

## Historia clínica

Fecha:

Ficha de identificación:

N. expediente:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Edo. Civil:

Domicilio:

Teléfono:

Entidad Federativa:

Padecimiento actual:

Antecedentes heredofamiliares:

Padre Madre Otro

Padre Madre Otro

Infartos cardiacos:

Hipertensión:

Infartos cerebrales:

Cáncer:

Adicciones: Obesidad:

Alergias:

Insuficiencia Renal:

Diabetes:

Antecedentes personales patológicos:

Fecha:

Motivo:

Quirúrgicos:

Traumatológicos:

Hospitalarios:

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

Medicamentos de control (actual): \_\_\_\_\_

**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:**

**ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

**ANTROPOMETRÍA**

**PLIEGUES: BICEPS \_\_\_\_\_ TRICEPS \_\_\_\_\_ SUB ESCAPULAR \_\_\_\_\_**

**SUPRAILIACO \_\_\_\_\_ %GRASA: \_\_\_\_\_ CIRC. DE CINTURA \_\_\_\_\_**

**CIRC. MUÑECA \_\_\_\_\_ . COMPLEXION \_\_\_\_\_**

**ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

## 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 \_\_\_ Porqué? \_\_\_\_\_ 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?

\_\_\_\_\_

Agrega sal a la comida ya preparada: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Qué grasa utilizan en casa para preparar su comida:

Margarina  Aceite vegetal  Manteca  Mantequilla  Otros

DESAYUNO		
Alimento	HORA	LUGAR DE CONSUMO
Cantidad		
Colación:	Hora:	lugar de consum
Alimento	Hora:	Lugar De Consumo: Cantidad
Comida:	Hora:	Lugar De Consumo: Cantidad
Alimento	Hora:	Lugar De Consumo: Cantidad
Colación:	Hora:	Lugar De Consumo: Cantidad
Alimento	Hora:	Lugar De Consumo: Cantidad
Cena:	Hora:	Lugar De Consumo: Cantidad
Alimento	Hora:	Lugar De Consumo: Cantidad

**VALOR CALORICO**

**Consumo REAL en gramos:**

HC:      grs      Proteínas:      gr                      Lípidos:      gr                      Kcal:

**Consumo REAL en porcentaje:**

HC:      %      Proteínas:                      Lípidos.:      %                      Kcal:

**Consumo IDEAL en gramos: 1700 CAL**

HC:      gr              Proteínas:      gr                      Lípidos:      gr                      Kcal:

**Consumo IDEAL en porcentaje:**

HC:      %              Proteínas:      %                      Lípidos:      %                      KcalL:

## FRECUENCIA ALIMENTARIA

ALIMENTO	1	2	3	4	5	6	DIARIO	NUNCA	OCCASIO- NALMENTE
<b>ALIM. ORIGEN ANIMAL</b>									
AVES									
CARNE DE RES									
PESCADO									
CERDO									
MARISCOS									
EMBUTIDOS									
HUEVO									
LECHE									
QUESO									
YOGURTH									
<b>LEGUMINOSAS</b>									
FRIJOL									
LENTEJA									
CHICHARO									
HABA									
SOYA									
<b>CEREALES Y TUBERCULOS</b>									
TORTILLA									
PAPA									
PASTA									
GALLETAS									
PAN DULCE									
POZOL									
ARROZ									
TAMALES									
<b>VERDURAS</b>									

ZANAHORIA																				
CHAYOTE																				
CEBOLLA																				
RABANOS																				
PEPINOS																				
ACELGA																				
TOMATES																				
<b>FRUTAS</b>																				
MANGO																				
DURAZNO																				
PIÑA																				
NARANJA																				
LIMON																				
GUINEO																				
MANZANA																				
<b>AZUCARES</b>																				
AZUCAR																				
MERMELADA																				
MIEL																				

### Análisis de una dieta correcta: **DIETA INCORRECTA**

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

**Biometría hemática**

Hemoglobina:

**Perfil de lípidos**

Colesterol total:

**EGO**

**Química sanguínea**

Glucemia en ayunas:

Glucemia post-prandial:

Hemoglobina glucosilada

HDL:

LDL:

TGC:

**Clínico:**

**Antropométrico:**

**Dietético:**

**Bioquímico:**

[Escribir el título del documento]

---

LICENCIATURA EN NUTRIOLOGIA

RESPONSABLE:

---

NOMBRE Y FIRMA