VitalCenter

Por favor llene esta forma con letra de molde

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
Calle y número		Colonia
Ciudad	Estado	C.P.
Teléfono particular	Celular	
E- mail personal		
Fecha de nacimiento / /	Sexo: Masculino ☐	Femenino ☐
Edad	Estado civil	Ocupación
Recomendado por		
Datos del médico particular		

Objetivo del paciente: _____

_____

Historia clínica

Favor de contestar las siguientes preguntas (marque con una ✔ la respuesta que corresponda)

1. a. ¿Usted tiene o ha tenido alguno de los siguientes padecimientos?

A ☐ SFC (síndrome fatiga crónica)
B ☐ Dolor cabeza crónico
C ☐ Hipertensión
D ☐ Colesterol alto
E ☐ Problemas cardiovasculares
F ☐ Enfermedad de Crohn
G ☐ Problemas renales
H ☐ Hipertrigliceridemia
I ☐ Problemas en la tiroides
J ☐ Problemas en vesícula
K ☐ Neurodermatitis
L ☐ Esclerosis Múltiple
M ☐ Reumatismo
N ☐ Fibromialgia
O ☐ Problemas hepáticos
P ☐ Ácido úrico alto / Gota
Q ☐ Obesidad
R ☐ Diabetes
S ☐ Migraña
T ☐ Asma
U ☐ Parkinson
V ☐ Cáncer
W ☐ Acné
X ☐ Psoriasis

1. b. ¿Usted presenta con frecuencia alguno de los siguientes padecimientos?

Cabeza:
01 ☐ Dolor de Cabeza
02 ☐ Mareos

Boca:
03 ☐ Aftas
04 ☐ Pústulas
05 ☐ Lengua saburral
06 ☐ Lengua hinchada
07 ☐ Encías sangrantes

Garganta/Pulmones:
08 ☐ Ronquera
09 ☐ Tos o Gripas recurrentes
10 ☐ Dificultad respiratoria
11 ☐ Congestión con flemas
12 ☐ Dolor de garganta

Piel:
13 ☐ Enrojecida
14 ☐ Seca
15 ☐ Con comezón

Corazón:
16 ☐ Dolor
17 ☐ Dolor punzante
18 ☐ Taquicardia
19 ☐ Sens. opresión

Cuerpo:
20 ☐ Dolor en espalda
21 ☐ Dolor muscular
22 ☐ Dolor articular
23 ☐ Artrosis
24 ☐ Entumecimiento
25 ☐ Hinchazón
26 ☐ Rigidez
27 ☐ Artritis

Sistema Gastrointestinal:
28 ☐ Náuseas
29 ☐ Vómito
30 ☐ Flatulencias
31 ☐ Diarrea
32 ☐ Estreñimiento
33 ☐ Distensión abdominal
34 ☐ Pirosis/Gastritis
35 ☐ Reflujo
36 ☐ Colitis
37 ☐ Grasa en heces
38 ☐ Sangre en heces
39 ☐ Ansiedad por comer
40 ☐ Pérdida de apetito
41 ☐ Sensación de saciedad sin comer suficiente

Psicológico
42 ☐ Cansancio
43 ☐ Cambios de humor
44 ☐ Depresiones
45 ☐ Hiperactividad
46 ☐ Agresividad
47 ☐ Ansiedad
48 ☐ Falta de concentración

1. c. ¿Algún otro padecimiento o enfermedad de importancia?

_____

1. d. ¿Toma algún medicamento? SI ☐ NO ☐

Nombre _____
Motivo _____
Dosis/frecuencia_____

1. e. ¿Alguno de ellos es anti-inflamatorio? SI ☐ NO ☐

Espacio exclusivo para uso del personal. Fecha:_____ Puntaje: _____

Test: Screening ☐ → Entregado ☐
ImuPro 300 ☐
ImuPro 200 ☐
ImuPro 100 ☐
ImuPro 100 + ☐
BIA (1ª vez) ☐ → Entregado ☐

Tx: Dieta ImuPro ☐ → Entregado ☐
Vital Diet ☐
Vital Diet Immune ☐

Productos: Vital Basis ☐ Vital - Plus ☐ Barras ☐

1. f. ¿Toma hormonas? SI ☐ NO ☐

Nombre_____
Motivo_____
Dosis_____ Tiempo tomándolo_____

1. g. ¿Toma algún laxante o diurético? SI ☐ NO ☐

Nombre_____
Motivo_____
Dosis/frecuencia_____

Espacio exclusivo para uso del personal. Emb. ☐ Lac. ☐
Observaciones: (Tipo, fecha del dx, duración y tx del padecimiento)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2. ¿Alguno de sus familiares ha presentado alguno de los siguientes?

