

HISTORIAL CLINICO

Nombre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Teléfono: _____

Ocupación (describe las actividades que realizas): _____

¿Cuál es tu objetivo de consulta? _____

Presentas alguno de estos síntomas (coloca sí o no según corresponda)

Diarrea: Estreñimiento: Gastritis: Náusea: Vómito: Colitis:

Reflujo:

¿Padece alguna enfermedad diagnosticada? _____

¿Tomas algún medicamento o suplemento? _____

¿Cual? _____ Dosis _____

Desde cuándo: _____

Te han practicado alguna cirugía:

HISTORIA DIETETICA

¿Cuántas comidas haces al día? _____

Normalmente cuáles son tus horarios de alimento: _____

¿Sueles comer entre comidas? _____ ¿Qué es lo que te gusta comer ? _____

¿En qué momento del día te da más hambre? Desayuno ____ Comida ____ Cena ____

¿Tu apetito es? Bueno ____ Malo ____ Regular ____

¿Cuántos litros de agua natural tomas al día? _____ y otros líquidos: _____

¿Cuáles son tus alimentos

Favoritos? _____



Viridiana Bolaños Tafolla

#347

Tel. 331 502 48 43

Pedro Moreno

¿Cuáles no te gustan o te causan malestar (incluye alergias):_____

¿Cuándo la comida ya está preparada, sueles agregar más sal?:_____

La semana tiene siete días, del 1 al 7 describe cuantos días consumes los siguientes productos:

Alcohol: _____ Café: _____ Tabaco: _____

ACTIVIDAD FISICA

Realizas alguna actividad física (deporte):_____ ¿Cuál?_____

¿Cuantos días de la semana?_____ ¿Cuánto tiempo? _____ A qué hora del día ?____

¿Consumes algún alimento o suplemento antes o después de tu entrenamiento?

_____ ¿Cuál?_____

Ya habías hecho plan nutricional anteriormente?_____

Que tan apegado fuiste al plan nutricional?_____

HISTORIAL ANTROPOMETRICO

Perímetros (Circunferencias)
Media de Brazo:
Brazo contraído:
Cintura:
Cadera:
Peso kg:
Estatura cm :



Viridiana Bolaños Tafolla

#347

Tel. 331 502 48 43

Pedro Moreno