

HISTORIA CLINICA NUTRICIONAL
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

Nombre: _____
 Edad: _____ Dirección : _____
 Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____
 Motivo de consulta: _____

AHF	APP
Diabetes	
HTA	
Cáncer	
ECV	
E. Renales	
Hipo/ Hipertiroidismo	
Enf. Respiratorias	
Obesidad/Sobrepeso	
Otros	

Medicamentos actuales: _____

Realiza ejercicio: _____ Frecuencia: _____ Tiempo : _____ Tipo: _____
 Antigüedad: _____ Fuma: _____
 Bebe alcohol: _____

Trastornos gastrointestinales

- Colitis _____
- Gastritis _____
- Pirosis _____
- Disfagia _____
- * Inflamación _____
- * Gases _____
- * Reflujo _____
- * Prob. Masticar _____
- * Estreñimiento _____
- * Diarrea _____

Cuántas comidas hace en casa: _____ Quien prepara los alimentos: _____
 Alergias alimentarias: _____ Intolerancias: _____
 Alimentos que le desagraden: _____
 Suplementos: _____ Hora del día más hambre: _____

Plan alimenticio anterior: _____ Antigüedad: _____ Motivo: _____
 Resultados: _____ Cambios apetito actual: _____

Frecuencia alimentos

Verduras	Puerco	Agua natural
Frutas	Atún/mariscos	Refresco
Cereales sin grasa	Leche	Jugo ind
Cereales con grasa	Yogurt	Jugo natural
Leguminosas	Aceite s/p	Café
Pollo	Aceite c/p	Té
Res	Queso	Otros

Recordatorio 24 horas

Desayuno
Col1
Comida
Col. 2
Cena

Cereales c/g _____ POAS MB _____ Fruta _____ Grasa c/p _____
Cereales s/g _____ POAS BAJOS _____ Verdura _____ Azucar _____
Leche _____ POAS MOD _____ Aceite s/p _____ Leguminosa _____

Total Calorías : _____

Antropometria

Peso actual: _____ Peso Habitual: _____ Peso Max: _____ Peso min: _____
Estatura: _____
IMC: _____
Cintura: _____
Cadera: _____
ICC: _____

Plan alimenticio