

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? \_\_\_\_\_ ¿Nietos? \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Horas laborales por semana: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún plan para cuando se jubile? \_\_\_\_\_

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

¿En que momento de su vida se ha sentido mejor? \_\_\_\_\_

¿Otras preocupaciones? \_\_\_\_\_

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



Historia Médica Confidencial para los de Edad Avanzada

¿Cómo está/era su madre de salud? \_\_\_\_\_

¿Como está/era su padre de salud? \_\_\_\_\_

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

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

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor, rigidez, hinchazón? 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 juega el ejercicio en su vida? \_\_\_\_\_

¿Cómo esta de energía? \_\_\_\_\_

¿Todavía siente que tiene independencia? Explique: \_\_\_\_\_

¿Qué alimentos comía con frecuencia de joven?

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



Historia Médica Confidencial  
para los de Edad Avanzada

---



---



---

¿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/>

¿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?