**SERVICIO ASESORÍAS ONLINE**

**Fecha:**

**Nombre del Paciente:**

**Edad**: **Sexo**: F € M € **Teléfono de contacto**

**Correo electrónico:**

**Lugar desde donde nos contacta (ciudad, país):**

**Antecedentes Gestacionales**:

*Complicaciones en el embarazo*:

*Ud Sufrió de gripe en el embarazo:* si en cúal semana o mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_ no 🗆

*Ud recibió vacuna estando embarazada?* No Si ¿Cúal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Sufrió de infecciones durante el embarazo*? No Si ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes Perinatales:**

*Semana de gestación a la hora del parto* \_\_\_\_\_\_\_\_

*Tipo de parto*: natural cesáreo motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Complicaciones al nacer* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Necesito incubadora* No Si por cuanto tiempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Se puso amarillo* : No Si

Peso Al nacer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estatura al nacer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes Pediátricos**

*Enfermedades infecto contagiosas de la infancia que ha sufrido* (sarampión, varicela, etc)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Sufre de asma* No Si *sufre de* alergias ambientales No Si

*Sufre de alergia a alimentos*: No Si cuales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Sufre de alergia a medicamentos* No Si cuales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Sufre de infecciones recurrentes* No Si cuales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Cuando nació lo alimento con*:

Leche materna exclusiva leche materna y fórmula solo formula infantil

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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presentó alguna reacción a algún alimento? No Si cual/es? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A qué edad le comenzó a dar leche completa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Enfermedades:** Marque si sufre alguna de estas enfermedades

Diabetes € Hipertensión Arterial € Cardiopatías: € Cáncer €

Dislipidemia (colesterol y/o triglicéridos altos) € Hiperinsulinismo € Colitis €

Síndrome Metabólico € Síndrome Ovario Poliquístico€Gastritis €

Úlcera gástrica € Colon irritable € Hipotiroidismo € hipertiroidismo €

Otras (menciones):

**Alergias a alimentos (¿Cuáles?):**

**Alimentos que no consume por cultura, religión o porque no le gustan**:

**Medicamentos que toma**:

**Sufre de estreñimiento**: Si € No € en ocasiones €

Color de las heces \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presentan moco No Si

Presentan sangre No Si

**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?**

**¿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  |  |  |  |  |

**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 que cantidad**

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

**ANTROPOMÉTRICOS**

**Estatura (indicar si es centímetros o metros):**

**Peso actual (en kilos):**

**Peso al Nacer:**

**Estatura al nacer:**

**OTRAS INFORMACIONES QUE DESEE AÑADIR:**