



Full Circle Nutrition

Formularios Previo a la Cita

Lora Williams, MS, RD, LD
721 N. Locust St.
Denton, TX 76201-2950
Office: (940) 380-8780
Fax: (940) 380-8788

Lo que debe traer a la cita: **(Favor de reprogramar su cita si el papeleo no esta completo ANTES de su primera cita)**

- (1) Este formulario y una lista específica de inquietudes/preguntas nutricionales.
- (2) Formulario de autorización médica, registro de divulgación del paciente, política de privacidad, política financiera.
- (3) **Los pacientes con seguro médico traer:** Autorización y asignación del seguro, medicare/medicaid/otro, tarjeta del seguro, su identificación (ID) y la del menor.
- (4) Un diario escrito o imágenes diarias de los alimentos consumidos de tres a siete días, imágenes de su despensa y refrigerador (teléfono con cámara/cámara digital)
- (5) Exámenes de laboratorio recientes, si los hay, y de la presión arterial (De la oficina del Dr. o pare en el quiosco de la tienda).

Nombre _____	Fecha _____	Teléfono _____	Tipo de pago _____ <small>Seguro o pago privado?</small>
Dirección _____	Ciudad/Estado _____	CP+4 _____ - _____	Fecha de nacimiento _____
Referido por (nombre, numero) _____	¿Cómo se entero de la dietista? _____		
¿Razón de su visita con la dietista? _____			
¿Diagnóstico médico actual? _____	Historial medico familiar _____		
¿Recetas actuales? _____			
¿Suplementos alimenticios? _____	¿Hierbas caseras? _____	¿Cirugías? _____	

Circule los adjetivos que describan su estilo alimenticio la mayoría del tiempo. Si no aparece, favor de escribirlo.

- | | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|------------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| •Comidas ligeras o bocadillos | •platos preparados con presupuesto restringido | •alimentos con mucho picante, queso, o cremosos | •termina todos sus alimentos | •comedor distraído | •enfocado en calorías | •se enfoca en proteínas |
| •a base de vegetales | •comedor social | •comidas saladas | •come con o sin hambre | •culpabilidad al comer | •restringe comidas | •amante de los carbohidratos |
| •grandes porciones | •bebidas carbonadas/jugo/bebidas azucaradas | •comidas ricas en sodio | •come por aburrimiento | •come en exceso en poco tiempo | •come en privado | •se enfoca en calorías |
| •pequeñas porciones | | •alimentos empaquetados | | •se purga | •se gratifica con comida | •evita vegetales |
| •comidas dulces | | | | •salta comidas | •se obliga a comer | •adicto a las frutas |
| •comidas rápidas | | | | | •rastrea lo que come | |

Por favor liste de 7 a 10 de sus alimentos más comúnmente consumidos por semana

¿Fuma? _____	¿Consumo bebidas con alcohol? _____	¿Es vegetariano? Si lo es, ¿Por cuánto tiempo? ¿Qué tan estricto (lacto/ovo) no tradicional: pescetariano, semi-vegetariano) _____	¿Está siguiendo alguna dieta recetada o tiene necesidades alimenticias especiales? _____
¿Es alérgico a algunos alimentos? Si lo es, ¿A qué comida(s) y qué paso? _____	¿Es intolerante a algunos alimentos? ¿Cuáles alimentos(s) y qué paso? _____	¿Cuántos días se ejercita a un nivel moderado por 30 minutos o más? _____	
¿Cuál es su peso usual? _____	¿Cuál es su meta a pesar? _____	¿Cuántas comidas come al día? _____	¿Cuántos bocadillos come al día? _____
¿Cuántas onzas de líquido suele beber por día? <u>Cuente todos los líquidos</u> (café, té, soda, jugo, leche, bebidas azucaradas, agua) _____	Onzas de soda, bebidas azucaradas /jugo _____	Onzas de café o té solamente _____	Porción de verduras consumidas al día: (1 por = 1/2 taza cocinada, 1 taza fresco, o 3oz de hojas (3tazas empaquetado suelto) _____
Durante el día, ¿Usted se mantiene a dentro para evitar la luz del día? _____	¿Cuál es su presión arterial actual? ¿No sabe? Pregunte a su doctor o revise usando un quiosco en la tienda. _____	¿Para cuándo? _____	¿Suele completar 4 horas de sueño seguido o menos? Si lo hace, ¿Qué tan seguido? _____
¿Ha perdido peso involuntariamente en los últimos 6 meses a un año? Si es así, ¿Cuánto? ¿En qué periodo de tiempo? _____	¿Padece reflujo ácido? Si es así, ¿Qué tan seguido? _____	¿Ha padecido diarrea o estreñimiento por más de 3 días seguidos? Si es así, ¿Qué tan seguido? _____	