

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