

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 \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su grupo sanguíneo? \_\_\_\_\_



Historia Médica Confidencial

antecedentes étnicos? \_\_\_\_\_

¿Duerme bien? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas? \_\_\_\_\_ ¿Se despierta durante la noche? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor, rigidez, hinchazón? \_\_\_\_\_

¿Estreñimiento/Diarrea/Gas? \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia o algunas sensibilidades? \_\_\_\_\_ 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 joven?

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

¿Qué tipo de alimentos come hoy en día?



Historia Médica Confidencial

Desayuno

Almuerzo

Cena

Meriendas

Líquidos

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿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 serian:

¿Hay algo más que quisiera comentar?