



Skinnny Me!

Perfil del paciente

Nombre _____ Fecha _____

Edad ____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Nro. De Seguro Social _____

Tlf. móvil _____ Tlf. casa _____ Tlf. trabajo _____

Correo electrónico _____

Como podemos comunicarnos con Ud. ? _____

Interactúa con algún medio social? FB, Twitter, LinkedIn?

Si es así, podemos contactarlo a través de este medio? SI NO

Cuáles son los nombres? Nos gustaría invitarlo a la red social de SkinnyMe para mantenerlo al día de eventos, recetas, historia exitosas e información nueva!

Como supo sobre nosotros? _____

Historial del paciente & Físico

Estado actual:

Quién es su Doctor? _____

Dirección: _____

Numero de tlf: _____

Medicina recetada:

(Por favor escriba todas la medicinas incluyendo algunas "solo cuando sea necesario" y pastillas anticonceptivas)

Medicina: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Medicinas sin receta, vitaminas, o suplementos: SI No

Producto: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

1. Por favor escriba todo los problemas médicos actuales:

2. Es alérgico a alguna medicina? Sí No

List: _____

3. Historial medica pasado:

Ponga una "C" por una condición actual

Ponga una "P" por una condición pasada

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Síndrome de ovario polístico	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Cushing
<input type="checkbox"/> Hígado graso	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> COPD/Enfisema
<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Períodos irregulares	<input type="checkbox"/> Fatiga
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación	<input type="checkbox"/> Depresión

- Úlceras estomacales Hipertiroidismo Enfermedad de la tiroides
 Anemia Enfermedad de válvula cardíaca
 Enfermedad del corazón
 Infertilidad Trastorno de la vesícula Ansiedad
 Dolor de espalda Trastorno de alimentación Abuso de alcohol
 Dolor de cadera Síndrome de vaciado rápido Uso de drogas
 Dolor de rodilla Cáncer basado en estrógeno Cáncer
 Artritis Osteoporosis Dolores de cabeza
 Palpitaciones del corazón Falta de aliento Glaucoma
 Apnea de sueño Ronquido Ataque cardíaco
 Infarto Fibromialgia ADD/ADHD
 Hinchazón de pies/piernas Deficiencia de vitamina B
 Fatiga crónica
 Enfermedades mentales Pre diabetes
 Otro _____

Historia Ginecológica:

- Número de embarazos: _____ Fechas: _____
 Parto natural o cesárea (especifique): _____
 Menstruación: comienzo: _____
 Duración: _____
 Son regulares: Sí No
 Dolor asociado: Sí No
 Último período menstrual: _____
 Terapia de reemplazo de hormonas: Sí No
 Cual: _____
 Perí-menopáusica: Sí No
 Por cuanto tiempo? _____
 Post menopáusica: Sí No
 Por cuanto tiempo? _____
 Pastillas anticonceptivas: Sí No
 Tipo: _____

Historia quirúrgica:

Ha tenido alguna cirugía? Sí No

Especifique: (Liste todas) Fechas

Historia familiar:

Edad/ salud/ enfermedad/ sobre peso/ Causa de muerte

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos: _____

Hermanas: _____

Evaluación de nutrición:

Peso actual: _____ altura: _____ (sin zapatos)

Peso deseado: _____ Peso máximo _____ Cuando? _____

Cuando empezó a ganar peso en exceso? (De las razones sí las conoce):

1. Dietas previas que ha seguido: De detalles y resultados de su pérdida de peso:
