**SERVICIO ASESORÍAS NUTRICIONAL ONLINE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA EVALUACIÓN | Día | Mes | Año |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos del paciente |  |
| Cédula Identidad |  |
| Fecha Nacimiento |  |
| Edad |  |
| Sexo |  |
| Dirección y Ciudad de Residencia |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Email |  |
| Profesión |  |

**Marque la (s) patologías que padece o ha padecido:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patología | Marque con X | Patología | Marque con X | Patología | Marque con X |
| Diabetes |  | **Infarto** |  | **Hipotiroidismo** |  |
| Hiperinsulinismo |  | **Derrame cerebral** |  | **Hipertiroidismo** |  |
| Hipertensión |  | **Angina de pecho** |  | **Cáncer** |  |
| Hígado Graso |  | **Enf cardiovascular** |  | **Pancreatitis** |  |
| Páncreas graso |  | **Várices** |  | **Migrañas** |  |
| Gastritis |  | **Hemorroides** |  | **Colesterol alto** |  |
| Colitis |  | **Celiaquía** |  | **Triglicéridos altos** |  |
| Síndrome metabólico |  | **Úlcera gástrica** |  | **Endometriosis** |  |
| Colon irritable |  | **Reflujo Gastrico** |  | **Sx Chron** |  |
| Diverticulosis |  | **Esófago de Barrett** |  | **Anorexia** |  |
| Depresión |  | **Trast Alimentac** |  | **Bulimia** |  |
| Artrosis |  | **LUPUS** |  | **Artrosis** |  |
| AIDS/ HIV+ |  | **Hepatitis C** |  | **COVID19** |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Otras (menciones):**

**Antecedentes Familiares**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familiar | Marque si está vivo | Enfermedades que padece o padeció | Si falleció indique causa de muerte |
| Madre |  |  |  |
| Padre |  |  |  |
| Abuelo materno |  |  |  |
| Abuela Materna |  |  |  |
| Abuelo Paterno |  |  |  |
| Abuela Paterna |  |  |  |
| Hermana |  |  |  |
| Hermano |  |  |  |
| Otros familiares con enfermedades importante |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamento, suplemento o vitaminas que esté tomando | Dosis que toma |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Indique a qué es alérgico/a |  |
| Indique si es intolerante a algún alimento o bebida |  |
| Indique alimentos que no consume por gusto, creencia o religión |  |

**Hábitos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Si | No |
| ¿Sufre de estreñimiento? |  |  |
| ¿Sus heces poseen sangre? |  |  |
| ¿Sus heces posee moco? |  |  |
| Sus orinas tienen espuma |  |  |
| ¿Sufre de cistitis o infecciones recurrentes de orina? |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido piedras o arenilla en riñones? |  |  |
| ¿Tiene o ha tenido piedras en la vesícula? |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cigarrilo | Fuma? | Cuantos años lleva fumando | ¿cuántos cigarrillos/día? |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alcohol | Tipo de bebidas | Frecuencia de su consumo | Cantidad de cada bebida que consume |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Diario | Interdiario | 4 veces por semana | 2 veces por semana | 1 vez a la semana | 1 vez quincenal |
| Evacua |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Sufres de? | Si | No | En qué momento del día |
| Náuseas |  |  |  |
| Vómitos |  |  |  |
| Acidez |  |  |  |
| Reflujo gástrico |  |  |  |
| Dolor Abdominal |  |  |  |
| Distensión Abdominal |  |  |  |
| Migrañas |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Deporte o ejercicios que realizas | Horas diarias | Frecuencia semanal | Desde que fecha lo haces |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Cirugías**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cirugía que le realizaron | Fecha de realización | Indique si tuvo complicaciones |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Hábitos Nutricionales:**

Horas de sus comidas

|  |  |
| --- | --- |
| Comida | Hora que la realiza |
| Desayuno |  |
| Merienda |  |
| Almuerzo |  |
| Merienda |  |
| Cena |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Siente más apetito a qué hora del día** |  |
| **¿Cuántas veces come en el día?** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Casa | comedor | **Calle** | **Lo lleva de casa al trabajo** |
| **¿Dónde almuerza?** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** | ¿A qué hora del día? |
| **¿Sufre de ansiedad por comer dulce?** |  |  |  |

**Consumo de Líquidos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bebidas | Numero vasos | Litros | Otra información |
| ¿Cuántas agua toma al día? |  |  |  |
| ¿Consume diariamente Jugos de fruta natural? |  |  |  |
| ¿Consume diariamente Jugos comerciales? |  |  |  |
| ¿Consume Refrescos? |  |  |  |
| ¿Consume Te, manzanilla, infusiones o tisanas? |  |  |  |

