

Historia clínica nutricional

Fecha: / /

Datos personales

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Motivo de consulta: _____

Antecedentes familiares

() Diabetes	() Obesidad	() Cáncer
() Hipertensión	() Tiroideos	Otros: _____

Padecimientos presentados anteriormente: _____

Padecimiento actual: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Medicamentos de consumo actual: _____

Suplementos o multivitamínicos: _____

Bioquímicos

Fecha	Examen	Resultados

Habito alimenticios

Como considera su apetito: () Bueno () Normal () Poco

Número de comidas al día: _____ Regular en horarios: () Si () No

Alimentos no consumidos: _____

_____ Motivo: _____

Alergias alimentarias: _____

Fuma: _____ Cantidad: _____ Consumo de alcohol: _____ Cantidad: _____

Recordatorio de 24 horas

Desayuno: _____

Colación: _____

Comida: _____

Colación: _____

Cena: _____

Actividad física

☐ Sedentario

☐ Ligera

☐ Moderada

☐ Intensa

Frecuencia: _____

Duración: _____

Realiza algún deporte: ☐ Si ☐ No

Cual: _____

Composición corporal

	Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3	Evaluación 4	Evaluación 5
Fecha					
Peso					
Talla					
IMC					
C. cintura					
C. cadera					
CMB					
% grasa					
Diagnostico					

Requerimiento energético

	Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3	Evaluación 4	Evaluación 5
GET					
Intervención					

Distribución dietética:

	Evaluación 1			Evaluación 2			Evaluación 3			Evaluación 4			Evaluación 5		
	%	kcal	g	%	kcal	g	%	kcal	g	%	kcal	g	%	kcal	g
HC															
Lip.															
Pr															

Observaciones	
Evaluación 1	
Evaluación 2	
Evaluación 3	
Evaluación 4	
Evaluación 5	

Historia clínica nutricional

Fecha: / /

Datos personales

Nombre del padre o tutor: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Motivo de consulta: _____

Antecedentes familiares

() Diabetes	() Obesidad	() Cáncer
() Hipertensión	() Tiroideos	Otros: _____

Padecimientos presentados anteriormente: _____

Padecimiento actual: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Medicamentos de consumo actual: _____

Suplementos o multivitamínicos: _____

Bioquímicos

Fecha	Examen	Resultados

Habito alimenticios

Como considera su apetito: () Bueno () Normal () Poco

Número de comidas al día: _____ Regular en horarios: () Si () No

Alimentos no consumidos: _____

_____ Motivo: _____

Alergias alimentarias: _____

Recordatorio de 24 horas

Desayuno: _____

Colación: _____

Comida: _____

Colación: _____

Cena: _____

Actividad física

☐ Sedentario

☐ Ligera

☐ Moderada

☐ Intensa

Frecuencia: _____

Duración: _____

Realiza algún deporte: ☐ Si ☐ No

Cual: _____

Composición corporal

	Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3	Evaluación 4	Evaluación 5
Fecha					
Peso					
Talla					
C. cintura					
IMC					
P/E					
T/E					
P/T					
Diagnostico					

Requerimiento energético

	Evaluación 1	Evaluación 2	Evaluación 3	Evaluación 4	Evaluación 5
GET					
Intervención					

Distribución dietética:

	Evaluación 1			Evaluación 2			Evaluación 3			Evaluación 4			Evaluación 5		
	%	kcal	g	%	kcal	g	%	kcal	g	%	kcal	g	%	kcal	g
HC															
Lip.															
Pr															

Observaciones	
Evaluación 1	
Evaluación 2	
Evaluación 3	
Evaluación 4	
Evaluación 5	