



Formulario del Historial Medico del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____

Estado Actual:

1. ¿De lo mejor que sepa, está usted de buena salud? Si No
Si dijo "No" por favor explique: _____

2. ¿Está usted bajo el cuidado de un médico?
¿Si sí, para qué le está tratando _____

3. ¿Está usted tomando algún medicamento? Si No
Medicamentos Recetados: (Escribe todo) _____

Nombre: _____ Dosis: _____

Medicamentos sin receta, vitaminas, suplementos: (Escribe Todo) Si No

Nombre de Producto: _____ Dosis: _____

4. ¿Tiene alergia a algún medicamento? Si No
Escribe la alergia: _____

5. ¿Tiene usted historia de hipertensión arterial? _____ Si No

6. ¿Historia de diabetes? Si No
A qué edad: _____

7. ¿Historia de ataque al corazón o dolor en el pecho u otra condición de corazón? Si No

8. ¿Historia de hinchazón de pies? Si No

9. ¿Historia de dolores de cabeza frecuentes? Si No
¿Migrañas? Si No Medicamentos para dolores de cabeza: _____

10. ¿Historia de estreñimiento (dificultad en defecar)? Si No

11. ¿Historia de glaucoma? Si No

12. ¿Historia de la apnea del sueño? Si No

13. Historia Ginecológica:

Embarazos: Si No Número: _____ Fechas: _____

¿Problemas durante el embarazo? _____

Parto vaginal o cesárea (especifique): _____

Ciclo Menstrual:

Inicio: _____

Duración: _____

Son regulares: Si No

Dolor asociado: Si No

Última periodo de menstruación: _____

Terapia de reemplazo hormonal: Si No

Cuál: _____

Pastillas anticonceptivas:

Tipo: _____

Última visita con un proveedor medico: _____

14. Lesiones o lastimaduras serias:

Especifique (escribe todos) _____ Fecha: _____

15. Cirugías previas:

Especifique (escribe todos): _____ Fecha: _____

16. Historia Familiar: (incluye lo siguiente: edad, salud, enfermedad, causa de muerte, sobrepeso)

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos: _____

Hermanas: _____

Cualquier pariente de sangre ha tenido alguna de los siguientes:

Glaucoma: Si No Quien: _____

Asma: Si No Quien: _____

Epilepsia: Si No Quien: _____

Hipertensión: Si No Quien: _____

Enfermedad renal: Si No Quien: _____

Diabetes: Si No Quien: _____

Trastorno psiquiátrico: Si No Quien: _____

Enfermedad de corazón/derrame cerebral: Si No Quien: _____

Historia Medico: (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Pleuresía |
| <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Tos ferina | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Trastorno sanguínea | <input type="checkbox"/> Crisis de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las tiroides |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Trastorno de la válvula del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Trastorno de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Cólera | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Evaluación de la nutrición:

1. Peso actual: _____ Altura (sin zapatos): _____ Peso deseado: _____
2. ¿En cuánto tiempo le gustaría alcanzar su peso deseado? _____
3. Peso al nacer: _____ Peso a los 20 años de edad: _____ Peso hace un año: _____
4. ¿Cuál es la razón principal de su decisión de bajar de peso? _____

5. ¿Cuándo empezó a aumentar a un peso exceso? (Escribe los razones): _____

6. ¿Cuál ha sido su peso máxima (no incluyendo embarazos) y cuándo fue?
7.

<u>Dietas que ha seguido previamente:</u>	<u>Las fechas y como resultaron:</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
8. Esta de sobrepeso su cónyuge, novio/a o pareja? Si No
9. ¿Qué tanto están de sobrepeso? _____
¿Le apoyan a usted con su meta de bajar de peso? Si No ¿Por qué? _____
10. ¿Con qué frecuencia come afuera del hogar? <1 2-3 4-7 8-12 > 12 (por semana)
11. ¿Qué restaurantes visite usted con regularidad? _____
12. ¿Con qué frecuencia come "comida rápida"? _____
13. ¿Quién planea las comidas? _____ ¿Quién cocina? _____ ¿Quién va de compras? _____
14. ¿Usa usted una lista de compras? Si No

