



**HEALTH HISTORY WOMEN**



## Historia Salud Confidencial de \_\_\_\_\_

Hola \_\_\_\_\_, gracias por la confianza depositada, también que sepas que con esta primera historia de salud es gratuita y no adquieres compromiso con el programa. Escribe claramente o en letra mayúscula. Toda tu información será guardada de manera confidencial entre tú y yo como Consultora de Salud.

### INFORMACIÓN PERSONAL

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

¿te gustaría que su peso fuera diferente? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿qué tanto? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOCIAL

Estado civil: \_\_\_\_\_

¿Dónde vives actualmente? \_\_\_\_\_

¿Hijo/as? \_\_\_\_\_ ¿Mascotas? \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Horas laborales por semana: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SALUD

Por favor, haz una lista de tus principales preocupaciones en materia de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Otras preocupaciones y/o metas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Historia Salud Confidencial de \_\_\_\_\_

¿En qué etapa de tu vida te has 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 tu grupo sanguíneo? \_\_\_\_\_

¿Cómo duermes? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas? \_\_\_\_\_ ¿Te despiertas durante la noche? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Algún dolor, rigidez, hinchazón? \_\_\_\_\_

¿Estreñimiento/diarrea/gases? \_\_\_\_\_

¿Alergias o sensibilidad? Por favor explica: \_\_\_\_\_

### SALUD DE LA MUJER

¿Es regular su menstruación? \_\_\_\_\_ ¿cuántos días dura? \_\_\_\_\_ ¿Con cuánta frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Tienes dolor o síntomas? Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene o está cerca de la menopausia? Por favor explique: \_\_\_\_\_

Historia de control de natalidad:

¿le dan infecciones de hongos o de vía urinaria? Por favor explique: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA

¿Tomas algún suplemento o medicamento? Por favor haz una lista: \_\_\_\_\_

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



## Historia Salud Confidencial de \_\_\_\_\_

¿Qué papel juegan los deportes y el ejercicio en tu vida? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE ALIMENTOS

¿Qué alimentos comías con frecuencia de niña?

Desayuno

Almuerzo

Cena

Meriendas

Líquidos

|       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Qué tipo de alimentos comes hoy en día?

Desayuno

Almuerzo

Cena

Meriendas

Líquidos

|       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

¿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? \_\_\_\_\_



## Historia Salud Confidencial de \_\_\_\_\_

---

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

Lo más importante que deberías hacer para mejorar mi salud es: \_\_\_\_\_

### COMENTARIOS ADICIONALES

¿Hay algo más que quisieras compartir? \_\_\_\_\_



## HEALTH HISTORY MEN



## Historia Salud Confidencial de \_\_\_\_\_

Hola \_\_\_\_\_, escribe claramente o en letra mayúscula. Toda tu información será guardada de manera confidencial entre tú y yo como Consultor de Salud.

### INFORMACIÓN PERSONAL

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Con cuanta frecuencia revisas su 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 vives actualmente? \_\_\_\_\_

¿Hijos? \_\_\_\_\_ ¿Mascotas? \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Horas laborales por semana: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SALUD

Por favor, haz una lista de tus principales preocupaciones en materia de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Otras preocupaciones y/o metas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿En qué etapa de tu vida te has sentido mejor? \_\_\_\_\_



## Historia Salud Confidencial de \_\_\_\_\_

¿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 tu grupo sanguíneo? \_\_\_\_\_

¿Cómo duermes? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas? \_\_\_\_\_ ¿Te despiertas durante la noche? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Algún dolor, rigidez, hinchazón? \_\_\_\_\_

¿Estreñimiento/diarrea/gases? \_\_\_\_\_

¿Alergias o sensibilidad? Por favor explica: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA

¿Tomas algún suplemento o medicamento? Por favor haz una lista: \_\_\_\_\_

¿Algún curador, ayudante o terapia con el cual estés involucrado? Por favor, indícalos: \_\_\_\_\_

¿Qué papel juegan los deportes y el ejercicio en tu vida? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE ALIMENTOS

¿Qué alimentos comías con frecuencia de niño?

Desayuno

Almuerzo

Cena

Meriendas

Líquidos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## Historia Salud Confidencial de \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

¿Qué tipo de alimentos comes hoy en día?

Desayuno

Almuerzo

Cena

Meriendas

Líquidos

---

---

---

---

---

---

---

---

¿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? \_\_\_\_\_

Lo más importante que deberías hacer para mejorar mi salud es: \_\_\_\_\_

### COMENTARIOS ADICIONALES

¿Hay algo más que quisieras compartir? \_\_\_\_\_

---

---

---