

REPORTE ANTROPOMÉTRICO

Paciente:

Fecha:

F. Nacim.:

Edad:

Sexo:

MODALIDAD DEPORTIVA

Deporte Actual:
Posición de juego:
Entrenamiento:

Equipo/Modalidad:
Fase Entto.:

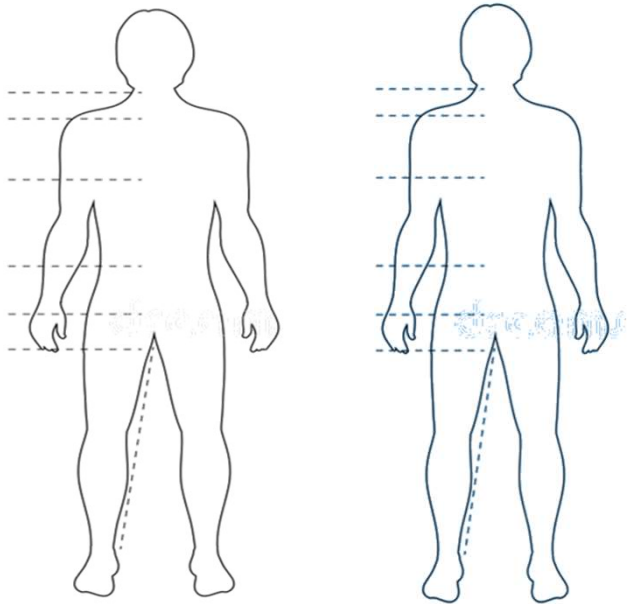
Horas al día:

DATOS ANTROPOMÉTRICOS REGISTRADOS:

Índices Corporales:

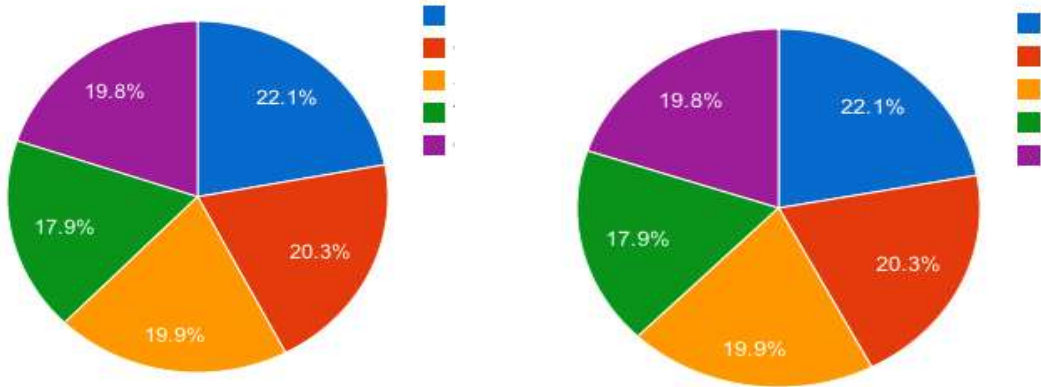
	Inicial	Actual	% Cambio		Inicial	Actual	% Cambio	Clasificación	Formula
1				Masa Corporal	IMC				
2				Estatura	ICC				
3				Talla Sentado	ICG				
4				Envergadura brazos	% grasa				
5				Triceps	PI				
6				Suescapular	Complexion				
7				Biceps	%PI				
8				Cresta iliaca	%PH				
9				Supraespinal	AMB				
10				Abdominal	MMT				
11				Muslo anterior	Densidad				
12				Pierna Medial					
13				Cabeza					
14				Cuello					
15				Brazo(relajado)					
16				Brazo(flexionado)					
17				antebrazo					
18				muñeca					
19				torax					
20				cintura					
21				gluteo					
22				muslo(1cm)					
23				muslo medio					
24				pierna					
25				tobillo					
26				Acromiale-radiale					
27				radiale-styilion					
28				Midstyilion-dactylion					
29				Altura ilioespinal					
30				altura trocantarea					
31				Tronchateirion-mediale-syphyrion tibial					
32				Atura tibial lateral					
33				Tibiale mediale-sphyryion tibia					
34				biacromial					
35				A-P del abdomen					
36				Biocrestal					
37				Longitud de Pie					
38				Transverso del Torax					
39				A-P del torax					
40				Humeral					
41				biesticondileo(muñeca)					
42				Femoral					

	Inicial	Actual	% Cambio
GEB			
ETA			
AF			
GET			



COMPOSICIÓN CORPORAL (ANTROPOMETRÍA):

Componente	Porcentaje	Peso (kg)	Fórmula	Drinkwater
M. Grasa				
M. Osea				
M. Muscular				
M.Residual				
Total D-w. (%):				



