

HISTORIA NUTRICIA

Folio o expediente: _____

Fecha: _____

DATOS GENERALES

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Sexo: _____ Estado civil: _____
Ocupación: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

<input type="checkbox"/> Sobrepeso	<input type="checkbox"/> Diabetes NID	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal
<input type="checkbox"/> Diabetes insulino dependiente	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Enf. respiratorias
<input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Hiperuricemia (gotas)	<input type="checkbox"/> Cálculos biliares	<input type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal

Antecedentes personales patológicos

Cirugías

Hospitalizaciones previas

Medicamentos actuales

Suplementos y complementos

PADECIMIENTO ACTUAL

<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Diabetes NID
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal
<input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Anorexia nerviosa
<input type="checkbox"/> Hiperuricemia (gota)	<input type="checkbox"/> Cálculos biliares	<input type="checkbox"/> Bulimia nerviosa
<input type="checkbox"/> Hernia hiatal	<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Síndrome comer voraz
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Reflujo	<input type="checkbox"/> Intestino corto

SÍNTOMAS QUE PRESENTA

<input type="checkbox"/> Problemas de masticación	<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Problemas de deglución
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Náusea y vómito	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Flatulencia	<input type="checkbox"/> Alteraciones del apetito

LÁCTANTES

Alimentación del lactante

Lactancia No: _____ Si: _____ Continua: _____

Si Lactancia : Cuanto tiempo total _____

Lactancia exclusiva _____ Lactancia mixta (otra leche, cuál) _____

Lactancia predominante (lactancia y ablactación, sin otra leche) _____

A qué edad del niño inicio los siguientes alimentos: (mes) ejemplos.

Frutas: _____ jugos: _____

Verduras: _____

Cereal de arroz Cereales en general : _____

Leche entera lácteos : _____

Carnes: _____ Huevo: _____

Leguminosas: _____

MUJERES

¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____

Fecha de la última menstruación: ____ / ____ / ____

Duración del ciclo: _____ ¿Cuántos días de sangrado? _____

Método anticonceptivo: _____

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____

¿Está embarazada actualmente? _____ # Meses _____

¿Está lactando? Si _____ No _____

¿Ya presentó la menopausia? Si _____ No _____ Fecha: _____

SU ACTIVIDAD DIARIA ES:

(__) Muy ligera (trabajo de escritorio, chofer)

(__) Ligera (trabajo de poco esfuerzo)

(__) Moderada (zapateros, carpinteros, trabajo artesanal, enfermero, maestro, mensajero, cartero, etc.)

(__) Pesada (mecánicos, obreros de industria, albañiles, etc.)

(__) Exhaustiva (peones, campesinos manuales, etc.)

1.- ¿Practica algún deporte? Si _____ No _____

2.- ¿Cuál? _____

3.- Frecuencia (veces/semana/tiempo) _____

HÁBITOS ALIMENTARIOS:

a) Su apetito es: () Bueno () Moderado () Pobre

b) ¿Disfruta el comer? (__) Si (__) No (__) En ocasiones (__) Nunca

c) ¿Cuántas comidas hace en un día? _____ (__) Desayuno (__) Comida (__) Cena

d) Usted acostumbra comer a la misma hora diariamente? (__) Si (__) No (__) Solo de lunes a viernes

e) ¿Usted acostumbra "saltarse" comidas? (__) Si (__) No (__) Algunas veces

¿Acostumbra comer entre comidas? Si (__) No (__)

¿Qué tipo de alimentos? _____

¿A qué hora (s) siente más apetito o "antojos"? _____

Alimentarlos que le ocasionan intolerancia o malestar: _____

DIETA HABITUAL

<i>Desayuno</i>	<i>Comida</i>	<i>Cena</i>

1.-Cantidad de líquidos que consume en un día

2.- ¿Agrega azúcar, sustitutos de azúcar, crema o leche en sus bebidas?

¿CONSUME ALCOHOL?

Si () No ()

¿Cuándo? _____

Frecuencia:

Diario (___) 5 v/semana (___) 3-4 v/semana (___)

1-2 v/semana (___) 1v/semana (___) 1 v/mes (___)

Fiestas (___) Rara vez (___) Nunca (___)

¿Qué bebidas prefiere? _____

¿Qué cantidad consume? _____

¿Las mezclas con jugos o refrescos? _____

¿Puede controlar la manera en que bebé? Si () No ()

¿Fuma? Si (___) No (___) Cantidad _____

Tiempo de evolución _____

Utiliza drogas Si (___) No (___)

¿Cuáles? _____

HISTORIA DE PESO CORPORAL

1.- ¿Acostumbra a pesarse? Si () No ()

¿Con qué frecuencia? _____

a) ¿Ha tenido problemas con su peso? Si () No ()

Marque () bajo peso () sobrepeso () obesidad () inestabilidad ()

b) ¿Cuándo inicia su problema? _____

¿Cuál ha sido su peso máximo alcanzado? _____ ¿Cuándo? _____

¿Cuál ha sido su peso habitual? _____

¿Cuál ha sido su peso mínimo alcanzado? _____ ¿Cuándo _____

¿Cuál es el peso que considera ideal para usted? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

SIGNOS CLÍNICOS

Cabeza _____

Cuello _____

Piel _____

Extremidades _____

Edema _____

Ascitis _____

Estado de conciencia _____

Frecuencia cardiaca _____

Frecuencia respiratoria _____

Tensión arterial _____

Temperatura _____

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Fecha	Fecha	Fecha
Peso (kg)		
Talla (cm)		
Circ. cefálica (cm)		
Anchura codo (cm) y circunf. muñeca		
Circ. Brazo (cm)		
Circ. Cintura (cm)		
Circ. Cadera (cm)		
Panículo bicipital (mm)		
Tricipital (mm)		
Suprailiaco (mm)		
Subescapular (mm)		
Bioimpedancia		

Compleji3n		
IMC		
Peso m3nimo (kg)		
Peso m3ximo (kg)		
Peso te3rico		
% Peso te3rico		
% Peso habitual		
Peso o d3ficit exceso (kg)		
3ndice cintura / cadera		
3rea muscular de brazo (cm ²)		
Sumatoria de pliegues		
% real de grasa		
% ideal de grasa		
Grasa total (kg)		
Grasa de exceso (kg)		
Masa libre de grasa (kg)		
Masa muscular total		

INDICADORES BIOQU3MICOS

	Fecha	
Hemoglobina		
Hematocrito		
Transferrina		
Alb3mina		
Prote3nas totales		
Linfocitos		
Glucosa		
Colesterol		
HDL		
LDL		
VLDL		
Triglic3ridos		
Sodio		
Potasio		
Cloro		
Calcio		
Urea		
Creatinina		
3cido 3rico		
EN ORINA:		
Glucosa		
Prote3nas		
Cetonas		