FORMA TO HISTORIA NUTRICIONAL

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_\_sexo \_\_\_\_\_Ocupación \_\_\_\_\_

Peso actual \_\_\_\_\_

Peso usual (últimos 6 meses)\_\_\_\_\_

Talla \_\_\_\_\_

IMC : \_\_\_\_\_\_\_ clasificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnostico clínico :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tratamiento farmacológico : Si \_\_ CUAL \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Antecedentes personales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antecedentes familiares \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio ( últimos 6 meses o 1 año)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actividad física : SI\_\_\_ cual \_\_\_\_\_ NO

Hábitos de alimentación: DESCRIPCION -----------------------------

Observaciones : conocimientos, creencias, seguridad alimentaria \*\*\*\*

Recordatorio de alimentación / día