Deportistas*	Faulkner	Carter	J-Pollock**	Withers
% M. Grasa				

Obesos*	Rocha	Martin
% M. Osea		

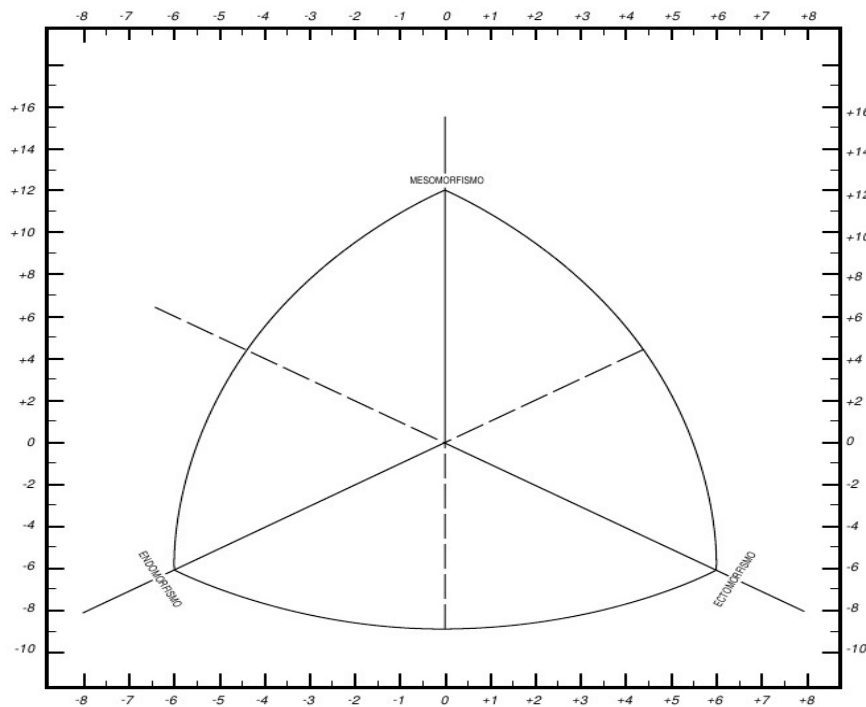
*Formulas especificas según el caso

SOMATOCARTA

SOMATOTIPO:

	Inicial	Actual
Endomorfia:		
Mesomorfia:		
Ectomorfia:		

Clasificación



INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre Fecha Nac. Edad
 Sexo Lugar de nacimiento
 Tipo de Consulta Edo. Civil Religión
 Escolaridad Ocupación
 Teléfono Correo electrónico

Antecedentes**Antecedentes Heredo Familiares**

Enf. Renales Diabetes Obesidad
 Desnutrición HTA Asma
 Enfermedades de la sangre Cáncer
 Convulsiones Dolores de cabeza
 Otro

Antecedentes Personales no patológicos

Aseo diario Higiene Dental

Antecedentes dietéticos

Apetito Hora de mayor apetito
 Realiza:
 Desayuno Comida Cena
 Entre Comidas ¿Cuántas veces?
 ¿Dónde come? ¿Con quien? ¿Quien prepara?
 Como prepara los alimentos:
 Asados Grasas utilizadas:
 Fritos Margarina
 A vapor Aceite vegetal
 Guisados Manteca
 A la plancha Mantequilla
 Empanizados Agrega sal a la comida ya preparada
 ¿Come a la misma hora? ¿Salta comidas?
 ¿Que tipo de alimentos?
 Intolerancia Alergia
 No agrado Agrado
 Consumo varía cuando está triste, nervioso o ansioso
 Ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses (trabajo, estudio, o actividad)
 ¿Por qué?
 Toma algún suplemento / complemento ¿Cuál?
 Dosis
 Dieta Especial ¿Cuál?
 ¿Has sufrido de bajo peso? ¿Has sufrido de sobre peso?

HISTORIA CLINICA/DEPORTIVA - NUTRICIONAL

Ha utilizado medicamentos para bajar de peso

¿Cuál?

Cantidad de líquidos que consume al día

Consumes Alcohol

Consumes Tabaco

¿Agrega azúcar, sustituto de azúcar, crema o leche a sus bebidas?

Frecuencia de consumo de Alimentos

GRUPO DE ALIMENTO	DIARIO	SEMANAL	QUINCENAL	ALIMENTOS
Verduras				
Frutas				
Cereales				
Cereales c/grasa				
Leguminosas				
Carnes rojas				
Carnes blancas				
Huevo				
Embutidos				
Lácteos				
Grasas				
Azúcares				

Valoración nutricional general

Antecedentes deportivos

Desde que edad practica deporte:

Deportes anteriores

Sedentario

Deporte Actual

Entrenamiento

Horas al día

Equipo/Modalidad:

Fase Entto.:

Posición de juego

Imposibilidad de realizar algún tipo de AF

¿Cuál?

