

HISTORIAL DE LA DIETA

Registre todo lo que comió ayer, incluidas las bebidas y los refrigerios. Incluya las cantidades que comió y cómo estaba preparado el alimento. Para los diabéticos, favor de registrar la hora a la que comieron las comidas y los refrigerios.

Comida 1: Hora: _____	Comida 2: Hora: _____	Comida 3: Hora: _____
Refrigerios: Hora: _____	Refrigerios: Hora: _____	Refrigerios: Hora: _____

1. ¿Fue esta una ingesta diaria típica para usted? sí no
Si no lo fue, explique: _____
2. ¿Come usted de manera diferente los fines de semana? sí no
Si la respuesta es sí, explique: _____
3. ¿Con qué frecuencia come usted fuera de casa? Cuando come fuera de casa, ¿qué come y dónde come típicamente? _____
4. ¿Se salta alguna vez las comidas, ayuna, sigue dietas de moda o usa pastillas para adelgazar como control de su peso? sí no
5. ¿Alguna vez ha vomitado o usado laxantes o diuréticos para controlar su peso? sí no
6. ¿Alguna vez siente que su forma de comer está fuera de control? sí no
7. ¿Alguna vez ha llevado una dieta especial? sí no
Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de dieta, durante cuánto tiempo la siguió y quién se la recomendó? _____

Preguntas adicionales para diabéticos:

8. ¿Alguien le ha dado a usted un plan o dieta de comidas para diabéticos? sí no
Si la respuesta es sí, ¿quién le dio el plan o la dieta? _____
¿nivel de calorías? _____ ¿tiene algo por escrito al respecto? _____
¿conserva alguna instrucción? _____
9. ¿Toma algún medicamento por vía oral para la diabetes? sí no Si lo toma, ¿de qué tipo? _____ dosis _____
10. ¿Recibe insulina? sí no Si contestó sí: describa el tipo, la dosis y la frecuencia: _____
11. ¿Verifica su propia glucosa en sangre en la casa? sí no Si la verifica, ¿a qué horas? _____
12. ¿Es alérgico a algún alimento? _____

adhere pt. ID sticker here

CI. Name:	
SS#	
ID#	
DOB:	

HISTORIAL DE LA DIETA

13. ¿Quién compra y cocina la comida en su hogar? _____

14. ¿Tiene en funcionamiento en su casa una estufa y un refrigerador? _____

15. ¿Tiene inscripción en WIC? sí no ¿Vales de Comida? sí no

16. ¿Toma pastillas de vitaminas-minerales? sí no
Si las toma, ¿de qué tipo? _____ ¿en qué dosis? _____
¿por qué las toma? _____ ¿desde cuándo las toma? _____

17. ¿Toma medicamentos? sí no
Si los toma, ¿de qué tipo? _____ ¿en qué dosis? _____
¿por qué los toma? _____ ¿desde cuándo los toma? _____

18. ¿Practica usted regularmente algún tipo de ejercicio? sí no
Si lo practica, ¿de qué tipo, desde cuándo y durante cuánto tiempo cada vez? _____

19. ¿Con qué frecuencia bebe:	Núm. de veces cada	Día	Semana	Mes	Año	Nunca
agua	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
refrescos / sodas	_____ veces cada	D	S	M.	A	_____ nunca
refrescos / sodas de dieta	_____ veces cada	D	S	M.	A	_____ nunca
café / té (con azúcar Sí No)	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
leche (tipo: _____)	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
jugo de fruta / de verduras	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
cerveza	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
vino	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
cocteles / licores fuertes	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca

20. ¿Con qué frecuencia come?	Núm. de veces cada	Día	Semana	Mes	Año	Nunca
carne roja	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
aves	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
pescado	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
bacon / salchichas	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
huevos	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
queso	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
frijoles	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
pasta, patatas, arroz	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
pan, bollos, panques	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
tortillas (tipo: _____)	_____ veces cada	D	S	M.	A	_____ nunca
galletas saladas	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
cereal	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
fruta	_____ veces cada	D	S	M.	A	_____ nunca
verduras	_____ veces cada	D	S	M.	A	_____ nunca
sopas / estofados / guisados	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
burritos / tacos / enchiladas	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
chips, pretzels, etc.	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
galletas, tartas, pastelería	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
caramelos	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
helados o nieves	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca
frituras	_____ veces cada	D	S	M	A	_____ nunca

adhere pt. ID sticker here

Fecha: _____ Recabado por: _____

AVISO DE PRIVACIDAD Salvo unas pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y a tener conocimiento de la información que el Estado de Texas recopile sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información si usted así lo solicita. También tiene derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre el Aviso de privacidad. (Fuente: Código Gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Cl. Name: _____
SS# _____
ID# _____
DOB: _____