



HISTORIA CLÍNICA

Datos personales

Nombre _____

Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Otros (E-mail): _____

Motivos de consulta

DATOS CLÍNICOS

- Patología previa: Si No

Especificar: _____

Edad diagnóstico: _____

Complicaciones: _____

Alergias alimentarias (ejemplo:gluten, caseína de la leche): Si No

Especificar: _____

▪ **Intolerancia alimentaria (ejemplo lactosa):** Si No

Especificar: _____

▪ **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Obesidad___ Diabetes___ Hipertensión___ H.Colesterolemia___H.trigliceridemia___

Hábitos alimentarios

| CONSUMO | A diario | 2-3 veces por semana | 1 vez por semana | 1 vez cada dos semanas | 1 vez al mes | Nunca |
|-------------------------------|----------|----------------------|------------------|------------------------|--------------|-------|
| VERDURA | | | | | | |
| FRUTA | | | | | | |
| LEGUMBRES | | | | | | |
| Cereales,(pasta,pan,arroz...) | | | | | | |
| CARNE | | | | | | |
| PESCADO | | | | | | |
| HUEVOS | | | | | | |
| LÁCTEOS | | | | | | |
| GRASAS | | | | | | |

▪ **Número ingestas:**

Desayuno

Merienda

Almuerzo

Cena

Comida

Resopón

▪ **Actividad física: N.º HORAS**

- Consumo (frecuencia y/o cantidad):

Tabaco _____ Alcohol _____ Café _____

Estilo de vida

Cuántas comidas realiza al día: _____

En casa _____

Fuera _____

Quién prepara sus comidas: _____

Alimentos que no le

agradan: _____

Alimentos que le causen malestar: _____

A qué hora tiene más hambre _____

Toma algún tipo de suplemento?:

SI ___ NO ___ Cuál _____ Dosis _____ Porqué _____

Consumo de agua natural (vasos al día) _____

Consumo de bebidas al día (leche, caldos, sopas...) _____

¿Va con regularidad al baño? SI ___ NO ___

Suplemento fibra SI ___ NO ___ Cuál _____

Datos antropométricos

- Peso:

- Talla:

Perímetro

- Perímetro abdominal (medir con cinta a la altura del abdomen):

Horarios:

(Necesito que me detalles con la mayor precisión posible las horas que podrás cumplir con las comidas, así como los horarios de trabajo y si tienes diferentes turnos) (También si vas a practicar algún deporte o actividad física, a qué horas van a ser realizadas)

- Hora de despertarte y de acostarte:
- Desayuno
- Almuerzo
- Comida
- Merienda
- Cena
- Actividad física:
- Horarios de trabajo: