



SISTEMA INTEGRAL MODELO PACHUCA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA
HISTORIA CLÍNICA NUTRICIONAL ADULTOS

Datos Generales

Nombre		Fecha de nacimiento	
Edad		Numero de expediente:	
Diagnóstico médico:		No. Habitación	Fecha

Antecedentes Personales Patológicos

¿Actualmente usted presenta alguna enfermedad que afecte su consumo de alimentos?

¿Cuál?

¿Cuál es el tratamiento médico indicado para dicha enfermedad?

¿Presenta actualmente problemas gastrointestinales? ¿Cuáles?

Antecedentes Alimentarios

Lactancia materna exclusiva.	
Lactancia materna mixta.	
Formula láctea.	
Alimentación complementaria (indicar edad de inicio)	

A continuación se presenta un formato de Dieta Habitual, en donde deberá anotar los alimentos que normalmente ingiere, haciendo referencia en el horario, cantidad y modo de preparación

Formato de Dieta Habitual

Alimento	Horario	Cantidad	Modo de preparación

A continuación hay 4 apartados, en los cuales deberá especificar cuales son los alimentos que le gustan, alimentos que no le gustan, alimentos que le causan alguna intolerancia y/o alergia al consumirlos, esto con la finalidad de crear menús tomando en cuenta lo anterior, así como las indicaciones establecidas por el médico tratante y las características de una alimentación correcta.

Alimentos preferidos	Alimentos rechazados	Alergias a alimentos

Intolerancias a alimentos

Datos Bioquímicos.

Colesterol.	Triglicéridos	Glucosa

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y firma del Nutriólogo