

**Ohio Department of Health • Bureau of Nutrition Services**  
**WIC Health History for Pregnant Women**

<b>Name</b> Nombre			<b>Today's date</b> Fecha	<b>Age</b> Edad (39,40)
<b>Your due date is</b> Fecha de dar parto	<b>Weight before pregnancy</b> Peso antes de quedar embarazada (12,13)	<b>Number of past pregnancies</b> Cantidad de embarazos que ha tenido (39)	<b>Number of live births</b> Cantidad de nacimientos vivos (45)	<b>Date last pregnancy ended</b> Fecha cuando el último embarazo terminó (43)
<b>Prenatal doctor or clinic</b> Médico o clínica prenatal			<b>How far along were you at your first doctor visit for this pregnancy?</b> ¿Cuántos meses de embarazada tenía durante su primera visita al doctor para este embarazo? (16)	

**If this is not your first pregnancy, fill out Sections 1 and 2. Fill out Section 2 if this is your first pregnancy.**  
**Si este no es su primer embarazo, llene la sección número 1 y 2. Solamente llene la sección 2 si este es su primer embarazo.**

**Section 1**  
**Sección 1**

<p><b>Are you breastfeeding now?</b> ¿Esta lactando o amamantando en estos momentos?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Yes</b>      <input type="checkbox"/> <b>No</b>  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No</p> <p align="right">(69)</p>
<p><b>Have you ever breastfed?</b> ¿Ha lactado o amamantado?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Yes</b>      <input type="checkbox"/> <b>No</b>  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>If yes, why did you stop?</b> _____          ¿ Si contestó sí, porqué dejó de lactar? _____</p> <p><b>How old was your baby when you stopped?</b> _____          ¿Que edad tenía el bebé cuando paró? _____</p>
<p><b>Have you had any problems with past pregnancies?</b> ¿Ha tenido problemas con embarazos en el pasado?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Yes</b>      <input type="checkbox"/> <b>No</b>  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>If yes, list</b> _____          Si contestó sí, liste _____</p> <p align="right">(44,45)</p>
<p><b>Check if you ever had a baby with one of these birth weights.</b>          Marque si ha tenido un bebé que pesó lo siguiente al nacer.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>5 pounds and 8 ounces or less</b>      <input type="checkbox"/> <b>9 pounds or more</b>      <input type="checkbox"/> <b>Neither</b>  <input type="checkbox"/> 5 libras y 8 onzas o menos      <input type="checkbox"/> 9 libras o más      <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p align="right">(22, 49)</p>
<p><b>Have you ever had a baby born three or more weeks early?</b>          ¿Ha tenido un bebé que nació tres o más semanas antes de tiempo?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Yes</b>      <b>How many weeks?</b> _____      <input type="checkbox"/> <b>No</b>  <input type="checkbox"/> Sí      ¿Cuántas semanas antes? _____      <input type="checkbox"/> No</p> <p align="right">(49)</p>
<p><b>Have you ever had a baby born with any health problems?</b>          ¿Ha tenido un bebé con algún problema de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Yes</b>      <input type="checkbox"/> <b>No</b>  <input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>If yes, explain</b> _____          Si contestó sí, explique _____</p> <p align="right">(23)</p>

**Section 2**  
**Sección 2**

<p><b>Check any problems you are having with this pregnancy.</b>          Marque cualquier problema(s) que esté teniendo con este embarazo.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Heartburn</b>      <input type="checkbox"/> <b>Poor appetite</b>      <input type="checkbox"/> <b>Vomiting</b>      <input type="checkbox"/> <b>Diarrhea</b>      <input type="checkbox"/> <b>Nausea</b>      <input type="checkbox"/> <b>Constipation</b>  <input type="checkbox"/> Acidez      <input type="checkbox"/> Poco apetito      <input type="checkbox"/> Vomitos      <input type="checkbox"/> Diarrea      <input type="checkbox"/> Nausea      <input type="checkbox"/> Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Other</b> _____      <input type="checkbox"/> <b>None</b>  <input type="checkbox"/> Otro _____      <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p align="right">(44)</p>
<p><b>Check any of your health problems.</b>          Marque cualquier problema(s) de salud que usted tenga.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b>      <input type="checkbox"/> <b>Depression</b>      <input type="checkbox"/> <b>Dental</b>      <input type="checkbox"/> <b>High blood pressure</b>      <input type="checkbox"/> <b>Lactose Intolerance</b>  <input type="checkbox"/> Diabetis      <input type="checkbox"/> Depresión      <input type="checkbox"/> Dental      <input type="checkbox"/> Alta presión      <input type="checkbox"/> Intolerancia de lactosa</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Other</b> _____      <input type="checkbox"/> <b>None</b>  <input type="checkbox"/> Otro _____      <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p align="right">(44, 91, 93, 94)</p>
<p><b>Have you lost weight during this pregnancy?</b>          ¿Ha perdido peso durante este embarazo?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Yes</b>      <b>How much?</b> _____      <input type="checkbox"/> <b>No</b>  <input type="checkbox"/> Sí      ¿Cuánto? _____      <input type="checkbox"/> No</p> <p align="right">(10)</p>
<p><b>List any medicines you take.</b>          Liste cualquier medicina que consume.</p> <p align="right"><input type="checkbox"/> <b>None</b>  <input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p align="right">(93)</p>
<p><b>Check all supplements you take.</b>          Marque todos los suplementos que consume.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Prenatal vitamins</b>      <input type="checkbox"/> <b>Vitamins</b>      <input type="checkbox"/> <b>Iron</b>      <input type="checkbox"/> <b>Herbs</b>      <input type="checkbox"/> <b>Calcium</b>      <input type="checkbox"/> <b>Folic acid</b>  <input type="checkbox"/> Vitaminas prenatales      <input type="checkbox"/> Vitaminas      <input type="checkbox"/> Hierro      <input type="checkbox"/> Hierbas      <input type="checkbox"/> Calcio      <input type="checkbox"/> Ácido fólico</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Other</b> _____      <input type="checkbox"/> <b>None</b>  <input type="checkbox"/> Otro _____      <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p align="right">(30)</p>

**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)

---

**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**  
 Ninguna (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 \_\_\_\_\_  Ninguna (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

**Anytime during this pregnancy** \_\_\_\_\_ **a day** \_\_\_\_\_ **a week**  **None**  
 Cualquier momento durante 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

**Anytime during this pregnancy** \_\_\_\_\_ **a day** \_\_\_\_\_ **a week**  **None**  
 Cualquier momento durante 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 used at any time during this pregnancy.**  
 Marque todas las drogas que ha usado durante este embarazo.

**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 \_\_\_\_\_  Ninguna (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?

\_\_\_\_\_