

# 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:

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 / Altura<sup>2</sup>):

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