**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:**