**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:**