

Historia clínica

Fecha: 13 / 09 / 2022

Ficha de identificación:

N. expediente:

Nombre: Peter Benjamin Parker

Edad: 18

Sexo: H

Ocupación: Repartidor de pizza

Edo. Civil: Soltero

Domicilio: Central P #16

Teléfono: 9661118379

Entidad Federativa: New York City

Padecimiento actual:

Dolor de cabeza

Antecedentes heredofamiliares:

Padre Madre Otro

Padre Madre Otro

Infartos cardiacos: No

Hipertensión: No

Infartos cerebrales: No

Cáncer: No

Adicciones: No

Obesidad: No

Alergias: No

Insuficiencia Renal: No

Diabetes: No

Antecedentes personales patológicos:

Fecha:

Motivo:

Quirúrgicos: No

Traumatológicos: No

Hospitalarios: No

Gineco-obstetricos: Menarca:

Menopausia:

FUR:

N.de embarazos:

Medicamentos de control (actual): Ninguno _____

Tabaco: Si

Alcohol: Si

Alergias a medicamentos: No

Suplementos alimenticios: No

Ejercicio físico: Tiempo: 30 minutos Cantidad poca

Tratamiento nutricional: No

Resultados:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Signos vitales:

Pulso: 60

F.R: 9

T/A: 120

F.C: 60

Temperatura:

36

Cabello: Cabello oscuro, largo con un hinchazón en la parte izquierda de la cabeza

Ojos: brillosos, redondos y blancos

Cuello: largo y cilíndrica sin complicacion

Tiroides: Normal

Tórax: Normal

Abdomen: Normal

Piel: Normal

Miembros superiores e inferiores: Normal

ANÁLISIS DE RESULTADOS: Todos salieron completamente normales sin ninguna complicacion alguno

ANTROPOMETRÍA

PLIEGUES: BICEPS 47cm TRICEPS 18 cm SUB ESCAPULAR 15
cms

SUPRAILIACO _____ %GRASA: 75 CIRC. DE CINTURA 56

CIRC. MUÑECA 6 . COMPLEXION 10

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Todo se encuentra en los parámetros normales sin complicaciones

MÉTODO DIETÉTICO

Hábitos alimentarios:

Cuántas comidas hace al día: 3

Quién prepara sus alimentos yo

Come entre comidas? no Qué? so

Ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses (trabajo, estudio, o actividad)

SI NO no Porqué? no da gana Cómo? con la boca

Apetito: Bueno bueno Malo _____ Regular _____

A qué hora tiene más hambre 7 pm

Alimentos preferidos: _____ torta de jamon _____

Alimentos que no le agradan / no acostumbra:

ninguna

Alimentos que le causan malestar

(especificar): _____ caldo _____

Es alérgico a algún alimento: SI NO no cuál? _____

Su consumo varía cuando está triste, nervioso o ansioso: SI si NO _____ Cómo?

DESAYUNO		
Alimento torta	HORA 8 am	LUGAR DE CONSUMO universidad
Cantidad 1		
Colación:	Hora:	lugar de consum
	Hora:	Lugar De Consumo:
Alimento		Cantidad
Comida:		
	Hora:	Lugar De Consumo:
Alimento		Cantidad
Colación:		
	Hora:	Lugar De Consumo:
Alimento		Cantidad
Cena:		
	Hora:	Lugar De Consumo:
Alimento		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: % KcaL:

FRECUENCIA ALIMENTARIA

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

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