**Centro Integral de Salud Anluz,**

** Calle Miranda, PB consultorio 5 Chacao**

**Telef: (0212) 2651376 / 264 41 50**

**Cell: 0412 903 5969**

**Nombres y Apellidos:**

**Edad:** **Sexo**: F \_\_\_ M \_\_\_\_ **C.I**:

**Correo electrónico:**

**Enfermedades:** Marque si sufre alguna de estas enfermedades

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** |  | **Si** | **No** |
| Diabetes |  |  | Colesterol alto |  |  |
| Hipertensión |  |  | Triglicéridos altos |  |  |
| Cardiopatías |  |  | Gastritis |  |  |
| Infarto |  |  | Hiperinsulinismo/ resistencia insulina |  |  |
| Cáncer |  |  | Hipotiroidismo / hipertiroidismo |  |  |
| Colitis |  |  | Tiroiditis |  |  |
| Úlcera gástrica |  |  | Colon irritable |  |  |
| Sobrepeso |  |  | Síndrome metabólico |  |  |
| Obesidad |  |  | Síndrome ovario poli quísticos |  |  |
| Bajo peso |  |  |  |  |  |

**Alergias a alimentos (¿Cuáles?):**

**Alimentos que no consume por cultura, religión o porque no le gustan**:

**Medicamentos que toma nombre, dosis, horarios**:

**Sufre de estreñimiento**: Si € No € en ocasiones €

**Realiza actividad física**Si€ No € ¿Cuál?

¿Cuántas horas a la semana?

**Siente más apetito a qué hora del día**:

**¿Cuántas veces come en el día?**

**Frecuencia de Consumo: Marca con una X**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 vez semana | 2 veces semana | 3 veces semana | 4 veces semana | 5 veces semana | Todos los días | Al mes | Nunca |
| Leche |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quesos |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yogur |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Huevo |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Carne res |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pollo |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pescado |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vísceras |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fruta |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vegetales |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ensaladas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tubérculos |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Granos |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pasta |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Arroz |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pan |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Papa |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cebada |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Avena |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Banana |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Refrescos |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Azúcar |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dulces |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Frituras |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jugo fruta comercial |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chocolate |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Snacks salados |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Alcohol |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Charcutería |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comida fuera de casa |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Observaciones:**

**Hábitos de alimentación:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | A veces | Horario regular |
| DESAYUNO |  |  |  |  |
| MERIENDA |  |  |  |  |
| ALMUERZO |  |  |  |  |
| MERIENDA |  |  |  |  |
| CENA |  |  |  |  |
| MERIENDA |  |  |  |  |

**Líquidos (Consume diariamente** en vasos , tazas o litros)

**Agua**:

**Jugos de fruta natural**:

**Jugos comerciales**:

**Refrescos**:

**Te, manzanilla, infusiones o tisanas**:

**Recordatorio de 24 horas: diga que comió y qué cantidad en día de ayer**

|  |  |
| --- | --- |
| Desayuno |  |
| Merienda |  |
| Almuerzo |  |
| Merienda |  |
| Cena |  |
| Merienda |  |

**ANTROPOMÉTRICOS**

**Estatura:**

**Peso actual:**

**Peso máximo que ha tenido en su vida:**

**Peso que desea tener?**

**En cuanto tiempo?**

**Otras indicaciones desee escribir:**