**Rellene los espacios**

|  |
| --- |
| **DATOS PEPRSONALES**  |
| Nombre del paciente |  |
| Edad |  |
| Ciudad donde vive |  |
| Estado civil |  |
| Otro  |  |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES** |
| Padecimiento | Madre | Padre | Hermanos | Hijos |
| Obesidad |  |  |  |  |
| Diabetes Mellitus |  |  |  |  |
| Hipertensión |  |  |  |  |
| Cáncer |  |  |  |  |
| Alergias |  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS** |
| Toxicológicos |  |
| Cirugías previas |  |
| Alergias a medicamentos  |  |
| Enfermedades padecidas graves o que padece actualmente  |  |
| Medicamentos que consume  |  |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS** |
| Alergias alimentarias |  |
| Intolerancia al gluten |  |
| Intolerancia a la lactosa |  |
|  Actividad física | Duración |  |
| Tipo |  |
| Horas de sueño |  |

**Indique los datos que pueda llenar**

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS** |
| Antecedentes obstétricos embarazos previos |
| No. de embarazos |  |
| Embarazo múltiple |  |
| Ganancia de peso inadecuada |  |
| Diabetes gestacional |  |
| Peeclampsia/Eclampsia |  |
| Lactancia materna |  |
| Otros datos |

**Indique de forma general qué come en 1 día**

|  |
| --- |
| **VALORACION DIETÉTICA** |
| Recordatorio de 24 horas |
| Explique brevemente qué come en 1 día  |
| Hora | Alimento | Bebida |
| Desayuno  |  |  |
| Colación |  |  |
| Comida  |  |  |
| Colación |  |  |
| Cena  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Llene los datos con las medidas recientes**

|  |
| --- |
| **DATOS ANTROPOMÉTRICOS** |
| FECHA |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Peso  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Abdomen |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cadera  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Mediciones:**

**1.- Peso : en la mañana con ropa ligera, después de haber ido a evacuar y orinar.**

**2.-Cadera: tomar la medición en la parte más prominente del Glúteo alrededor de la cadera poniendo la cinta de forma horizontal**

**3.-Cintura :poner la cinta  en la línea del ombligo alrededor de el abdomen.**

****

Cadera

Abdomen

**Ponga una cruz de con qué frecuencia come**

|  |
| --- |
| Frecuencia alimentaria |
| **Grupo** | Diario | 2-3 /sem | Ocasional | Nunca | Poco | Moderado | Abundante |
| Queso  |  |  |  |  |  |  |  |
| Leche o yogurt  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bebida vegetal: almendras nuez  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bebida vegetal:Avena, arroz  |  |  |  |  |  |  |  |
| Carne: pollo res cerdo |  |  |  |  |  |  |  |
| Huevo |  |  |  |  |  |  |  |
| Pescado y mariscos |  |  |  |  |  |  |  |
| Cereales: tortilla, arroz, pasta, pan quinoa ,avena, bolillo |  |  |  |  |  |  |  |
| Azúcares: azúcar miel cajeta dulces gelatina |  |  |  |  |  |  |  |
| Leguminosas: frijol lenteja garbanzo edamames  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tofu |  |  |  |  |  |  |  |
| Frutas enteras |  |  |  |  |  |  |  |
| Jugo de frutas |  |  |  |  |  |  |  |
| Verduras |  |  |  |  |  |  |  |
| Aceites: oliva, aguacate canola |  |  |  |  |  |  |  |
| Grasas lácteas: mantequilla, crema  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aceite de lino o chia  |  |  |  |  |  |  |  |
| Semillas: nuez almendras cacahuate chia linaza ajonjolí |  |  |  |  |  |  |  |
| Preferencias alimentarias |  |
| Aversiones alimentarias |  |
| Alcohol |  |
| Sabor que prefiere  |  |