15. ¿A qué hora del día y en qué día va de compras para la comida? _____
16. Alergias de comida: _____
17. Comida que no le gusta: _____
18. Comidas que le antojan/apetecen: _____
19. Hay una hora específica del día o mes que se le antoja/apetece la comida? _____
20. ¿Usted bebe té o café? Sí No ¿Cuánto por día? _____
21. ¿Bebe bebidas de cola? Sí No ¿Cuánto por día? _____
22. ¿Bebe alcohol? Sí No
¿Cuál? _____ ¿Cuánto por día? _____ ¿Por semana? _____
23. ¿Usted usa un sustituto de azúcar? Sí No ¿Usa mantequilla? ¿Margarina?
24. ¿Se despierta en la noche con hambre? Sí No
¿Qué hace usted en esos momentos? _____
25. ¿Cuáles son sus peores hábitos alimenticios? _____
¿Ha comido una gran cantidad de alimentos en un período de tiempo corto? Sí No
¿Si sí, con qué frecuencia? _____
-¿Se siente angustiado en cuanto a este episodio de comer una cantidad excesivo? Sí No
26. Hábitos de bocadillos/aperitivos:
¿Qué come? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
27. Cuando está bajo una situación estresante en el trabajo o en relación con su familia, ¿tiene tendencia de comer más? Explique: _____

28. ¿Piensa usted que está en una situación de mucho estrés o de emociones intensas?

- 29 Hábitos de Fumar: (sólo escoge una respuesta)
_____ Usted nunca ha fumado cigarrillos, cigarros o una pipa.
_____ Dejó de fumar hace _____ años y no ha fumado desde ese tiempo.
_____ Ha dejado de fumar hace por lo menos un año y ahora fuma cigarros o una pipa sin inhalar el humo.
_____ Fuma 20 cigarrillos por día (1 paquete).
_____ Fuma 30 cigarrillos por día (1.5 paquetes).
_____ Fuma 40 cigarrillos por día (2 paquetes).
_____ Cigarrillos electrónicos.

30. Desayuno Típico

Almuerzo Típico

Cena Típica

Hora de comer: _____

Hora de comer: _____

Hora de comer: _____

Donde: _____

Donde: _____

Donde: _____

Con quien: _____

Con quien: _____

Con quien: _____

¿Usted decide no participar en comidas regularmente?

Sí No Diariamente Semanalmente Raramente

31. Describe su nivel de energía en general: _____

32. Nivel de Actividad (elige sólo una respuesta):

_____ **Inactivo** - no participe en actividad física regular, en un trabajo donde está sentado.

_____ **Actividad ligera** - no participe en una actividad física organizada durante el tiempo libre.

_____ **Actividad moderada** - de vez en cuando participa en actividades tales como golf de fin de semana, tenis, el jogging, natación o ciclismo.

_____ **Actividad pesada** - participe constantemente en levantamiento de pesas, subir escaleras, construcción pesado, etc., o participe regularmente en el jogging, natación, ciclismo u otro deporte activa por lo menos tres veces por semana.

_____ **Actividad vigorosa** - participación en ejercicio físico extenso por lo menos 60 minutos por sesión, cuatro veces por semana.

33. Estilo de comportamiento: (elige sólo una respuesta)

_____ Siempre está tranquilo y relajado.

_____ Por lo general está tranquilo y relajado.

_____ A veces está tranquilo con impaciencia frecuente.

_____ Es raro estar tranquilo y constantemente está intentando a mejorarse.

_____ Nunca está tranquilo y tiene ambición abrumadora.

_____ Nunca puede relajarse y tiene una personalidad muy enfocado/duro.

34. Describa sus metas de salud general y como quiere mejorarse: _____

35. ¿Qué tan listo está para cambiar? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 - no tengo interés, 10 - ya comencé ayer)

36. ¿Está dispuesto a cambiarse? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

37. ¿Qué tan capaz está usted para cambiar? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

38. ¿Cuáles son algunas barreras que impiden su capacidad para cambiar? _____

39. ¿Normalmente cuántas horas duerme? 4 o menos 5-6 6-8 8 +

¿Se siente descansado después de dormir? Si No

40. ¿Cómo aprendió de nuestro programa? _____

41. ¿Quién le refirió a la programa? _____

42. ¿Quiéere que mandamos la nota de esta visita a su proveedor de cuidado primario? Si No

Nombre del proveedor: _____

Esta información nos ayudará a evaluar sus áreas problemáticas particulares y establecer un tratamiento médico específico para usted. Gracias por tu tiempo y paciencia en completar este cuestionario.