



Llene los siguientes por favor	No escribe aquí												
<p>Estado Civil: ____Soltero(a)____Casado(a)____Divorciado(a)/Separado(a)____Viudo(a)</p> <p>Tiene problemas al oír, ver, o tiene otra condición medica?_____</p> <p>Ultimo año de escuela completado?_____ Ocupación? _____</p> <p>Numero de persona en el hogar: _____</p> <table border="0"><thead><tr><th data-bbox="105 577 219 619"><u>Nombre</u></th><th data-bbox="438 577 560 619"><u>Relación</u></th><th data-bbox="844 577 917 619"><u>Edad</u></th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>	<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Edad</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p>Family and Social History:</p>
<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Edad</u>											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
<p>Alguien en su familia esta siguiendo una dieta especial? _____</p> <p>Que tipo?_____</p> <p>Quien le prepara la comida?_____</p> <p>Cuantas veces come usted fuera de la casa a la semana? _____</p> <p>Donde come fuera de la casa? Que come usualmente?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Meal Plans:</p>												
<p>Apunte alguna comida que sea alérgico(a): _____</p> <p>Evita usted comer algún alimento o comidas que no le gusta?_____</p> <p>_____</p>	<p>Problem Foods:</p>												
<p>Estatura: _____ Peso actual: _____ Peso usual: _____</p> <p>Peso deseado: _____</p> <p>Libras que aumento en este año: _____ Libras que perdió: _____</p> <p>Estaba o Esta usted siguiendo una dieta especial?_____</p> <p>Que tipo?_____</p> <p>Por cuanto tiempo la siguió?_____</p> <p>Que problemas ha tenido en seguir su dieta?_____</p> <p>_____</p> <p>Que piensa usted que le ayudara a seguir esta dieta?_____</p> <p>_____</p>	<p>Height: Weight:</p>												



<p>Por favor anote las vitaminas y minerales que usted toma: _____ _____</p> <p>Anote todas las medicinas que esta tomando, la hora en que las toma y la cantidad: _____ _____</p> <p>Consumo de alcohol: _____ bebidas _____ por día _____ por semana</p> <p>Consumo de tabaco: _____ no fuma _____ deajo de fumar el ano pasado _____ pipa o puro _____ cajetillas por día _____ mastica tabaco</p>	
<p>Hace ejercicio regularmente? ___ Si ___ No</p> <p>Si su respuesta es si, que tipos? _____</p> <p>Cuantas veces por la semana? _____ Numero de horas por semana _____</p> <p>Esta dispuesto a aumentar el ejercicio? ___ Si ___ No</p> <p>Tiene usted otros problemas? _____ _____</p>	
<p>Evaluándose Ud. mismo su nivel de tensión: es ___ alto ___ moderado ___ bajo</p> <p>Tipo de personalidad: ___ impaciente, vive mirando el reloj, competitivo ___ usualmente algo relajado, a veces inquieto ___ relajado, despreocupado</p> <p>Ha habido problemas personales severos en los últimos 12 meses? (Muerte de un pariente, problemas maritales, divorcio, cambio de trabajo, accidentes, problemas serios de familia, mala salud) _____ _____</p> <p>Ha practicado técnicas para relajarse? ___ Si ___ No</p> <p>Cuales? _____</p> <p>Puede vigilar su azúcar de la sangre, si es necesario? ___ Si ___ No</p> <p>Hora del día _____ Veces por semana _____ Algún problema? _____</p> <p>Puede vigilar su presión de sangre, si es necesario? ___ Si ___ No</p>	
<p>Cuales son sus metas? _____ _____ _____</p> <p>Que ayuda en particular desea de la Nutricionista? _____ _____ _____</p>	



Diario De Lo Que Come Durante El Día Anterior De La Cita

Comida	Cantidad y Tipo (de comida)	No escriba aquí Calculations (RD)
Desayuno		
Merienda/Bocadillos		
Almuerzo		
Merienda/Bocadillos		
Cena		
Merienda/Bocadillos		

Esta información la doy con mi mejor conocimiento. Por este medio autorizo a NCCWB a dar información y archivos médicos concernientes a mi salud a mi doctor y de cambio, mi doctor, Dr. _____ esta autorizado a dar información y archivos médicos concernientes a mi salud a NCCWB para las razones de MNT y para evaluar la efectividad de los programas del Centro.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____