**Rellene los espacios**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS PEPRSONALES** | |
| Nombre del paciente |  | |
| Edad |  | |
| Ciudad donde vive |  | |
| Estado civil |  | |
| Horario de trabajo |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | Datos embarazo actual | |
| No. de embarazos |  | Fecha de ultima  menstruación |  |
| Embarazo múltiple |  | Semanas de Gestación en la 1er consulta |  |
| Ganancia de peso inadecuada |  | Fecha probable de parto |  |
| Muerte perinatal previa |  | Suplementos que tome, anexe fotos del producto y su composición nutricional |  |
| RN <2500 g |  | Estreñimiento |  |
| RN >4000 g |  | Reflujo |  |
| Defectos del tubo neural |  | Náuseas |  |
| Diabetes gestacional |  | Vómito |  |
| Peeclampsia/Eclampsia |  | Vaciamiento Gástrico |  |
| Lactancia materna |  | Edema |  |
| Otros datos | | Otros datos | |

**Estos datos los llena la Nutrióloga**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS BIOQUÍMICOS** | | | |
|  | Indicador | Valor | Valores esperados |
| Biometría Hemática | Hemoglobina |  | 1 er. Trimestre 11 mg/dL  2do. Trimestre 10.5 mg/dL  3 er. Trimestre 11 mg/dL |
|
|
| Hematrocrito |  | 1 er. Trimestre 33 % 2do. Trimestre 32 % 3 er. Trimestre 33 % |
| Química sanguínea | Glucosa en ayuno |  | 70-110 mg/dL |
| Ácido úrico |  | 2 – 3 mg/dL (a 24 semanas) |
| Creatinina |  | 0.5 - 0.6 mg/dL |
| Perfil de lípidos | Colesterol Total |  | 2do. Trimestre 251  8 mg/dL  3 er. Trimestre 259  13 mg/dL |
| Triglicéridos |  | 2do. Trimestre 185  22 mg/dL  3 er. Trimestre 224  24 mg/dL |
| Otros | EGO |  | Descartar infección y proteinuria |
| Hierro sérico |  | 12 (Reservas agotadas)  20 (bajo) |
| 25-hidroxyvitamina D |  | 20 ng/L  (Maria Elena Palafox López, 2012) |

**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 que toma |
| Desayuno |  |  |
| Colación |  |  |
| Comida |  |  |
| Colación |  |  |
| Cena |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Sólo llene los datos que vienen como peso previo al embarazo y su estatura ,y peso más reciente, los demás segmentos los llenará la Nutrióloga. Los pesos pueden ser de los chequeos con el Ginecólogo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS ANTROPOMÉTRICOS** | | | | | | | | | |
| Peso previo al embarazo (kg) | | | | Estatura (cm) | | | IMC Pre gestacional (kg/𝑚" ) | | |
| REGISTRO DE GANANCIA DE PESO GESTACIONAL  Este espacio lo llena la Nutrióloga | | | | | | | | | |
| FECHA | SDG | Peso (kg) | IMC  (kg/𝑚" ) | | Tabla de referencia | | | | |
|  |  |  |  | | Estado nutricional | Aumento 1er. Trimestre (kg) | | Aumento por semana 2do. Trimestre (g) | Aumento total (kg) |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | | Desnutrición | 0.5 – 2 | | .440 - .580 | 12.5 -18 |
|  |  |  |  | | Normal | .350 - .500 | 11.5 -16 |
|  |  |  |  | | Sobrepeso | .230 - .330 | 7 -11.5 |
|  |  |  |  | | Obesidad | .170 - .270 | 5 – 9 |

**Mediciones:**

**1.- Peso, con el mínimo de ropa que pueda, por la mañana en ayuno después de haber evacuado y orinado y no próximo a los días de su periodo(mínimo 7 días antes)**

**2.- Estatura descalza**

**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 | |  | | | | | |