

## 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:	_____