BREASTFEEDING/ POSTPARTUM WOMAN NUTRITION SURVEY

Name:	Age:	Today's Date:

Please circle or write your answers to the following questions:

If you are breastfeeding your baby:

1. **How is breastfeeding going for you?**
   Good – I have the help I need *OK – I have some questions* *Not so good – I need help*
2. **How long do you think you will breastfeed?**_____

3. **Which of these do you take:** *Prenatal Vitamins* *Iron Pills* *Other Vitamins* *Herbal Supplements* *Over-the-counter medications* *None* *Other Medications*_____
4. **Which one or more of the following words(s) describes how you feel?** *Happy* *OK* *Tired* *Depressed* *Sad* *Angry* *Stressed* *Other*_____
5. **How do you feel about your weight now?**
   Too little *Too much* *OK*
6. **How many times a day do you eat?** *Meals*_____ *Snacks*_____
7. **How many times <u>a week</u> do you eat fast food or food from a restaurant?**
   Never *1-2 times* *3-4 times* *5 or more times*
8. **If you eat meals at home, where in your home do you usually eat?**
   At the Table *In the Living Room/ TV Room* *In the Bedroom* *Other*_____
9. **Are you on a special diet?** *Yes* *No* *If yes, please explain*_____
10. **Are there foods that you limit or do not eat?** _____
11. **What do you drink on most days?** *Water* *Milk* *Coffee/Tea* *Regular Soda* *Diet Soda* *Juice* *Gatorade*
12. **How do you feel about your eating habits now?** *Good* *OK* *Not so good*
13. **What kind of activity do you do on most days?** *Walk* *Run* *Bike* *Dance* *Sports* *Swim* *Garden* *Exercise class or video* *Gym* *None* *Other* _____
14. **Do you ever run out of money or food stamps to buy food?** *Yes* *No*
15. **What nutrition and health questions do you have today?**

    _____

CUESTIONARIO DE NUTRICION PARA MUJERES AMAMANTANDO/DESPUÉS DEL PARTO

Nombre:	Edad:	Fecha:

Favor de trazar un círculo o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:

Si está amamantando ahora:

1. **¿Cómo le va cuando amamanta a su bebé?**
   Bien – tengo la ayuda necesaria *OK – tengo algunas preguntas* *No muy bien – necesito ayuda*
2. **¿Por cuánto tiempo piensa usted amamantar a su bebé?**_____

3. **¿Cuáles de estos productos toma?** *Vitaminas prenatales* *Píldoras con hierro* *Otras vitaminas/minerales* *Hierbas* *Medicamentos sin receta médica* *Ninguna* *Otros medicamentos* _____
4. **¿Cuáles palabras describen su estado de ánimo?** *Muy contenta* *Está bien* *Cansada* *Deprimida* *Triste* *Enojada* *Tensa* *Otra*_____
5. **¿Cómo se siente ahora acerca de su peso?** *Muy delgada* *Muy Gorda* *Está bien*
6. **¿Cuántas veces al día come?** *Comidas*_____ *Bocadillos*_____
7. **¿Cuántas veces <u>a la semana</u> come comidas rápidas o de restaurante?**
   Nunca *1-2 veces* *3-4 veces* *5 o más veces*
8. **¿Si come en la casa, en qué parte de la casa come?**
   En la mesa *En la sala/cuarto de televisión* *En el cuarto* *Otro*_____
9. **¿Está a alguna dieta especial?** *No* *Sí* *Si es así, explique*_____
10. **¿Hay algunos alimentos que limita, evita o no come?** _____
11. **¿Qué es lo que toma en la mayoría de los días?** *Agua* *Leche* *Café/Té* *Soda regular* *Soda de dieta* *Jugo* *Gatorade*
12. **¿Cómo se siente ahora acerca de sus hábitos de comer?** *Bien* *OK* *No Muy Bien*
13. **¿Cuáles actividades físicas hace en la mayoría de los días?** *Caminar* *Correr* *Andar en bicicleta* *Bailar* *Deportes* *Nadar* *Cultivar un jardín* *Clase/Video de ejercicio* *Gimnasio* *Ninguna* *Otra*_____
14. **¿Alguna vez se ha quedado sin dinero o sin estampillas de comida para comprar alimentos?** *Sí* *No*
15. **¿Cuáles preguntas tiene hoy sobre la nutrición y la salud?**

    _____