

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?