**Historia Médica Confidencial**

Escriba claramente o en letra de molde

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Correo electrónico: |  | ¿Con cuanta frecuencia revisa su correo electrónico? |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfono –Trabajo: |  | Casa: |  | Celular: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Edad: |  | Estatura: |  | Fecha de nacimiento: |  | Lugar de nacimiento: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Peso actual: |  | Peso hace seis meses: |  | Hace un año: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Le gustaría que su peso fuese diferente? |  | Si es así, ¿qué tanto? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Estado civil: |  | ¿Hijos? |  |
| ¿Alguna Mascota? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Profesión: |  | Horas laborales por semana: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué es lo que más le preocupa de su salud?: |  |
|  | |
|  | |
| ¿En cuál momento de su vida se ha sentido mejor? | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Otras preocupaciones y/o metas? |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión grave/¿Ha sido hospitalizada? |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo está su madre de salud? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Como está su padre de salud? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuáles son sus antecedentes étnicos? |  | ¿Cuál es su grupo sanguíneo? |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Duerme bien? |  | ¿Cuántas horas? |  | ¿Se despierta durante la noche? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Por qué? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tiene dolor, rigidez, hinchazón? |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Le viene la menstruación con regularidad? |  | ¿Cuántos días le dura? |  | ¿Con cuánta frecuencia? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Tiene dolor o síntomas? |  | Explique: |  |
|  | | | |
| ¿Ha llegado o se está acercando a la menopausia? Explique: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Historia de control de natalidad: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Le dan infecciones de hongos o de la vía urinaria? Explique: |  |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Estreñimiento/Diarrea/Gas? |  | Explique: |  |
| ¿Tiene alguna alergia o sensibilidad a alguna comida u otra cosa? |  | Explique: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Toma algún suplemento o medicamento? ¿Cuáles?: |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tiene la ayuda de algún curador o ayudante? ¿Recibe algún tipo de terapia o tiene alguna mascota? De ser así, indíquelos: |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué papel juegan los deportes y el ejercicio en su vida? |  |
|  | |

|  |
| --- |
| ¿Qué alimentos comía con frecuencia de niña? |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Desayuno |  | Almuerzo |  | Cena |  | Meriendas |  | Líquidos |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ¿Qué tipo de alimentos come hoy en día? |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Desayuno |  | Almuerzo |  | Cena |  | Meriendas |  | Líquidos |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Recibirá apoyo de su familia y/o de sus amistades con respecto a su deseo de hacer cambios en su manera de comer y/o estilo de vida? | |  | | |
| ¿Qué porcentaje de su comida está hecha en casa? |  | | ¿Usted cocina? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Dónde consigue el resto? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Le dan antojos de azúcar, café, cigarros o tiene alguna adicción fuerte? |  |
|  | |
| Los cambios primordiales que tendría que hacer con respecto a mi manera de comer para mejor mi salud serian: | |

|  |
| --- |
| ¿Hay algo más que quisiera comentar? |