**Formulario de Historial Medico**

**1. Corrientemente estas en buena salud?**  Si No

**2. Estas bajo el cuidado de algún doctor?** Si No

**Si es así, para qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Corrientemente estas tomando medicaciones (recetadas, herbal, o naturales)?** Si No

**Nombre de medicina:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dosis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de medicina:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dosis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de medicina:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dosis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de medicina:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dosis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Alérgico(a) a alguna medicación?** Si No

**Por favor nombrar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Historial médico de presión arterial alta?** Si No

**6. Historial médico de diabetes?**  Si No

**7. Historial médico de Glaucoma?** Si No **Angulo ancho O Angulo estrecho (circule una)**

**8. Historial médico de alto colesterol?** Si No

**9. Historial médico de alguna condición cardiaca incluyendo: ataque al corazón, enfermedad de la arteria coronaria, latido irregular del corazón, enfermedad de las válvulas del corazón o soplo de corazón?**

Si No

**10. Historial médico de un derrame cerebral o de un ataque isquémico transitorio?** Si No

**11. Historial médico de tiroides (Mas Activo o Bajo Activo)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**12. Historial médico de frecuente dolor de cabeza?** Si No **Migraña?** Si No

**Medicaciones usadas para el dolor de cabeza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**13. Historial médico de cáncer?** Si No

**Si respondes que sí, que tipo de cáncer? También, cuando y como fuiste tratado? (Especialmente cáncer de los senos, ovarios, testicular o te la próstata)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**14. Historial médico de convulsiones o epilepsia?** Si No

**15. Historial médico de coágulos de sangre o trastorno de coagulación de la sangre?** Si No

**16. Historial médico de condiciones psiquiátricas? (ansiedad/depresión, desorden bipolar o esquizofrenia, etc.)** Si No

**Que tipo de condición y tratamiento?** ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**17. Historial médico de abuso de medicaciones o alcohol?** Si No

**18. Historial medico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?** Si No

**Si es así, estas tomando medicamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**19. Historial médico de trastorno alimenticio?**

**Si es así, que tipo y fecha de su último episodio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**20. Historial ginecológico (solo mujeres):**  **Ultimo ciclo menstrual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Píldoras anticonceptivas:** Si No **Histerectomía/ Ligadura de trompas?** Si No

**Estas amamantando?** Si No **Historial médico de Ovarios Poliquisticos (PCOS) o Senos Fibroquisticos?** Si No

**21. Alguna cirugía?** Si No

**Especificar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Especificar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Evaluación de Nutrición**

1. **Peso Actual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estatura (sin zapatos):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Peso deseado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **En cuanto tiempo le gustaría alcanzar su peso deseado?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Cuál es tu razón principal por querer perder peso?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **Cuando compensaste a subir de peso en exceso? (Dado razones, si se conoce):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. **Que ha sido su peso máximo durante tu vida (no incluyendo embarazo) y cuando (fecha)?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. **Dietas que anteriormente has tomado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. **Cada cuanto salas a comer fuera de casa**? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. **Has tomado alguna vez un suplemento de dieta o calmante de apetito?** Si No

**Si es así, que?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Tienes preocupaciones especificas del programa de pérdida de peso?** Si No