



### 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.