months before this pregnancy _____ a day _____ a week **None**
 Tres meses antes de este embarazo _____ al día _____ en semana ninguno (47, 66)

Check all drugs you currently use.
 Marque todas las drogas que usa.
 Marijuana **Crack** **Speed** **LSD** **Heroin**
 Marijuana Crack Speed LSD Heroína
 Crystal meth **Inhalants** **Prescription drugs (misuse)**
 Crystal meth Inhalantes Drogas recetadas (mal uso)
 Other _____ **None**
 Otro _____ Ninguno (48, 66, 93)

During the last six months, have you been physically, sexually or verbally abused?
 ¿Ha sido abusada físicamente, sexualmente o verbalmente en los últimos seis meses?
 Yes **No**
 Sí No (67)

Do you have any questions or concerns?
 ¿Tiene preguntas o preocupaciones?