

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: _____

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? _____

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? _____
