1. **HISTORIA CLÍNICA**

**DATOS PERSONALES:**

* Nombre:
* Apellidos:
* Código:
* Fecha de nacimiento:
* Sexo:
* MUJER
* HOMBRE
* Nacionalidad:
* Comunidad Autónoma:
* Población:
* TRABAJA
* Sí
* No
* EN CASO DE SÍ
* Jornada completa.
* Media Jornada.
* Turno de mañana/tarde/noche.

**DATOS ANTROPOMÉTRICOS**

* PESO
* TALLA
* IMC (kg/m2)
* METABOLISMO BASAL
* MASA GRASA (kg)
* MASA GRASA (%)
* MASA LIBRE DE GRASA (kg)
* MASA LIBRE DE GRASA (%)
* MASA MUSCULAR (kg)
* MASA MUSCULAR (%)
* MASA ÓSEA (kg)
* MASA ÓSEA (%)
* AGUA (litros)
* **PROFESIÓN:**
* ESTUDIA
* Sí
* No
* Qué estudia:
* NIVEL DE ESTUDIOS (PACIENTE/CLIENTE/USUARIO):
* Estudios secundarios (Bachiller/ FP I).
* Estudios superiores (Universidad/ FP II).
* Estudios primarios.
* Sin estudios.
* NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES:
* Estudios secundarios (Bachiller/ FP I).
* Estudios superiores (Universidad/ FP II).
* Estudios primarios.
* Sin estudios.
* NS/NC
* ¿TIENES HIJOS?
* SI
* NO
* SI ES SI: ESPECIFIQUE CUÁNTOS:

**HISTORIAL CLÍNICO:**

* ¿Antecedentes familiares?
  + Cáncer
  + Obesidad
  + DM 1
  + DM 2
  + HTA
  + Hipertrigliceridemia
  + Hipercolesterolemia
  + Hipertiroidismo
  + Hipotiroidismo
  + Alzheimer y otros problemas de demencia
* ¿Antecedentes personales? ¿Actualmente padece algún tipo de problema de salud?
  + Patológicos:
  + Cáncer
  + Obesidad
  + DM 1
  + DM 2
  + HTA
  + Hipertrigliceridemia
  + Hipercolesterolemia
  + Hipertiroidismo
  + Hipotiroidismo
  + Alzheimer y otros problemas de demencia
  + Quirúrgicos:
    - Cirugía mayor (específica)
    - Cirugía menor (específica)

* ¿Actualmente padece algún tipo de problema de salud?
  + Sí
  + No
  + Si la respuesta es sí, especifique:
* ¿Consume o ha consumido algún tipo de medicación/?
  + Sí
  + No
  + Ya no

* ¿Consumes alcohol?
  + Diariamente
  + Semanalmente
  + Ocasionalmente
  + Nunca.
* ¿Fumas?
  + Sí
  + No
* ¿Consumes sustancias estupefacientes “drogas”?
  + Sí
  + No
* ¿Eres alérgico a algún medicamento?
  + Sí
  + No
  + Si la respuesta es sí, especifique:

**HISTORIAL DEPORTIVO**

¿Practicas deporte?

* + Sí
  + No
* ¿Desde qué edad practicas deporte?
  + <5 años
  + 5-10 años
  + >10 años

**HISTORIA DIETÉTICA**

* ¿A qué hora del día sientes más apetito
  + Mañana
  + Mediodía
  + Tarde
  + Noche
  + Entre horas
* ¿Cuánto tiempo tardas en comer?
  + Poco (<15 minutos)
  + Normal (20-30 minutos)
  + Mucho (>30 minutos)
* Aversiones y preferencias alimentarias:
  + Alimentos preferidos:
  + Alimentos no consumidos:
  + Alimentos consumidos aunque no sean su agrado:
  + Alimentos indigestos o que sienten mal:
* ¿Sueles consumir frutas?
  + Si
  + No
* ¿Sueles consumir verduras?
  + Si
  + No
* Técnicas culinarias más empleadas
  + Sencillas: hervido/vapor/plancha/horno
  + Frituras/gratinados/empanados
* ¿Quién cocina en casa?
  + Tú
  + Uno o más de un familiar
  + Una persona contratada
* ¿Qué tipo de cocciones de utilizan habitualmente?
* Plancha
* Fritos
* Guisos, estofados
* Vapor
* Horno
* Microondas
* Hervido
* Papillote

* ¿Qué habilidad tiene para cocinar la persona encargada en el hogar?
* No le gusta, lo hace por obligación.
* Le gusta cocinar normal
* Le gusta mucho cocinar.
* ¿Realizas la compra?
  + Sí
  + No ( en este caso quién)
* ¿Con qué frecuencia se compra la comida en el hogar?
* 1 vez a la semana
* 2 veces a la semana
* 3 o más veces a la semana
* A diario
* 1 vez al mes
* Distribución de ingestas
  + <3 comidas al días
  + 3 comidas al día
  + 3-5 comidas al días
  + >5 comidas al día
* ¿Has seguido alguna vez alguna dieta específica?
  + Sí
  + No
  + Si la respuesta es sí, especifique frecuencia y adherencia:
* ¿Alergias o intolerancias alimentarias?
  + Sí
  + No
  + Si la respuesta es sí, indique cuál:
* ¿Consume habitualmente café o sustancias estimulantes (red bull, té, chocolate, monster, burn?
  + Sí
  + No
  + Si la respuesta es sí, especifique:
* ¿Horas de sueño?
  + <5 horas
  + 5-8 horas
  + >8 horas
* Calidad del sueño
  + Buena
  + Mala
  + Regular
  + No sabe

* Hidratación
  + ¿Cuántos vasos de agua al día?
    - <3 vasos/día (medio litro como mucho)
    - 3-5 vasos/día (entre medio litro y 1 litro)
    - >5 vasos/día (más de 1 litro)
* Hábito deposicional y frecuencia
  + 1 vez al día
  + >1 vez al día
  + 3-5 veces a la semana
  + <3 veces a la semana
* Consistencia de la deposición
* Estreñimiento importante (trozos duros separados)
* Ligero estreñimiento (salchicha con fragmentos)
* Normal (salchicha lisa)
* Ligera diarrea (pastoso con bordes irregulares)
* Diarrea importante (acuosa)

**SUPLEMENTOS DE VITAMINAS Y MINERALES**

Antes de este último año, ¿tomó usted más de un mes, pastillas, cápsulas o comprimidos de vitaminas o minerales?

* Sí
* No

Si la respuesta es “Sí”, ¿qué cantidad y durante cuánto tiempo tomó vitaminas o minerales?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ¿Cuántas pastillas? | | | | ¿Durante cuántos años? | | | | |
|  | Ninguna | 1-3 por semana | 4-6 por semana | Cada día | Menos de un año | 1-2 años | 3-4 años | 5-9 años | 10 o más años |
| Complejos vitamínicos\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vitamina C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vitamina A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Complejo vitamínico B |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hierro |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Calcio sólo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Calcio + vitamina D |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ácido fólico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Derivados de la soja |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ácidos grasos Omega-3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros (especificar): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Tipo: Pharmatón, Multicentrum, Micebrina, Dayamineral, Rochevit, Redoxon complex.

**Especifique la marca o marcas de suplementos de vitaminas o minerales que tomaba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**