

Universidad del Sureste.

Campus Tuxtla Gutiérrez.

Iris Rubí Vázquez Ramírez.

Lic. En medicina humana.

Tercer semestre.

Actividad: expediente clínico nutricional.

Nutrición.

Lic. Jessica Alejandra Velázquez Cortez.

Lunes 06 de septiembre del 2021.

Historia nutricia

Folio o expediente: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: (F) (M) Estado civil: _____

Alergias alimentarias: _____

Alergias a medicamentos: _____

Ocupación: _____ Ejercicio: (si) (no) Tipo: _____ Tiempo: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

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 |

Consume: 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?

() frutas: _____ () jugos: _____

() verduras: _____

() cereal de arroz () cereales en general: _____

() leche entera () lácteos: _____

() carnes: _____ () huevos: _____

() 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 DIARIA

() 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

FIN DE 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 FISICA

SIGNOS CLÍNICOS

Cabeza:
Cuello:
Piel:
Extremidades:
Edema:
Ascitis:
Estado de conciencia:
Frecuencia cardiaca:
Frecuencia respiratoria:
Tensión arterial:
Temperatura:

INDICADORES ANTROPOMETRICOS

	FECHA	FECHA
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		
% peso teórico		
% peso habitual		
Peso o déficit exceso (kg)		
Índice cintura/cadera		
Área muscular del brazo (cm ²)		
Sumatoria de pliegues		
% real de grasa		
% ideal de grasa		
Grasa total		

INDICADORES BIOQUIMICOS

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