

Escriba claramente o en letra de molde.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Con cuanta frecuencia revisas tu correo electrónico? \_\_\_\_\_

Teléfono –Trabajo: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Peso actual: \_\_\_\_\_ Peso hace seis meses: \_\_\_\_\_ Hace un año: \_\_\_\_\_

¿Te gustaría que tu peso fuese diferente? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿qué tanto? \_\_\_\_\_

¿Por qué estás aquí? \_\_\_\_\_

¿Tienes novio? \_\_\_\_\_

¿En que año estás en la escuela?: \_\_\_\_\_

¿Te gusta la escuela? Explica: \_\_\_\_\_

¿Tu grupo de amigos es grande o pequeño? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más te preocupa de tu salud?: \_\_\_\_\_

¿Otras preocupaciones? \_\_\_\_\_

¿Has tenido alguna enfermedad o lesión grave/¿Has sido hospitalizado? \_\_\_\_\_

¿Cómo está tu madre de salud? \_\_\_\_\_

¿Como está tu padre de salud? \_\_\_\_\_

¿De que parte del mundo son \_\_\_\_\_



Historia Médica Confidencial de Adolescente F.

tus padres y tus abuelos? \_\_\_\_\_

¿Duermes bien? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas? \_\_\_\_\_ ¿Te despiertas durante la noche? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Te viene la menstruación con regularidad? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos días te dura? \_\_\_\_\_  
¿Con cuánta frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Tienes dolor o síntomas? Explica: \_\_\_\_\_

Historia de control de natalidad: \_\_\_\_\_

¿Te dan infecciones de hongos o de la vía urinaria? Explica: \_\_\_\_\_

¿Te preocupa la manera que se ve tu cuerpo? \_\_\_\_\_

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

¿Tienes alguna alergia o alguna sensibilidad a alguna comida u otra cosa? Explica: \_\_\_\_\_

¿Tomas algún suplemento o medicamento? ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

¿Tienes la ayuda de algún curador o ayudante? ¿Recibes algún tipo de terapia o tiene alguna mascota? De ser así, indícalos: \_\_\_\_\_

¿Qué papel juegan los deportes y el ejercicio en tu vida? \_\_\_\_\_



Historia Médica Confidencial de Adolescente F.

¿Qué alimentos comías con frecuencia de niña?

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

¿Qué tipo de alimentos comes hoy en día?

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

¿Recibirás apoyo de tu familia y/o de tus amistades con respecto a tu deseo de hacer cambios en tu manera de comer y/o estilo de vida?

\_\_\_\_\_

¿Qué porcentaje de tu comida está hecha en casa?

\_\_\_\_\_

¿Disfrutes la comida?

\_\_\_\_\_

¿Dónde consigues el resto?

\_\_\_\_\_

¿Te dan antojos de azúcar, café, cigarros o tienes 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 quisieras comentar?