



HISTORIA SALUD

Escribe claramente o en letra de molde. Toda tu información será guardada de manera confidencial entre tu y tu Health Coach.

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer nombre: _____

Apellido: _____

Correo electrónico: _____

¿Con cuanta frecuencia revisas tu correo electrónico? _____

Teléfono: Casa: _____

Trabajo: _____

Celular: _____

Edad: _____ Estatura: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Peso actual: _____ Peso hace seis meses: _____ Hace un año: _____

¿Le gustaría que su peso fuera diferente? _____ Si es así, ¿qué tanto? _____

INFORMACIÓN SOCIAL

Estado civil: _____

¿Dónde vive actualmente? _____

¿Hijos? _____ ¿Mascotas? _____

Profesión: _____ Horas laborales por semana: _____



HISTORIA SALUD

INFORMACIÓN DE SALUD

Por favor, escribe una lista de sus principales preocupaciones en materia de salud:

¿Otras preocupaciones y/o metas?

¿En qué etapa de tu vida te ha sentido mejor?

¿Has tenido alguna enfermedad grave, hospitalización o lesión?

¿Cómo es/fue la salud de tu madre?

Como es/fue la salud de tu padre?

¿Cuáles son tus antecedentes étnicos?

¿Cuál es su grupo sanguíneo?

¿Cómo duermes?

¿Cuántas horas?

¿Te despierta durante la noche?

¿Por qué?



HISTORIA SALUD

¿Algún dolor, rigidez, hinchazón?

¿Estreñimiento/diarrea/gases?

¿Alergias o sensibilidad? Por favor explica:

WOMEN'S HEALTH

¿Es regular tu menstruación?
frecuencia?

¿Cuántos días te dura?

¿Con cuánta

¿Tienes dolor o síntomas? Por favor explique:

¿Tienes o está cerca de la menopausia? Por favor explica:

Historia de control de natalidad:

¿Te dan infecciones de hongos o de vía urinaria? Por favor explique:

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Tomas algún suplemento o medicamento? Por favor dame una lista:

¿Algún curador, ayudante o terapia con el cual estés involucrado?:



HISTORIA SALUD

¿Qué papel juegan los deportes y el ejercicio en tu vida?
INFORMACIÓN DE ALIMENTOS

¿Qué alimentos comía con frecuencia de niña?

Desayuno	Lunch	Comida	Cena	Liquidos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Qué tipo de alimentos come hoy en día?

Desayuno	Lunch	Comida	Cena	Liquidos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Tu familia y/o tus amistades te apoyarían en tu deseo de hacer cambios en tu manera de comer y/o estilo de vida?

¿Cocinas? ¿Qué porcentaje de tu comida está hecha en casa?

¿Dónde consigues el resto?

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



HISTORIA SALUD

Lo más importante que debería hacer para mejorar mi salud es:

COMENTARIOS ADICIONALES

¿Hay algo más que quisieras compartir?