Malestar Durante o después del ejercicio

¿Cuál?

¿Tomas líquidos cuando entrenas?

¿Cuál?

¿Has tenido problemas de deshidratación por insolación ?

¿Sueles tener más sed, más hambre o más ganas de orinar de lo habitual?

Antecedentes personales patológicos

Tipo de Sangre

Transfusión

Motivo

Enfermedades:

HTA

Diabetes

Incapacidades

Gastrointestinales

Asma

Alergias

Medicamentos

Alimentos

Infecciones frecuentes de la Garganta

Escarlatina

Paperas

Sarampión

Varicela

Rubéola

Hepatitis A

Hepatitis B o C

HISTORIA CLINICA/DEPORTIVA - NUTRICIONAL

Otros Desmayos

Operaciones ¿De que?

¿Ha tenido internamientos previos? ¿Por qué?

Antecedentes Físicos

Alguna vez te han dicho que no participes en competencias deportivas por un cierto período

¿Por qué?

¿Has sufrido alguna vez lesiones? En:

Cabeza	<input type="text"/>	Codos	<input type="text"/>	Rodillas	<input type="text"/>
Hombros	<input type="text"/>	Muñecas	<input type="text"/>	Tobillos	<input type="text"/>
Brazos	<input type="text"/>	Manos	<input type="text"/>	Columna	<input type="text"/>
Torax	<input type="text"/>	Costillas	<input type="text"/>	Piernas	<input type="text"/>
Muslos	<input type="text"/>	Clavicula	<input type="text"/>	Muslos	<input type="text"/>

¿Te incapacitó esta lesión por más de una semana?

¿Tiene dolores en la espalda o cintura?

¿Le han dicho que tiene una lesión en el menisco de las rodillas?

¿Se ha lesionado los ligamentos de la articulación de las rodillas?

¿Tiene algún clavo en alguna parte de tu cuerpo ?

¿Has tenido alguna fractura o fisura en los últimos 2 años?

Frecuencia

¿Cuál?

¿Cuál?

¿Dónde?

¿Dónde?

Ginecobtetricos

Inicio de menstruación

Regularidad

Gestaciones

Abortos

Cesarias

Consultas

Consulta

Fecha:

Padecimientos actuales

Sintomas:

¿Toma algún tratamiento actualmente?

¿Cuál?

Signos vitales

Temperatura	<input type="text"/>	Pulso	<input type="text"/>	TA	<input type="text"/>
-------------	----------------------	-------	----------------------	----	----------------------

Exploración física

Cabello	<input type="text"/>	Cara	<input type="text"/>	Ojos	<input type="text"/>
Labios	<input type="text"/>	Dentadura	<input type="text"/>	Piel	<input type="text"/>
Uñas	<input type="text"/>	Diagnostico	<input type="text"/>		

Antropometria

Mediciones:

Masa Corporal

Estatura

Talla Sentado

Envergadura brazos

Triceps

Suescapular

muslo(1cm)

muslo medio

pierna

tobillo

Acromiale-radiale

radiale-stylian

HISTORIA CLINICA/DEPORTIVA - NUTRICIONAL

Biceps	
Cresta iliaca	
Supraespinal	
Abdominal	
Muslo anterior	
Pierna Medial	
Cabeza	
Cuello	
Brazo(relajado)	
Brazo(flexionado)	
antebrazo	
muñeca	
torax	
cintura	
gluteo	

Midstylion-dactylion	
Altura ilioespinal	
altura trocanterea	
Tronchateirion-mediale-	
Atura tibial lateral	
Tibiale mediale-sphyrion tibial	
biacromial	
A-P del abdomen	
Biocrestal	
Longitud de Pie	
Transverso del Torax	
A-P del torax	
Humeral	
biesticondileo(muñeca)	
Femoral	

Indices

Clasificacion

Formula

IMC			
ICC			
ICG			
% grasa			
PI			
Complexion			
%PI			
%PH			
AMB			
MMT			
Densidad			

Composicion Corporal

Componente	Porcentaje	Peso (kg)	Fórmula	Drinkwater
M. Grasa				
M. Osea				
M. Muscular				
M.Residual				
Total D-w. (%):				

Actividad Física recomendada

Calculo Dietetico

GEB	
ETA	
AF	
GET	

Cuadro dietosintético

	gr.	cal.	%
PROTEINAS			
GRASAS			
HCO			
TOTAL			

Observaciones: