

Escriba claramente o en letra de molde. Toda su información será guardada de manera confidencial entre usted y el Consultor de Salud.

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Con cuanta frecuencia revisa su correo electrónico? \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Peso actual: \_\_\_\_\_ Peso hace seis meses: \_\_\_\_\_ Hace un año: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría que su peso fuera diferente? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿qué tanto? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOCIAL**

Estado civil: \_\_\_\_\_

¿Dónde vive actualmente? \_\_\_\_\_

¿Hijos? \_\_\_\_\_ ¿Mascotas? \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Horas laborales por semana: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD**

Por favor, haga una lista de sus principales preocupaciones en materia de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Otras preocupaciones y/o metas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿En qué etapa de su vida se ha sentido mejor? \_\_\_\_\_

**HEALTH INFORMATION** (continued)

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, hospitalización o lesión? \_\_\_\_\_

¿Cómo es/fue la salud de su madre? \_\_\_\_\_

Como es/fue la salud de su padre? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus antecedentes étnicos? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su grupo sanguíneo? \_\_\_\_\_

¿Cómo duerme? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas? \_\_\_\_\_ ¿Se despierta durante la noche? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Algún dolor, rigidez, hinchazón? \_\_\_\_\_

¿Estreñimiento/diarrea/gases? \_\_\_\_\_

¿Alergias o sensibilidad? Por favor explique: \_\_\_\_\_

**WOMEN'S HEALTH**

¿Es regular su menstruación? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días le dura? \_\_\_\_\_ ¿Con cuánta frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor o síntomas? Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene o está cerca de la menopausia? Por favor explique: \_\_\_\_\_

Historia de control de natalidad: \_\_\_\_\_

¿Le dan infecciones de hongos o de vía urinaria? Por favor explique: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

¿Toma algún suplemento o medicamento? Por favor haga una lista: \_\_\_\_\_

¿Algún curador, ayudante o terapia con el cual esté involucrado? Por favor, indíquelos: \_\_\_\_\_

¿Qué papel juegan los deportes y el ejercicio en su vida? \_\_\_\_\_



Historia Médica Confidencial de Mujeres

**INFORMACIÓN DE ALIMENTOS**

¿Qué alimentos comía con frecuencia de niña?

<u>Desayuno</u>	<u>Almuerzo</u>	<u>Cena</u>	<u>Meriendas</u>	<u>Líquidos</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Qué tipo de alimentos come hoy en día?

<u>Desayuno</u>	<u>Almuerzo</u>	<u>Cena</u>	<u>Meriendas</u>	<u>Líquidos</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Su familia y/o sus amistades la apoyarían en su deseo de hacer cambios en su manera de comer y/o estilo de vida? \_\_\_\_\_

¿Usted cocina? \_\_\_\_\_ ¿Qué porcentaje de su comida está hecha en casa? \_\_\_\_\_

¿Dónde consigue el resto? \_\_\_\_\_

¿Le dan antojos de azúcar, café, cigarros o tiene alguna adicción fuerte? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lo más importante que debería hacer para mejorar mi salud es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COMENTARIOS ADICIONALES**

¿Hay algo más que quisiera compartir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_