**SERVICIO ASESORÍAS ONLINE SERVICIO ATENCIÓN TEA**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos del paciente |  |
| Edad |  |
| Sexo |  |
| Ciudad de Residencia |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Email |  |
| Nombre y Apellido del representante a cargo |  |

**Antecedentes Gestacionales**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | cuáles | En que mes de gestación sucedió |
| *Complicaciones en el embarazo*: |  |  |  |  |
| *Ud Sufrió de gripe en el embarazo* |  |  |  |  |
| *Ud recibió vacuna estando embarazada* |  |  |  |  |
| *Sufrió de infecciones durante el embarazo* |  |  |  |  |

**Antecedentes Perinatales:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Semana de gestación a la hora del parto* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Tipo de parto*: | Natural | Cesárea | Motivo cesárea |

|  |
| --- |
| **Complicaciones al nacer:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | Por cuanto tiempo |
| *¿Necesito incubadora?* |  |  |  |
| *¿Se puso amarillo?* |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Peso al nacer:** |  | **Talla al nacer:** |  |

**Antecedentes Pediátricos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Enfermedades infecto contagiosas de la infancia que ha* | Si | No | A qué edad | Complicaciones |
| Sarampión |  |  |  |  |
| Varicela (lechina) |  |  |  |  |
| Paperas |  |  |  |  |
| Herpes Zoster |  |  |  |  |
| Herpes |  |  |  |  |
| Covid19 |  |  |  |  |
| Otras: |  |  |  |  |

**Alergias**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Alergias | Si | No | Especifique a cuales | Tratamiento que recibe | Desde cuando lo sufre |
| Asma bronquial |  |  |  |  |  |
| Alergia ambiental |  |  |  |  |  |
| Alergia medicamentos |  |  |  |  |  |
| Alergias a alimentos |  |  |  |  |  |
| Intolerancias |  |  |  |  |  |
| Infecciones recurrentes? |  |  |  |  |  |

**Antecedentes Nutricionales de los 0 meses a los 12 meses**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Leche materna exclusiva | leche materna y fórmula | solo formula infantil |
| *Cuando nació lo alimento con*: |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de ´formula infantil utilizada |  |
| En qué mes le dio fórmula infantil y que tipo |  |
| A cuál mes le dio alimentos que no fuesen leche (papillas, fruta, cremas |  |
| ¿A qué edad le comenzó a dar leche completa? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | A cuales alimentos |
| Presentó alguna reacción a algún alimento al comenzar su ablactación? |  |  |  |

**Marque la (s) patologías que padece o ha padecido el niño/a:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 metabolico |  | **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** |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de diagnósticos Tea (autismo) |  |
| Quién da el diagnostico (medico, psicólogo, centro) |  |
| Alimentos que no consume por cultura, religión o porque no le gustan: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamento, vitaminas o suplementos que ingiere el niño/a | Dosis y frecuencia que lo consume |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | En ocasiones |
| ¿Sufre de Estreñimiento? |  |  |  |
| ¿Las heces presentan moco? |  |  |  |
| ¿Las heces presentan sangre? |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Las heces son de color:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Actividad física que realiza | Horas diarias | Frecuencia semanal | Acotaciones que desea hacer |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Terapias que recibe y hora a la semana**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de terapia que recibe | ¿Cuántos minutos dura cada sección? | ¿Cuántas veces a la semana hace esta terapia | ¿Desde que fecha recibe esta terapia? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Siente más apetito a qué hora del día: |  |
| ¿Cuántas veces come en el día? |  |
| ¿Siempre desayuna? |  |
| ¿Dónde almuerza? (casa, comedor, fuera, lleva de la casa) |  |
| ¿Quién le prepara los alimentos? |  |
| ¿Quién es el responsable de cuidar su dieta? |  |

**Frecuencia de Consumo (del paciente no la familia) : 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mayonesa |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chicha |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Observaciones:**

**Hábitos de alimentación:**

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

**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? |  |  |  |

**Recordatorio de 24 horas: diga que comió y que cantidad**

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

**ANTROPOMÉTRICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Peso Actual** |  |
| **Estatura actual** |  |

**OTRAS INFORMACIONES QUE DESEE AÑADIR:**