

HISTORIA CLINICA / FICHA NUTRICIONAL

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
NUMERO DE AFILIADO: _____
NUMERO DE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

MADRE: _____
PADRE: _____
HERMANOS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

QUIRURGICOS: _____
GINECOLOGICOS: _____
PADECIMIENTO DE ALGUNA
ENFERMEDAD: _____
TRATAMIENTOS REALIZADOS
PARA LA OBESIDAD: _____

DATOS ANTROPOMETRICOS

TALLA	<input type="text"/>	PESO ACTUAL	<input type="text"/>
PESO INICIAL	<input type="text"/>	REDUCCION %	<input type="text"/>
I.M.C.	<input type="text"/>	I.M.C.	<input type="text"/>
T.A.	<input type="text"/>	T.A.	<input type="text"/>
CINTURA	<input type="text"/>		

NOTA: Casillero T.A. opcional

Hábitos:

Ingesta Calórica Diaria: _____

HISTORIA CLINICA / FICHA NUTRICIONAL

Actividad Física

Nula

Moderada

Intensa

Tabaquismo: SI / NO

Cuántos?

Desde que Edad:

Medicación Actual:

Tóxicos:

Observaciones:

Adherencia al Tratamiento:

SI

NO

Firma y Sello Profesional: _____