Escriba claramente o en letra de molde. Toda su información será guardada de manera confidencial entre usted y el Consultor de Salud.

INFORMACIÓN PERSONAL

|  |  |
| --- | --- |
| Primer nombre:  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido: |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Correo electrónico: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Con cuanta frecuencia revisa su correo electrónico? |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfono: Casa: |  | Trabajo: |  | Celular:  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Edad: |  | Estatura: |  | Fecha de nacimiento: |  | Lugar de nacimiento: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Peso actual: |  | Peso hace seis meses: |  | Hace un año: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Le gustaría que su peso fuera diferente? |  | Si es así, ¿qué tanto? |  |

INFORMACIÓN SOCIAL

|  |  |
| --- | --- |
| Estado civil: |   |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Dónde vive actualmente? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Hijos? |  | ¿Mascotas? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Profesión: |  | Horas laborales por semana: |  |

INFORMACIÓN DE SALUD

|  |  |
| --- | --- |
| Por favor, haga una lista de sus principales preocupaciones en materia de salud: |   |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Otras preocupaciones y/o metas?  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿En qué etapa de su vida se ha sentido mejor? |  |

HEALTH INFORMATION (continued)

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, hospitalización o lesión?  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo es/fue la salud de su madre?  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Como es/fue la salud de su padre?  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuáles son sus antecedentes étnicos?  |  | ¿Cuál es su grupo sanguíneo?  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cómo duerme?  |  | ¿Cuántas horas? |  | ¿Se despierta durante la noche?  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Por qué? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Algún dolor, rigidez, hinchazón?  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Estreñimiento/diarrea/gases?  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Alergias o sensibilidad? Por favor explique: |  |

INFORMACIÓN MÉDICA

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Toma algún suplemento o medicamento? Por favor haga una lista: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Algún curador, ayudante o terapia con el cual esté involucrado? Por favor, indíquelos:  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué papel juegan los deportes y el ejercicio en su vida? |  |

INFORMACIÓN DE ALIMENTOS

|  |
| --- |
| ¿Qué alimentos comía con frecuencia de niña? |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Desayuno |  | Almuerzo |  | Cena |  | Meriendas |  | Líquidos |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ¿Qué tipo de alimentos come hoy en día? |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Desayuno |  | Almuerzo |  | Cena |  | Meriendas |  | Líquidos |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Su familia y/o sus amistades la apoyarían en su deseo de hacer cambios en su manera de comer y/o estilo de vida? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Usted cocina? |  | ¿Qué porcentaje de su comida está hecha en casa? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Dónde consigue el resto? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Le dan antojos de azúcar, café, cigarros o tiene alguna adicción fuerte? |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lo más importante que debería hacer para mejorar mi salud es: |  |
|  |  |

COMENTARIOS ADICIONALES

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Hay algo más que quisiera compartir?  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |