

INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERÍA Y ELÉCTRICA UNIDAD TICOMAN
DEPARTAMENTO DE DIFUSIÓN CULTURAL Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS
ÁREA DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN NUTRICIONAL

HISTORIA CLINICO-NUTRICIONAL

Estimado alumno, solicitamos de la manera mas atenta respondas el siguiente cuestionario con veracidad. Los datos aquí vertidos son de alta confidencialidad y se utilizaran para fines estadísticos y para la implementación de programas de atención primaria en salud.

I. DATOS PERSONALES

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____
Ocupación: _____ Escolaridad y Número de boleta: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES. ¿Alguno de tus familiares (padres, abuelos paternos o maternos, tíos paternos o maternos, hermanos) ha padecido alguno de los siguientes padecimientos? Escribe quien.

Alergias: _____ Cardiológico: _____ Diabetes: _____ Hipertensión: _____ Hepáticos: _____
Sobrepeso u Obesidad: _____ Oncológicos: _____ Altos niveles de colesterol o triglicéridos _____
Otros: _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. ¿Tú has padecido algunos de los siguientes padecimientos en los últimos 6 meses?

Hepatitis: _____ Problemas renales: _____ Hipertensión _____ Problemas digestivos como: estreñimiento: _____ Diarrea: _____ Sobrepeso u obesidad _____
Colitis: _____ Gastritis: _____ Toxicomanías _____ Alcoholismo: _____
Tabaquismo: _____
Ansiedad _____ Dolores de cabeza _____ Mareos _____
Irritabilidad _____ Falta de concentración _____ Insomnio _____

IV. PADECIMIENTO ACTUAL.

V. SIGNOS CLÍNICOS

Cabello reseco, quebradizo o caída de cabello en abundancia : _____ Cuello con zonas de oscurecimiento : _____ Piel y mucosas con resequedad : _____ Uñas quebradizas o manchas blancas en las uñas: _____ Debilidad generalizada : _____ Dolor muscular _____
--

VI. ANTROPOMETRÍA. Utiliza una cinta métrica para las circunferencias.

Parámetro / fecha	
Peso	
Estatura	
Circunferencia de cintura (a la altura de la cicatriz umbilical)	
Circunferencia de cadera.	

VII. EVALUACIÓN DIETÉTICA

Desayuno		Comida		Cena	
Hora	Lugar específico dentro de casa.	Hora	Lugar específico dentro de casa.	Hora	Lugar específico dentro de casa
Entre Comidas (Colaciones):					

¿Ha recibido tratamiento nutricional? _____

¿De qué tipo? _____

Alimentos que no consumes: _____

¿Debido a? _____

¿Tomas complementos vitamínicos? Si _____ No _____

¿Cuales? _____

¿Cuánta agua tomas al día? (vasos o ml.) _____

VIII. Hábitos y conceptos.

¿Cuántas horas pasas sentado al día? _____

¿Cuántas horas duermes? _____

¿Realizas ejercicio? _____

¿De qué tipo? _____

¿Cuánto tiempo al día? _____

¿Cuántas veces a la semana? _____

¿Has subido de peso durante la contingencia? Si _____ No _____ ¿Cuántos kg? _____

¿Crees que te mantienes saludable? Si _____ No _____

¿Por qué? _____

¿Crees que es importante alimentarte adecuadamente? _____

¿Crees que te alimentas adecuadamente? _____

En caso de que tu respuesta sea negativa, contesta la siguiente pregunta: ¿Qué te lo impide?
