

Escriba claramente o en letra de molde.

Nombre: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ ¿Con cuanta frecuencia revisa su correo electrónico? _____

Teléfono –Trabajo: _____ Casa: _____ Celular: _____

Edad: _____ Estatura: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Peso actual: _____ Peso hace seis meses: _____ Hace un año: _____

¿Le gustaría que su peso fuese diferente? _____ Si es así, ¿qué tanto? _____

Estado civil: _____ ¿Hijos? _____
¿Alguna Mascota? _____

Profesión: _____ Horas laborales por semana: _____

¿Qué es lo que más le preocupa de su salud?: _____

¿En cuál momento de su vida se ha sentido mejor? _____

¿Otras preocupaciones y/o metas? _____

¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión grave/¿Ha sido hospitalizada? _____

¿Cómo está su madre de salud? _____

¿Como está su padre de salud? _____

¿Cuáles son sus antecedentes étnicos? _____ ¿Cuál es su grupo sanguíneo? _____



Historia Médica Confidencial

¿Duerme bien? _____ ¿Cuántas horas? _____ ¿Se despierta durante la noche? _____

¿Por qué? _____

¿Tiene dolor, rigidez, hinchazón? _____

¿Le viene la menstruación con regularidad? _____ ¿Cuántos días le dura? _____ ¿Con cuánta frecuencia? _____

¿Tiene dolor o síntomas? _____ Explique: _____

¿Ha llegado o se está acercando a la menopausia? Explique: _____

Historia de control de natalidad: _____

¿Le dan infecciones de hongos o de la vía urinaria? Explique: _____

¿Estreñimiento/Diarrea/Gas? _____ Explique: _____

¿Tiene alguna alergia o sensibilidad a alguna comida u otra cosa? _____ Explique: _____

¿Toma algún suplemento o medicamento? ¿Cuáles?: _____

¿Tiene la ayuda de algún curador o ayudante? ¿Recibe algún tipo de terapia o tiene alguna mascota? De ser así, indíquelos: _____

¿Qué papel juegan los deportes y el ejercicio en su vida? _____

¿Qué alimentos comía con frecuencia de niña?

<u>Desayuno</u>	<u>Almuerzo</u>	<u>Cena</u>	<u>Meriendas</u>	<u>Líquidos</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____



Historia Médica Confidencial

¿Qué tipo de alimentos come hoy en día?

<u>Desayuno</u>	<u>Almuerzo</u>	<u>Cena</u>	<u>Meriendas</u>	<u>Líquidos</u>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

¿Recibirá apoyo de su familia y/o de sus amistades con respecto a su deseo de hacer cambios en su manera de comer y/o estilo de vida?

¿Qué porcentaje de su comida está hecha en casa? _____

¿Usted cocina? _____

¿Dónde consigue el resto? _____

¿Le dan antojos de azúcar, café, cigarros o tiene alguna adicción fuerte? _____

Los cambios primordiales que tendría que hacer con respecto a mi manera de comer para mejor mi salud serían:

¿Hay algo más que quisiera comentar?