Historia clínica

Fecha:

Ficha de identificación:

Nombre: **Edad:** **Sexo:**

Ocupación: **Edo. Civil:**

Domicilio: **Teléfono:**

Entidad Federativa:

Motivo de consulta:

Padecimiento actual:

Antecedentes heredofamiliares:

Padre Madre Otro Padre Madre Otro

Infartos cardiacos: **Hipertensión:**

Infartos cerebrales: **Cáncer:**

Adicciones:

Alergias: **Insuficiencia Renal:**

Diabetes:

Antecedentes personales patológicos:

Fecha: Motivo:

Quirúrgicos:

Traumatológicos:

Hospitalarios:

Gineco-obstetricos: Menarca: Menopausia: FUM:
N.de embarazos:

Tabaco:

Alcohol:

Alergias a medicamentos:

Suplementos alimenticios:

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

Edad gestacional: **Peso Actual:**

Peso pregestacional: **Talla:**

IMCpreg: **Dx:**

C.muñeca: **Complexión:**

Fondo uterino:

PE y EG:

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?

_____dulces

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

Qué grasa utilizan en casa para preparar su comida: aceite

Margarina □Aceite vegetal □Manteca □Mantequilla □Otros _____

RECORDATORIO DE 24 HORAS

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

Frecuencia Alimentaria

ALIMENTO	1	2	3	4	5	6	DIARIO	NUNCA	OCASIO-NALMEMTE
AVES									
CARNE DE RES									
PESCADO									
CERDO									

HUEVO									
LECHE									
FRIJOL									
LENTEJA									
TORTILLA									
PAPA									
PAN DULCE									
ZANAHORIA, CHAYOTE, COLIFLOR, BROCOLI, ACELGAS, ESPINACAS ETC.									cruda
MANGO, MANZANA, PAPAYA, MELON, SANDIA ETCC									
AZUCAR									
MERMELADA									
MIEL									
OTROS									
BEBIDAS GASEOSAS									
SABRITAS									
TIPO DE PREPARACION									
HERVIDO									
AL VAPOR									
ASADO									
FRITO									
HORNEADO									
GUISADO									
NATURAL									

Análisis de una dieta correcta:

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

Exámenes complementarios:

Biometría hemática

Hemoglobina:

EGO

Química sanguínea

Glucemia en ayunas:

Glucemia post-pondrial:

Hemoglobina glucosilada

Perfil de lípidos

Colesterol total:

HDL:

LDL:

Diagnóstico:

Clínico:

Antropométrico:

Dietético:

Bioquímico:

Tipo de dieta:

Periodo:

Valor calórico:

Objetivo de la dieta:

Nombre y firma de la paciente: _____

- ✓ **MENÚ (7 DÍAS)**
- ✓ **LISTA DE ALIMENTOS PERMITIDOS Y NO PERMITIDOS**
- ✓ **RECOMENDACIONES NUTRICIONALES**

- ❖ **PSOAP**