



166015

Cuestionario prenatal (Prenatal Questionnaire)

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono particular: () _____ Teléfono laboral: () _____

Correo Electrónico (opcional): _____

Fecha de nacimiento: _____

Médico que deriva: _____ No. de teléfono: () _____

Raza/origen étnico: Blanco no hispano Afroamericano Hispanoamericano Nativo americano
 Asiático americano Otro (especifique) _____

¿Cuándo es su fecha de parto? _____

Número de embarazos previos: _____

¿Está usted embarazada de? Uno Mellizos Trillizos Otro (especifique) _____

Enumere la edad y peso al nacer de sus otros hijos:

Edad: _____	Peso al nacer: _____	Edad: _____	Peso al nacer: _____
Edad: _____	Peso al nacer: _____	Edad: _____	Peso al nacer: _____

Antecedentes de muerte fetal o aborto espontáneo: Sí No Si la respuesta es Sí, fechas: _____

¿Presentó altos niveles de azúcar en sangre con sus embarazos previos? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿recibió algo de educación sobre la diabetes? Sí No Si la respuesta es Sí, año _____
Dónde: _____

¿Tiene antecedentes de complicaciones del embarazo? Sí No
Enumere: _____

¿Alguien de su familia tiene diabetes? Sí No Si la respuesta es Sí, quién: _____

¿Tiene algún otro problema médico (*enfermedad antes del embarazo*)? Sí No
Si la respuesta es Sí, enumere: _____

¿Toma algún medicamento? Sí No Si la respuesta es Sí, Enumere:

_____	_____
_____	_____
_____	_____



166015

Cuestionario prenatal (Prenatal Questionnaire)

¿Fuma? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuántos cigarrillos por día? _____

¿Consumes alguna bebida alcohólica Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuántas? _____

Responda a lo siguiente para ayudarnos a determinar el plan de alimentación correcto para usted:

Edad: _____ Estatura: _____ Último peso en el consultorio médico: _____ Peso previo al embarazo: _____

¿Toma vitaminas y/o suplementos? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿de qué tipo? _____

¿Cómo es su apetito? Bueno Regular Malo ¿Algún cambio reciente en el apetito? Sí No
Si la respuesta es Sí, describa: _____

¿Tiene alguna alergia a alimentos? Sí No
Si la respuesta es Sí, describa: _____

¿Tiene intolerancia a algún alimento (*lactosa, comidas picantes, etc.*)? Sí No
Si la respuesta es Sí, describa: _____

¿Hay algún alimento que no le guste y que no comerá? Sí No
Si la respuesta es Sí, describa: _____

Si tiene un empleo, ¿qué tipo de trabajo realiza? _____

¿En qué turno trabaja? De día De tarde De noche Rotativo

¿Quién le prepara su comida? _____ ¿Quién hace la compra de alimentos? _____

¿Participa en un programa regular de ejercicios? Sí No Si la respuesta es Sí, responda lo siguiente:
Tipo de ejercicio: _____ Frecuencia: _____ Duración: _____

Su plan de comidas distribuirá sus calorías/hidratos de carbono en 3 comidas y 3 bocadillos por día. Enumere a continuación lo que come en un día típico. Sea tan específica como le sea posible:

Desayuno	¿a qué hora? _____	Bocadillo A.M.	¿a qué hora? _____
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

Almuerzo	¿a qué hora? _____	Bocadillo P.M.	¿a qué hora? _____
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	



166015

Cuestionario prenatal (Prenatal Questionnaire)

Cena	¿a qué hora? _____	Bocadillo nocturno	¿a qué hora? _____
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

Indique la cantidad que come o bebe por día de los alimentos que se enumeran a continuación:

Leche: No. de tazas por día: _____ Entera 2% 1% Descremada Soja

Si bebe menos de 3 tazas de leche por día, ¿podría beber más? Sí No

¿Cuánto más? 1 taza 2 tazas 3 tazas

Suplemento de calcio: Sí No ¿De qué tipo? _____ ¿Qué cantidad? _____

Yogurt (6 ó 8 oz): Sí No ¿Cuántos por día? _____

Fruta: Sí No ¿Cuántas por día? 1 2 3 ó más

Enumere los horarios del día en que le gustaría comer fruta: _____

Enumere las frutas que le gusta comer: _____

Verduras: Sí No ½ taza a 1 taza por día 1 taza con cada almuerzo y cena

Enumere las verduras que le gusta comer: _____

Seleccione todos los alimentos proteicos que le gustan que o probaría:

- Manteca de maní "Leche" con menor contenido de hidratos de carbono Leche de soja
- Queso cottage Atún enlatado (máx.: 1 lata/semana) Frutas secas
- Fiambres (calentados/al vapor) Tofu Queso Huevos

For clinical use only / Solamente para uso clínico

Initial Visit / Visita Inicial

Diabetes Type: Gestational: _____ Type 1: _____ Type 2: _____

Tipo de Diabetes: Gestacional: _____ Tipo 1: _____ Tipo 2: _____

Pre-pregnancy BMI*: _____ Present BMI: _____ Weeks pregnant at time of dx: _____

IMC* pre-embarazo: _____ IMC actual: _____ Semanas de embarazo en el momento del dx: _____

1-hour Challenge: _____

Prueba de tolerancia de una hora: _____

FBS (Fasting Blood Sugars): _____ 1-hour: _____ 2-hour: _____ 3-hour: _____

FBS (glucosa plasmática en ayunas): _____ hora 1: _____ hora 2: _____ hora 3: _____

Current pregnancy complications: _____

Complicaciones del embarazo actual: _____

*BMI (Body Mass Index) / IMC (índice de masa corporal)