

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( )

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_ EJERCICIO: F ( ) M ( )

TIPO: \_\_\_\_\_ TIEMPO: \_\_\_\_\_ FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

NUTRIOLOGO: \_\_\_\_\_

### **ANTECEDENTES**

Padre: vivo ( ) finado ( ) Causas:

Edad:

Madre: viva ( ) finada ( ) Causas:

Edad:

- |                                    |                           |                         |
|------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| ( ) Sobrepeso                      | ( ) Diabetes NID          | ( ) Insuficiencia renal |
| ( ) Diabetes insulino dependientes | ( ) Hipertensión arterial | ( ) Enf. respiratorias  |
| ( ) Hipertrigliceridemia           | ( ) Hipercolesterolemia   | ( ) Cáncer              |
| ( ) Hiperuricemia (gota)           | ( ) Cálculos biliares     | ( ) Alcoholismo         |
| ( ) Cirrosis                       | ( ) Problemas cardiacos   | ( ) Enf. renal          |

### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS**

### **CIRUGIAS**

### **HOSPITALIZACIONES PREVIAS**

### **MEDICAMENTOS ACTUALES**

## PADECIMIENTOS ACTUALES

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Obesidad                      | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes insulino dependiente | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia   | <input type="checkbox"/> Anorexia nerviosa    |
| <input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia          | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares     | <input type="checkbox"/> Bulimia nerviosa     |
| <input type="checkbox"/> Hiperuricemia (gota)          | <input type="checkbox"/> Úlceras               | <input type="checkbox"/> Síndrome comer voraz |
| <input type="checkbox"/> Hernia hiatal                 | <input type="checkbox"/> Gastritis             | <input type="checkbox"/> Migraña              |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo                   | <input type="checkbox"/> Reflujo               | <input type="checkbox"/> Intestino corto      |
| <input type="checkbox"/> Colitis                       | <input type="checkbox"/> Diabetes NID          |   |

¿Ha modificado su dieta por causa de su enfermedad? SI ( ) NO ( )

¿Toma algún medicamento? SI ( ) ¿Cuál? NO ( )

## SINTOMAS QUE PRESENTA ACTUALMENTE

¿Ha presentado en los últimos 3 meses algunos de los siguientes trastornos?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de masticación | <input type="checkbox"/> Acidez           | <input type="checkbox"/> Problemas de deglución   |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                  | <input type="checkbox"/> Náuseas y vómito | <input type="checkbox"/> Mareos                   |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento            | <input type="checkbox"/> Flatulencias     | <input type="checkbox"/> Alteraciones del apetito |

Consumo: Laxantes (SI) (NO)

## LACTANTES

Alimentación del lactante.

Lactancia: (SI) ¿Cuánto tiempo total? (NO)

Lactancia exclusiva: Lactancia mixta (otra leche, ¿Cuál?):

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

¿A qué edad el niño comenzó a ingerir los siguientes alimentos?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> frutas:         | <input type="checkbox"/> jugos:               |
| <input type="checkbox"/> verduras:       |   |
| <input type="checkbox"/> cereal de arroz | <input type="checkbox"/> cereales en general: |
| <input type="checkbox"/> leche entera    | <input type="checkbox"/> lácteos:             |
| <input type="checkbox"/> carnes:         | <input type="checkbox"/> huevos:              |
| <input type="checkbox"/> leguminosas:    |   |

## ASPECTOS GINECOLOGICOS

¿a qué edad tuvo su primera menstruación?

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Duración del ciclo:

Método anticonceptivo:

¿está embarazada actualmente? (SI) (NO) meses:

¿esta lactando actualmente? (SI) (NO)

¿Cuántos embarazos ha tenido?

¿ya presento la menopausia? (SI) (NO) ¿está en etapa de climaterio? (SI) (NO)

Terapia de remplazo hormonal: (SI) (NO)

## ACTIVIDAD

- ( ) muy ligera (trabajo de escritorio)
- ( ) ligera (trabajo de poco esfuerzo)
- ( ) moderada (zapatero, carpintero, trabajo artesanal, enfermero, maestro, etc.)
- ( ) pesada (mecánico, obrero, albañil, etc.)
- ( ) exhaustiva (peones, campesinos, etc.)

