

FICHA DE IDENTIFICACION

**CIRUGIAS**

**HOSPITALIZACIONES PREVIAS**

**MEDICAMENTOS ACTUALES**

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS**

Padre: vivo ( ) finado ( ) Causas: Edad:

Madre: viva ( ) finada ( ) Causas: Edad:

( ) Sobrepeso ( ) Diabetes NID ( ) Insuficiencia renal

( ) Diabetes insulinodependientes ( ) Hipertensión arterial ( ) Enf. respiratorias

( ) Hipertrigliceridemia ( ) Hipercolesterolemia ( ) Cáncer

( ) Hiperuricemia (gota) ( ) Cálculos biliares ( ) Alcoholismo

( ) Cirrosis ( ) Problemas cardiacos ( ) Enf. renal

NUTRIOLOGO:

FRECUENCIA:

TIEMPO:

TIPO:

EJERCICIO: F ( ) M ( )

OCUPACION:…:

ESTADO CIVIL:

CIUDAD:

COLONIA:

TELEFONO:

DOMICILIO:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA:

SEXO: F ( ) M ( )

EDAD:

NOMBRE:

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?

( ) frutas: ( ) jugos:

( ) verduras:

( ) cereal de arroz ( ) cereales en general:

( ) leche entera ( ) lácteos:

( ) carnes: ( ) huevos:

( ) leguminosas:

**LACTANTES**

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

( ) Problemas de masticación ( ) Acidez ( ) Problemas de deglución

( ) Diarrea ( ) Nauseas y vomito ( ) Mareos

( ) Estreñimiento ( ) Flatulencias ( ) Alteraciones del apetito

Consume: Laxantes (SI) (NO)

**SINTOMAS QUE PRESENTA ACTUALMENTE**

( ) Obesidad ( ) Hipertensión arterial ( ) Insuficiencia renal

( ) Diabetes insulinodependiente ( ) Hipercolesterolemia ( ) Anorexia nerviosa

( ) Hipertrigliceridemia ( ) Cálculos biliares ( ) Bulimia nerviosa

( ) Hiperuricemia (gota) ( ) Ulceras ( ) Sindrome comer voraz

( ) Hernia hiatal ( ) Gastritis ( ) Migraña

( ) Alcoholismo ( ) Reflujo ( ) Intestino corto

( ) Colitis ( ) Diabetes NID

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

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

**PADECIMIENTOS ACTUALES**

1. Su apetito es: ( ) bueno ( ) moderado ( ) pobre
2. ¿disfruta comer? ( ) si ( ) no ( ) en ocasiones ( ) nunca
3. ¿Cuántas comidas realiza al dia? ( ) 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?

1. Alimentos preferidos:
2. Alimentos que le ocasionan malestar, intolerancia o no le agraden:
3. ¿toma algún suplemento/complemento? (NO) (SI) ¿Cuál? Dosis: ¿Por qué?
4. ¿su consumo de alimentos varia cuando esta triste, nervioso o ansioso? (SI) (NO)
5. ¿agrega sal a la comida ya preparada? (SI) (NO)
6. ¿acostumbra a comer entre comidas? (SI) (NO) ¿Qué tipo de alimentos?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Comidas en casa | Comidas fuera de casa |
| En la semana |  |  |
| Fin de semana  |  |  |

**HABITOS ALIMENTARIOS**

( ) 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.)

**ACTIVIDAD DIARIA**

¿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)

**ASPECTOS GINECOLOGICOS**

**EXPLORACION FISICA**

1. ¿acostumbra pesarse? (SI) (NO) ¿con que frecuencia?
2. ¿ha tenido problemas con su peso? (SI) (NO)

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

1. ¿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?

**HISTORIA DEL PESO CORPORAL**

¿fuma? (SI) (NO) cantidad:

Tiempo de evolución:

¿utiliza drogas? (SI) (NO) ¿Cuáles?

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 mescla con jugo o con refresco?

¿puede controlar su manera de beber?

**¿CONSUME ALCOHOL? (SI) (NO)**

1. Cantidad de líquido que consume en un dia:
2. ¿agrega azúcar, sustituto de azúcar, crema o leche en su bebida?

|  |
| --- |
| Cabeza:**SIGNOS CLÍNICOS**  |
| Cuello: |
| Piel: |
| Extremidades: |
| Edema: |
| Ascitis: |
| Estado de conciencia: |
| Frecuencia cardiaca: |
| Frecuencia respiratoria: |
| Tensión arterial: |
| Temperatura: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FECHA** | **FECHA** |
| Peso (kg) |  |  |
| Talla (cm) |  |  |
| Circ. Cefálica (cm) |  |  |
| Circ. Cadera (cm) |  |  |
| Peniculo bicepital (mm) |  |  |
| Tricipital (mm) |  |  |
| Suprailiaco (mm) |  |  |
| Subescapular (mm) |  |  |
| Biompedancia  |  |  |
|  |  |  |
| Complexión  |  |  |
| IMP |  |  |
| Peso mínimo (kg)  |  |  |
| Peso máximo (kg) |  |  |
| Peso teórico  |  |  |
| % peso teórico  |  |  |
| % peso habitual  |  |  |
| Peso o déficit exceso (kg) |  |  |
| Índice cintura/cadera  |  |  |
| Área muscular del brazo (cm2) |  |  |
| Sumatoria de pliegues  |  |  |
| % real de grasa |  |  |
| % ideal de grasa |  |  |
| Grasa total |  |  |

**INDICADORES ANTROPOMETRICOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Fecha  |  |
| Hemoglobina  |  |  |
| Hematocrito  |  |  |
| Transferrina  |  |  |
| Albumina  |  |  |
| Proteinas totales  |  |  |
| Linfocitos  |  |  |
| Glucosa  |  |  |
| Colesterol  |  |  |
| HDL  |  |  |
| LDL  |  |  |
| VLDL |  |  |
| Triglicérido  |  |  |
| Calcio  |  |  |
| Sodio  |  |  |
| Potasio  |  |  |
| Cloro  |  |  |
| Urea  |  |  |
| Creatinina  |  |  |
| Ácido úrico  |  |  |
| **EN ORINA**  |  |  |
| Glucosa  |  |  |
| Proteína  |  |  |
| Cetona  |  |  |

**INDICADORES BIOQUIMICOS**