



## REGISTRO DE EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN DURANTE EL EMABRAZO NUTRITION DURING PREGNANCY ASSESSMENT RECORD

Por favor de completar este formulario y traerlo con usted a su cita o clase

**1. Información del paciente / Patient Information:** **Fecha/Date:** \_\_\_\_\_

Nobre/Name: \_\_\_\_\_ Edad/Age: \_\_\_\_\_ Raza/Race: \_\_\_\_\_  
 Nivel de educación/Level of Education: \_\_\_\_\_  
 Ocupación/Occupation: \_\_\_\_\_ Horas de trabajo/Work Hours: \_\_\_\_\_

**2. Historial medico / Medical History:**

Altura/Height: \_\_\_\_\_ Peso actual/Current Weight: \_\_\_\_\_ Peso antes del embarazo/Weight before pregnancy: \_\_\_\_\_  
 Alergias/Allergies: \_\_\_\_\_  
 Otros problemas médicos/Other medical problems: \_\_\_\_\_

**3. Historial prenatal / Prenatal History:**

Fecha de parto: \_\_\_\_\_ Numero de semanas embarazada \_\_\_\_\_ Embarazo de múltiples?  Si/Yes  No  
*Estimated Due Date Number of Weeks Pregnant Is this pregnancy twins or more?*  
 ¿Número de embarazos incluyendo el presente?/ Number of pregnancies including present pregnancy?: \_\_\_\_\_  
 Número de niños viviendo?/ Number of living children: \_\_\_\_\_  
 ¿Complicaciones con este embarazo?/Any complications during this pregnancy?  No  Si/Yes  
*Si es si, cuales?/If yes, What?* \_\_\_\_\_  
 Peso al nacer de bebes/ Birth weight of child/children: #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ Etc. \_\_\_\_\_

**4. Ejercicio / Exercise:**

¿Sigue algún programa de ejercicio regular al momento?/Do you currently have a regular exercise program?  No  Si/Yes,  
 Si es si/if yes:  

Tipo/Type	Periodo de tiempo/ Length of Time	Intensidad/Intensity (circule uno/circle)	# De veces po semana/ # Times/Week
_____	_____	Leve/Light   Medio/Medium   Pesado/Heavy	_____

¿Hacia ejercicio antes de su embarazo? / Did you exercise prior to pregnancy?  Si/Yes  No  
 Le ha aconsejado su médico a limitar ejercicio de cualquier manera/Have you been advised by a medical provider to limit exercise in any way?  No  Si/Yes, ¿Si es si, cuáles son sus limitaciones?/If yes, what are the limitations? \_\_\_\_\_

**5. Historial social / Social History:**

Estado civil/Marital Status:  Soltera/Single  Casada/Married  Viuda/Widow  Divorciada/Divorced  
 Numero de persona que viven en el hogar / Number of people that live in household: \_\_\_\_\_  
 Relaciones/Relationships: \_\_\_\_\_  
 ¿Son de personas de apoyo y ayuda? / Are they supportive and helpful?  Si/Yes  No  
 ¿Tendrá su bebe en el hospital de Women's, parte de metodista?/Are you delivering at Women's Hospital?  Si/Yes  No  
 Historial de uso de Tabaco/Tobacco History:  
 Nunca ha fumado/Never Smoker  Antes fumaba/Former Smoker  Actualmente fumando/Current Smoker

**6. Medicamentos / Medication:**

Por favor de traer una lista de medicinas que está tomando, recetadas y sobre el mostrador (como vitaminas) o escribir en la lista abajo:  
 Bring with you a list of all the medications you are currently taking, including over the counter (e.g. vitamins) OR list below:

Medicamento/Medication	Dosis/Dose	Horario/Time

< ver al dorso >

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_



**7. Historial de nutricion / Nutrition History:**

¿Alguna vez ha seguido o esta seguido una dieta especial?/Have you or are you currently following a special diet?

No  Si/Yes, Si es si, explique/If yes explain: \_\_\_\_\_

¿Se salta las comidas?/Do you skip meals?  No  Si/Yes,

Si es si, cuáles comidas?/If yes which meals? \_\_\_\_\_

¿Cocinas en el hogar?/Do you cook at home?  No  Si/Yes

¿Tienes alergias a ciertas comidas?/Do you have any food allergies?  No  Si/Yes,

Si es si, cuáles?/If yes, What: \_\_\_\_\_

¿Hay comidas que no le gusten?/Do you have any strong food dislikes?  No  Si/Yes,

Si es si, cuáles?/If yes, What: \_\_\_\_\_

¿Hay comidas que te gustaría incluir como parte de tu cultura a tu plan de alimentos?/Do you have any food you would like included/cultural influences in your meal plan?  No  Si/Yes,

Si es si, cuáles?/If yes, What: \_\_\_\_\_

¿Que tan seguido comes de restaurant o ordenas?/How often do you eat out or pick up take out?

Nunca/Never  1-3 veces/semana/1-3 times/week  4-6 veces/semana/4-6 times/week  Diario/Daily

¿Cuando sales a comer, a donde vas por comida? /When eating out where do you usually dine?

Comida rápida/Fast food  Sentados en restaurante/Sit Down Restaurant  Bufe/Buffer

¿Planeas dar pecho?/Do you plan to breast feed?  Si/Yes  No

**En el último mes, ¿comiste o tomaste de los siguientes?/**

**How often in the last month did you eat or drink the following?**

	Nunca Never	1-6/semana 1-6/week	1-3/semana 1-3/day	4 o mas/dia 4 or more/day
Leche, yogur, leche de soya o nuez, leche sin lactosa <input checked="" type="checkbox"/> appropriate box Milk, yogurt, nut/soy milk, lactose free				
Bebidas dulces (soda, bebidas de energía, jugos) <input checked="" type="checkbox"/> appropriate box Sweetened Drinks (Pop/Soda, energy drinks, juice)				
Frutas (fresca, congelada, enlatada, seca) <input checked="" type="checkbox"/> appropriate box Fruits (Fresh, frozen, canned, dried)				
Verduras con almidón (elote, papas, chicharos) <input checked="" type="checkbox"/> appropriate box Starchy Vegetables (Corn, Potatoes, peas)				

**En el espacio de abajo, escribe lo que usted consume y bebe normalmente o lo que ha comido en las últimas 24 horas. Incluya detalles con el tipo de comida y la cantidad de comida en un día**

*In the space provided below, record what you typically eat and drink, or what you have eaten in the past 24 hours.*

*Include details such as type of food and amount of food in a day.*

Ejemplo Example:	Cereal = 1 taza de cheerios Cereal-Cheerios - 1 Cup	1 taza de leche desnatada Milk - Skim - 1 Cup	2 rodajas de pan de trigo Toast - wheat 2 slices
Meal Times	Comida consumida y cantidad / Food Eaten and Amount		
Desayuno/Breakfast Horario/Time _____			
Bocadillo/Snack Horario/Time _____			
Almuerzo/Lunch Horario/Time _____			
Bocadillo/Snack Horario/Time _____			
Cena/Dinner Horario/Time _____			
Bocadillo/Snack Horario/Time _____			

¿Qué es lo que más te interesa aprender hoy?/What are you most interested in learning today? \_\_\_\_\_

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_