## HABITOS ALIMENTARIOS

1. Su apetito es: ( ) bueno ( ) moderado ( ) pobre
2. ¿disfruta comer? ( ) si ( ) no ( ) en ocasiones ( ) nunca
3. ¿Cuántas comidas realiza al día? ( ) desayuno ( ) almuerzo ( ) cena
4. ¿usted acostumbra comer a la misma hora diariamente? ( ) si ( ) no ( ) solo de lunes a viernes
5. ¿usted acostumbra a saltarse comidas? ( ) si ( ) no ( ) algunas veces
6. ¿Quién prepara sus alimentos?
7. ¿a qué hora siente más apetito?
8. ¿ha modificado su alimentación en los últimos 3 meses (trabajo, estudio o actividad)?  
(NO) (SI) ¿Por qué?  
¿Cómo?
9. Alimentos preferidos:
10. Alimentos que le ocasionan malestar, intolerancia o no le agraden:
11. ¿toma algún suplemento/complemento? (NO) (SI) ¿Cuál? Dosis:  
¿Por qué?
12. ¿su consumo de alimentos varia cuando esta triste, nervioso o ansioso? (SI) (NO)
13. ¿agrega sal a la comida ya preparada? (SI) (NO)
14. ¿acostumbra a comer entre comidas? (SI) (NO) ¿Qué tipo de alimentos?

### COMIDAS EN CASA

### COMIDAS FUERA DE CASA

EN LA SEMANA

EN LA SEMANA

15. Cantidad de líquido que consume en un día:

16. ¿agrega azúcar, sustituto de azúcar, crema o leche en su bebida?

### ¿CONSUME ALCOHOL? (SI) (NO)

Frecuencia: diario ( ) 5 v/semana ( ) 3-4 v/semana ( ) 1-2 v/semana ( ) 1 v/15 días ( )

1 v/mes ( ) fiestas ( ) rara vez ( ) nunca ( )

¿Qué bebida prefiere?

¿Qué cantidad consume?

¿las mezcla con jugo o con refresco?

¿puede controlar su manera de beber?

¿fuma? (SI) (NO) cantidad:

Tiempo de evolución:

¿utiliza drogas? (SI) (NO) ¿Cuáles?

### HISTORIA DEL PESO CORPORAL

1. ¿acostumbra pesarse? (SI) (NO) ¿con que frecuencia?

a) ¿ha tenido problemas con su peso? (SI) (NO)

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

b) ¿Cuándo inicio 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?

## EXPLORACION

### SIGNOS CLÍNICOS

|               |
|---------------|
| Cabeza:       |
| Cuello:       |
| Piel:         |
| Extremidades: |
| Edema:        |
| Ascitis:      |

|                          |
|--------------------------|
| Estado de conciencia:    |
| Frecuencia cardiaca:     |
| Frecuencia respiratoria: |
| Tensión arterial:        |
| Temperatura:             |

### **INDICADORES ANTROPOMETRICOS**

|                         | <b>FECHA</b> | <b>FECHA</b> |
|-------------------------|--------------|--------------|
| Peso (kg)               |              |              |
| Talla (cm)              |              |              |
| Circ. Cefálica (cm)     |              |              |
| Circ. Cadera (cm)       |              |              |
| Peniculo bicipital (mm) |              |              |
| Tricipital (mm)         |              |              |
| Suprailiaco (mm)        |              |              |
| Subescapular (mm)       |              |              |
| Biompedancia            |              |              |
|                         |              |              |
| Complexión              |              |              |
| IMP                     |              |              |
| Peso mínimo (kg)        |              |              |
| Peso máximo (kg)        |              |              |
| Peso teórico            |              |              |

## INDICADORES BIOQUIMICOS

|                   | Fecha |  |
|-------------------|-------|--|
| Hemoglobina       |       |  |
| Hematocrito       |       |  |
| Transferrina      |       |  |
| Albumina          |       |  |
| Proteinas totales |       |  |
| Linfocitos        |       |  |
| Glucosa           |       |  |
| Colesterol        |       |  |
| HDL               |       |  |
| LDL               |       |  |
| VLDL              |       |  |
| Triglicérido      |       |  |
| Calcio            |       |  |
| Sodio             |       |  |