Diabetes Tipo ___	Si ☐	No ☐	Parentesco_____
Problemas Cardiovasculares	Si ☐	No ☐	Parentesco _____
Cáncer	Si ☐	No ☐	Parentesco _____
Enfermedades Renales	Si ☐	No ☐	Parentesco _____
Enfermedades Hepáticas	Si ☐	No ☐	Parentesco _____
Obesidad	Si ☐	No ☐	Parentesco _____

3. ¿Fuma? Si ☐ No ☐ **¿Fumaba?** Si ☐ No ☐
Cantidad:_____ _____ Tiempo sin fumar: _____
Frecuencia: _____

4. ¿Consume bebidas alcohólicas? Si ☐ No ☐
Tipo: _____
Cantidad / frecuencia: _____

VitalCenter

5. **¿Toma algún suplemento alimenticio?** Si ☐ No ☐
Nombre_____
Motivo_____
Dosis/frecuencia_____

6. **¿Acostumbra tomar líquidos en el transcurso del día?**
Si ☐ No ☐
Cantidad aproximada que consume en 1 día:_____

7. **¿Realiza algún tipo de ejercicio?** Si ☐ No ☐
Actividad _____
Cantidad / frecuencia _____
Tiempo realizándolo _____

8. **¿Ha tenido cambios recientes en el peso?** Si ☐ No ☐
En caso afirmativo, ¿En qué forma?_____
¿Conoce la causa? _____

9. **¿Cuál es su opinión sobre su peso?**
Bajo peso ☐ Peso normal ☐ Sobrepeso ☐

Historia Dietética

11. **¿Alguna vez ha seguido algún tipo de dieta?** Si ☐ No ☐
(especifique nombre, objetivo y tiempo que la realizó)
_____
_____

12. **¿Qué tipo de comida consume con mayor regularidad?**
Todos los grupos ☐ Vegetariano estricto ☐
Ovo-lacto vegetariano ☐ Todos excepto ☐ _____

13. **¿Qué alimentos le agradan en especial?**
_____
_____

14. **¿Qué alimentos le desagradan en especial?**
_____
_____

15. **Durante sus comidas ¿Tiene alguna preferencia hacia lo dulce o salado? (Especifique)**
Lo dulce Por la mañana ☐ Por la tarde ☐ Por la noche ☐
Lo salado Por la mañana ☐ Por la tarde ☐ Por la noche ☐
Sin preferencia ☐

16. **¿Acostumbra omitir algún tiempo de comida?** Si ☐ No ☐
No Desayuna ☐ _____
No Come ☐ _____
No Cena ☐ _____

17. **¿Acostumbra comer "entre comidas"?** Si ☐ No ☐
A media mañana ☐ _____
A media tarde ☐ _____
A media noche ☐ _____

18. **¿Dónde acostumbra comer y con quién?**
Desayuno: Casa ☐ Fuera ☐→Solo ☐ En familia ☐ Amigos ☐
Comida: Casa ☐ Fuera ☐→Solo ☐ En familia ☐ Amigos ☐
Cena: Casa ☐ Fuera ☐→Solo ☐ En familia ☐ Amigos ☐

19. **¿Quién prepara sus alimentos?**
Desayuno: Usted Mismo☐ Familiar/Cocinero☐ Restaurante ☐
Comida: Usted Mismo☐ Familiar/Cocinero☐ Restaurante ☐
Cena: Usted Mismo☐ Familiar/Cocinero☐ Restaurante ☐

Alergias e intolerancias

20. **¿Sabe si es alérgico o intolerante a algún alimento?**
Si ☐ No ☐
Alimento: _____
Reacción que le provoca: _____

21. **¿Alguna vez se ha realizado una prueba sobre alimentos?**
Si ☐ No ☐
¿Cuál y bajo qué procedimiento? _____

22. **Dieta habitual**

Por lo general, ¿que acostumbra comer y beber?

Hora	Desayuno:
	Colación:
	Comida:
	Colación:
	Cena:

Espacio exclusivo para uso del personal. **Membresía** Grupal ☐ Privada ☐

Fecha (m/d)	Tx	$ Cons.	$ Prod.	Asistencia
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐
_____	_____	_____	_____	☐☐☐☐