**Otros detalles que desee recalcar de su alimentación:**

|  |
| --- |
|  |

**Frecuencia de Consumo: Marca con una X cuantas veces lo consume**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mayonesa |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chicha |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Hábitos de alimentación:**

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

**Recordatorio de 24 horas: diga que comió y que cantidad el día de ayer (sea lo más específico en cantidad e ingredientes)**

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

**Dietas que ha realizado anteriormente**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de dieta | Fecha en que la hizo | Cuánto tiempo lo hizo | Resultados de esta dieta | Kilos que perdió en total | Sufrió de efecto rebote después de hacerla |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ANTROPOMÉTRICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Estatura actual (mts) |  |
| Peso actual (kg) |  |
| Peso máximo que ha tenido |  |
| Peso mínimo que ha tenido |  |
| Circunferencia cintura (cm) (solo las mujeres) |  |
| Circunferencia Abdominal (cm) |  |
| Circunferencia cadera (cm) (solo las mujeres) |  |

Circunferencia cintura es medir con cintra de costurera por debajo de las costillas

Circunferencia Abdominal: medice a nivel de su ombligo

Circunferencia de cadera: medir porla parte superior del muslo

**Otras observaciones que desee acotar:**

|  |
| --- |
|  |

**Para ser llenado por el Nutricionista**

**IMC:**

**Dx Nutricional**

**Indicaciones:**

**Foto del día que comienzas el plan**

*A través de las fotos logarmos percatarnos más de nuestros cambios en el peso y la figura por eso quien desea puede tomar la foto y agregar y hacerlo cada 30 días para que veas los sorprendentes cambios de ti mismo/a*

Sobre la Lic Rosisella Puglisi



La Licenciada Rosisella Puglisi, obtiene en Julio del 2002, su licenciatura en Nutrición y Dietética en la Escuela de Nutrición y Dietética de la facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV) Caracas – Venezuela.

Desde el mismo mes de Julio 2002 comienza su experiencia profesional en el hospital Universitario de Caracas (Clínico Universitario) donde había durante 6 meses realizado las pasantías de Nutrición clínica (9 semestre de la carrera). Durante 6 años el hospital le ofrece una experiencia profesional en diferentes áreas y departamentos como apoyo al team multidisciplinario a través de las interconsultas individuales a pacientes, participación a las reuniones médicas de cada departamento, participación activa a las visitas médicas dirigidas de los jefes de servicios y especialistas y estudiantes de medicina, planificación y control del servicio de alimentación de los respectivos servicios atendidos, y supervisión del personal de cocinilla (manipuladores de alimentos).

Otras funciones desarrolladas en la actividad de nutrición hospitalaria desarrollada en el HUC se encuentran las de asesora de los pasantes del 9 semestre de la escuela de nutrición y dietética (UCV), la realización de charlas y material informativo en nutrición y alimentación, dirigidas a pacientes, familiares de pacientes y personal sanitario. Además de la evaluación, cálculo, porgramación y control de las nutriciones enterales yparenterales de los pacientes que lo requerían.

La segunda más importante experiencia profesional la desarrolla en el Centro Nacional de Obesidad, Caracas – Venezuela, expecializada en la atención de la obesidad extrema, y la realización de Bandas gástricas. En el centro, la lic realiza la evaluación clínico – nutricional de los pacientes, con la planificación de la alimentación y el apoyo profesional en el período pre operatorio, post operatorio inmediato, y el post operatorio tardío.

Realiza a través de la Universidad de Navarra- España un curso especialistico en Nutrición y Obesidad (2004) y a través de la Universitat de Barcelona (2006) Curso especialistico sobre Nutrición en las enfermedades Gastrointestinales.

En Diciembre 2008 culmina el Master II Livello en Nutrición Clínica Aplicada de la Universidad Sacro Cuore di Gesú, Policlinico A. Gemelli, Roma.

Recibiendo el mismo año la revalida y habilitación para ejercer en Italia, comienza su experiencia laboral y profesional en el nuevo país y continente, sin dejar a un lado de ejercer en Venezuela y otros países.

Contactos:

Teléfono con whatsapp 0058 04241273619

Teléfono llamadas 0058 0412 903 5969

Correo: [rosisella@gmail.com](mailto:rosisella@gmail.com)

Blog [www.rosisellapuglisi.wordpress.com](http://www.rosisellapuglisi.wordpress.com)

Instagram @nutricionista\_rosisella

Facebook fan page nutricionista rosisella

Twitter @rosisellap

Youtube canal TheRosisella