



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERÍA MECÁNICA Y ELÉCTRICA UNIDAD PROFESIONAL TICOMÁN



ATENCIÓN EN NUTRICIÓN.

Estimado alumno, solicitamos de manera mas atenta respondas el siguiente cuestionario con veracidad. Los datos aquí vertidos son de alta confidencialidad y se utilizaran para fines estadísticos y para la implementación de programas de atención primaria en salud.

I. DATOS PERSONALES

FECHA: _____

NOMBRE.	_____		
EDAD.	_____ SEXO.	_____ OCUPACIÓN.	_____
TELÉFONO.	_____ EDO. CIVIL.	_____	_____
NO. DE BOLETA.	_____ ESCOLARIDAD.	_____ FORÁNEO.	_____
DIRECCIÓN.	_____		

II. EVALUACIÓN DIETETICA

HORA INICIAL:

OBJETIVO:				RESPONSABLE DE LA ALIMENTACIÓN:	
TIEMPO.	HORARIO.	LUGAR.	ALIMENTO.	ACTIVIDAD FÍSICA	
DESAYUNO.					
COLACIÓN.					
COMIDA.					
COLACIÓN.					
CENA.					
SÁBADO Y DOMINGO.					



ÁREA DE NUTRICIÓN.

P.N. Juan Manuel Saavedra Mendoza

III. HABITOS Y CONCEPTOS

CONSUMO DE AGUA AL DÍA _____ HORAS DE SUEÑO _____

REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA. _____ ¿DE QUE TIPO? _____

FRECUENCIA DE LA A.F. _____

ALCOHOL. _____ FUMAS. _____

FÁRMACOS. _____ COMPLEMENTOS VITAMINICOS _____ ¿CUALES?

PADECIMIENTO ACTUAL. _____

¿HAS RECIBIDO TRATAMIENTO NUTRICIO? _____

ALIMENTOS QUE NO COMSUMES: _____

¿DEBIDO A? _____

¿CREES QUE TE ALIMENTAS ADECUADAMENTE? _____

EN CASO DE QUE TU RESPUESTA SEA NEGATIVA, CONTESTA LA SIGUIENTE PREGUNTA: ¿QUÉ TE LO IMPIDE?

IV. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

¿Alguno de tus familiares (padres, abuelos maternos o paternos, tíos paternos o maternos, hermanos) tiene alguno de los siguientes padecimientos? Escribe quien.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.		
ENFERMEDAD.	MATERNO.	PATERNO.
ALERGIAS.		
CARDIOLÓGICO.		
DIABETES.		
HIPERTENSIÓN.		
CÁNCER.		
OTROS.		



ÁREA DE NUTRICIÓN.

P.N. Juan Manuel Saavedra Mendoza

V. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

¿Tu has padecido algunos de los siguientes padecimientos en los últimos 6 meses?

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.			
HEPATITIS.		DIABETES.	
RENALES.		ANEMIA.	
ESTREÑIMIENTO.		PROBLEMA TIROIDEO.	
DIARREA.		T.A.	
COLITIS.		T.P.	
GASTRITIS.		CÁNCER.	
ALERGIAS.			
OTROS.			

VI. SINTOMAS

CON QUE FRECUENCIA SIENTES LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS.

¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 3 meses?, Marca con el numero 1 si es frecuentes y 2 si es ocasional

DOLOR DE CABEZA.	MAREOS.	NAUSEAS.	FALTA DE CONCENTRACIÓN.
IRRITABILIDAD Y/O CANSANCIO.	FALTA DE APETITO.	EXCESO DE APETITO.	FATIGA.
SANGRADO DE NARIZ O ENCÍAS.	GRIPES CONSTANTES.	FOSFENOS	ACÚFENOS
ALGÚN OTRO.			

1 FRECUENTE / 2 OCASIONAL

FIRMA DEL ALUMNO



ÁREA DE NUTRICIÓN.

P.N. Juan Manuel Saavedra Mendoza