

Historia clínica

Fecha:

Ficha de identificación:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Domicilio:

Teléfono:

Entidad Federativa:

Motivo de consulta:

Padecimiento actual:

Antecedentes heredofamiliares:

Padre Madre Otro

Padre Madre Otro

Infartos cardiacos:

Hipertensión:

Infartos cerebrales:

Cáncer:

Adicciones: Obesidad:

Alergias:

Insuficiencia Renal:

Diabetes:

Antecedentes personales patológicos:

Fecha:

Motivo:

Quirúrgicos:

Traumatológicos:

Hospitalarios:

Medicamentos de control (actual): _____

Ejercicio físico: Tiempo: Cantidad

Tratamiento nutricional:

Resultados:

Exploración física:

Signos vitales:

Pulso:

F.R:

T/A:

F.C:

Temperatura:

Cabello:

Ojos:

Cuello:

Tiroides:

Tórax:

Abdomen:

Piel:

Miembros superiores e inferiores:

ANTROPOMETRÍA

Peso:

Longitud:

IMC:

DIAGNOSTICO:

PESO PARA LA EDAD:

PESO PARA LA TALLA:

TALLA PARA LA EDAD:

MÉTODO DIETÉTICO

Hábitos alimentarios:

Cuántas comidas hace al día: _____

Quién prepara sus alimentos _____

Come entre comidas? _____ Qué? _____

Ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses (trabajo, estudio, o actividad)

SI ___ NO ___ Por qué? _____ Cómo? _____

Apetito: Bueno _____ Malo _____ Regular _____

A qué hora tiene más hambre _____

Alimentos preferidos: _____

Alimentos que no le agradan / no acostumbra: _____

Alimentos que le causan malestar (especificar): _____

Es alérgico a algún alimento: SI ___ NO ___ cuál? _____

Su consumo varía cuando está triste, nervioso o ansioso: SI _____ NO _____ Cómo? _____

Agrega sal a la comida ya preparada: SI _____ NO _____

Qué grasa utilizan en casa para preparar su comida:

Margarina Aceite vegetal Manteca Mantequilla Otros _____

Desayuno:		Hora:	Lugar De Consumo:
Alimento		Cantidad	
Colación:		Hora:	Lugar De Consumo:
Alimento		Cantidad	
Comida:		Hora:	Lugar De Consumo:
Alimento		Cantidad	
Colación:		Hora:	Lugar De Consumo:
Alimento		Cantidad	
Cena:		Hora:	Lugar De Consumo:
Alimento		Cantidad	

NATURAL										
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Descripción alimentación en estancias infantiles o kínder

Análisis de una dieta correcta:

- ☞ **Completa.-**
- ☞ **Equilibrada.-**
- ☞ **Inocua.-**
- ☞ **Suficiente.-**
- ☞ **Variada.-**
- ☞ **Adecuada.-**

Exámenes complementarios:

Biometría hemática

Hemoglobina:

EGO

Química sanguínea

Glucemia en ayunas:

Glucemia post-prandial:

Hemoglobina glucosilada

Perfil de lípidos

Colesterol total:

HDL:

LDL:

Diagnóstico:

Clínico:

Antropométrico:

Dietético:

Bioquímico:

Tipo de dieta:

Periodo:

Valor calórico:

Objetivo de la dieta:

