Contesta de forma clara y con letra de molde. Toda tu información será guardada de forma confidencial.

INFORMACIÓN PERSONAL

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correo electrónico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono casa: |  | Teléfono celular: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de nacimiento |  | Lugar de nacimiento: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Edad: |  | Estatura: |  | Peso: |  | Peso hace 6 meses: |  | Peso hace un año: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Te gustaría que tu peso fuera diferente? |  | Si es así, ¿qué tanto? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Estado Civil: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Dónde vives actualmente? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Tienes hijos? |  | ¿Tienes mascotas? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿A qué te dedicas? |  | ¿Cuántas horas trabajas al día? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo conoces a Triana Lión? |  |

INFORMACIÓN DE SALUD

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuáles son tus principales preocupaciones en términos de salud? |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Otras preocupaciones o metas? |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿En qué etapa de la vida te has sentido mejor? |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Has tenido alguna enfermedad grave, lesión u hospitalización? |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo es la salud de tu mamá? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo es la salud de tu papá? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antecedentes étnicos |  | Tipo de sangre |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cómo duermes? |  | ¿Cuántas horas? |  | ¿Te despiertas en la noche? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Por qué? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tienes algún dolor, rigidez o hinchazón? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Estreñimiento, diarrea o gases? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Alergias o sensibilidad? Explica: |  |

SI ERES MUJER CONTESTA LA SIGUENTE SECCIÓN, SI NO PASA A LA SIGUIENTE.

SALUD DE LA MUJER

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Es regular tu menstruación? |  | ¿Cuántos días dura? |  | ¿Con cuánta frecuencia? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tienes dolor o síntomas? Explica |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Estás cerca o tienes menopausia? Explica |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué métodos anticonceptivos has utilizado? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Eres propensa a las infecciones vaginales o de vía urinaria? Explica |  |
|  |  |

INFORMACIÓN MÉDICA

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tomas algún suplemento o medicamento? ¿Cuáles? |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Algún curador, ayudante o terapia con el cual estés involucrada? Por favor, indícalos: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué papel juegan los deportes y/o ejercicio en tu vida? |  |
|  |  |

ALIMENTACIÓN

¿Qué alimentos consumías de niña?

|  |  |
| --- | --- |
| Desayunos: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lunch: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Comidas: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cenas: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Snacks: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Líquidos: |  |

¿Cuál es tu dita actual?

|  |  |
| --- | --- |
| Desayunos: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lunch: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Comidas: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cenas: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Snacks: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Líquidos: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Su familia y/o sus amistades te apoyarían en hacer cambios en tu manera de comer y/o estilo de vida? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Cocinas? |  | ¿Qué porcentaje de tu comida haces en casa? |  |
| ¿Dónde consigues el resto? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Te dan antojos de café, azúcar, cigarros o alguna adicción fuerte? |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué crees que sea lo más importante que debes considerar para mejorar tu salud? |  |
|  |  |

COMENTARIOS ADICIONALES

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Hay algo más que quieras compartir? |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |