

Complete el siguiente cuestionario:

1. Ocupación: _____ Horarios de trabajo: _____

2. Altura: _____ Peso: _____ ¿Ha cambiado su peso últimamente? Sí _____ No _____
Si la respuesta es si, explique: _____

3. ¿Con qué peso se siente más cómodo? _____

4. ¿Está haciendo alguna dieta especial en este momento? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

5. ¿Se le indicó alguna vez una dieta especial? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

6. ¿Quién prepara sus comidas en casa? _____ ¿Quién hace las compras de comestibles? _____

7. ¿Cuántas personas integran su grupo familiar? _____ 8. ¿Cuántas veces por semana come afuera? _____

9. Enumere las bebidas y la cantidad de ellas que toma por día.

	Leche	Jugo	Gaseosa	Café	Té	Agua	Alcohol	Otras
Tipo:								
Cantidad:								

10. ¿Tiene alguna alergia a alimentos? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa, enumérelas: _____

11. ¿Evita algunos alimentos por cuestiones de salud o por motivos religiosos? Sí _____ No _____
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

12. ¿Le desagrada profundamente algún alimento? Sí _____ No _____
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

13. ¿Tiene algún problema para masticar o tragar alimentos? Sí _____ No _____
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

14. ¿Usa sal para sus comidas? Sí _____ No _____ ¿La agrega durante la cocción? Sí _____ No _____

15. ¿Tiene algún dolor que interfiera para comer o beber? Sí _____ No _____
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

16. ¿Tiene alguna de las siguientes molestias con frecuencia? Náuseas _____ Vómitos _____ Acidez estomacal _____
Constipación _____ Diarrea _____

Nombre del Paciente:

MRN:

Fecha de Nacimiento:

Nutrition Services
Outpatient Adult Nutrition
History Information

17. ¿Tiene alguna dolencia física que afecte su capacidad de hacer ejercicio? Sí _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

18. ¿Participa en algún programa de ejercicios o actividad física? Sí _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa, con qué frecuencia: _____ ¿De qué tipo? _____

19. ¿Qué le gustaría aprender hoy y cuáles son sus inquietudes sobre nutrición? _____

20. ¿De qué forma le gusta aprender? (folletos, debate, ejemplos, etc.) _____

21. Indique cualquier problema médico en **su familia**.

Cáncer		Tensión arterial elevada	
Colesterol elevado		Accidente cerebrovascular	
Diabetes		Triglicéridos elevados	
Infarto de miocardio		Desconocido	

22. Si **NO está en** el sistema de Tower Health, indique todos los problemas médicos que **usted** tiene.

Anemia		Enfermedad diverticular		Enfermedad de intestino irritable	
Anorexia/Bulimia/Trastorno alimenticio		Dependencia de drogas/alcohol		Enfermedad renal	
Artritis		Edema/Retención de líquidos		Intolerancia a la lactosa	
Asma/Problemas pulmonares		Fibromialgia		Trastorno hepático	
Cáncer		Diabetes gestacional		Sobrepeso	
Enfermedad celíaca		Infarto de miocardio		Síndrome ovárico poliquístico (SOP)	
Colesterol/Triglicéridos elevados		Insuficiencia cardíaca		Apnea del sueño	
Constipación		Hernia de hiato		Problemas estomacales	
Enfermedad de Crohn		Tensión arterial elevada		Accidente cerebrovascular	
Depresión		VIH/SIDA		Enfermedad tiroidea	
Diabetes/Pel sistema diabetes		Resistencia a la insulina		Otras	

23. Indique cualquier cirugía a la que se haya sometido:

Cirugía de colon/intestino		Reemplazo de rodilla o cadera		Cirugía cardíaca	
Baipás gástrico		Cirugía de estómago		Otras	

Nombre del Paciente:

MRN:

Fecha de Nacimiento:

Nutrition Services
Outpatient Adult Nutrition
History Information

24. Si **no** está en el sistema de Tower Health, indique todos los medicamentos que toma.

Medicamento	Dosis	Frecuencia

25. Enumere todos los suplementos vitamínicos, minerales o herbales y los productos de venta libre que toma.

Medicamento	Dosis	Frecuencia

26. Si sus proveedores **no** están en la el sistema de Tower Health, envíe un informe de mi/s sesión/sesiones de Terapia Médica de Nutrición a los proveedores enumerados:

Nombre del proveedor _____

Especialidad _____

Nombre del Paciente:

MRN:

Fecha de Nacimiento:

**Nutrition Services
Outpatient Adult Nutrition
History Information**



Registre todo lo que coma o beba durante al menos tres días antes de su cita. Indique qué cantidad de comida ingirió (onzas, tazas, cucharadas, cucharaditas), cómo se preparó la comida y toda salsa o condimento que haya utilizado. Indique toda actividad física o ejercicio que hizo. Registre la cantidad de tiempo que insumió la actividad.

	Día 1	Día 2	Día 3
Desayuno			
Bocadillo			
Almuerzo			
Bocadillo			
Cena			
Bocadillo			
Actividad física			
Comentarios			

Nombre del Paciente:

MRN:

Fecha de Nacimiento:

Nutrition Services
Outpatient Adult Nutrition
History Information