

Salud y Vida

Dr. Facundo Bitsch M.P. 1428

MEDICINA INTEGRAL

Teléfonos: (02966) 15592763 - (02902) 499005

| | | | |
|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Fecha: | <input type="text"/> | Nombre y Apellido: | <input type="text"/> |
| Edad: | <input type="text"/> | Fecha de Nacimiento: | <input type="text"/> |
| Ocupación: | <input type="text"/> | Obra Social: | <input type="text"/> |
| Estado Civil: | <input type="text"/> | Religión: | <input type="text"/> |
| Teléfono: | <input type="text"/> | Email: | <input type="text"/> |

Lee ingles: Si No

Motivo/s de Consulta:

Medicamentos y/o suplementos que toma actualmente (DOSIS y frecuencia):

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

Desayuno típico:

Almuerzo típico:

Cena típica:

Comida mas abundante:

Comida favorita:

¿Prefiere comida dulce o salada?

¿Come entre horas?

Si No

¿Es regular a la hora de comer?

Si No

Carne (veces por semana):

Pescado:

Consumo de lacteos:

Poco Medianamente Mucho

Consumo de queso:

Poco Medianamente Mucho

Consumo de chocolate:

Poco Medianamente Mucho

Sueño

Malo Bueno

Horarios

Se acuesta a las:

Se levanta a las:

Ejercicio (veces por semana):

¿Cuál?

Estres (1-10):

Preocupaciones:

Algo más que quiera contar:

Otras enfermedades:

Antecedentes Familiares
(sus enfermedades y causa de muerte si es que la hubo):

Papá:

Mama:

Hermanos:

Agua (vasos):

Jugos/Gaseosas:

Café / Pepsi / Coca cola / Cacao (cantidad):

Mate (cantidad):

Te (cantidad):

¿Toma alcohol?:
 Si No

¿Fuma?:
 Si No

Movimientos intestinales:
(veces por semana)

Problemas para orinar:

¿Suele tener las manos o los pies fríos?:
 Si No

Cirugias/internaciones:

¿Se fracturo (quebró) alguna vez?:
 Si No

¿Hace cuantos años vive en el sur
(patagonia / zona fría?):

Última vez que se hizo:
Mamografía:

Estudio de Próstata (hombres):

Papanicolauo:

¿Cree que puede estar embarazada?:

¿Quisiera que le ordene algún estudio adicional?
 Si No

Parte Física
Calcule su IMC (Índice de Masa Corporal):

Peso: Altura: IMC
(Peso / Altura²):

| IMC Índice de Masa Corporal | |
|--------------------------------|------------------|
| 20-25..... | Peso Normal |
| 25-30..... | Sobrepeso |
| 30-35..... | Obeso |
| 35-40..... | Obeso Clínico |
| + 40..... | Obesidad Mórbida |

Preguntas Voluntarias (solo si tiene interés en ser ayudado/a en este aspecto)

¿Siente o tiene remordimiento o culpa por alguna conducta en el pasado?

¿Le guarda rencor alguna persona o no la puede perdonar?

POR FAVOR TRAER A LA CONSULTA TODOS LOS ESTUDIOS MÉDICOS REALIZADOS HASTA EL MOMENTO