

**HISTORIA CLINICA**

Nombre(s) y Apellidos:			HC:
Edad:	Sexo:	Sala:	Cama:
Fecha:	Talla _____ cm	Peso Actual _____ Kg	

**1. Peso.**

PESO HABITUAL _____ Kg (Coloque 00.00 si desconoce el peso habitual)	Perdió Peso en los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce	Cantidad Perdida _____ Kg
% Pérdida en relación al Peso Habitual _____ %	En las últimas dos semanas: <input type="checkbox"/> Continúa Perdiendo <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Desconoce	

**2. Ingesta alimenticia respecto de la habitual.**

Ingesta Alimenticia respecto de la Habitual	<input type="checkbox"/> Sin Alteraciones <input type="checkbox"/> Hubo alteraciones
En caso de alteraciones de la ingesta alimenticia:	
Hace cuanto tiempo _____ Días	Para qué tipo de dieta <input type="checkbox"/> Dieta habitual, pero en menor cantidad <input type="checkbox"/> Dieta líquida <input type="checkbox"/> Líquidos parenterales hipocalóricos <input type="checkbox"/> Ayuno

**3. Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días.**

Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vómitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Náuseas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diarreas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Falta de apetito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Disfagia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**4. Capacidad funcional.**

Capacidad Funcional	<input type="checkbox"/> Conservada <input type="checkbox"/> Disminuida
En caso de disminución de la capacidad funcional:	
Hace cuanto tiempo _____ Días	Para qué tipo de actividad <input type="checkbox"/> Limitación de la capacidad laboral <input type="checkbox"/> Recibe Tratamiento Ambulatorio <input type="checkbox"/> Encamado

**5. Diagnóstico principal y su relación con las necesidades nutricionales.**

Diagnósticos principales	Demandas metabólicas <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Estrés Bajo <input type="checkbox"/> Estrés Moderado <input type="checkbox"/> Estrés Elevado
--------------------------	---

**EXAMEN FISICO**

Pérdida de Grasa subcutánea en Tríceps y Tórax

Sin Pérdida       Pérdida Leve       Pérdida Moderada       Pérdida Importante

Pérdida de Masa Muscular en Cuadriiceps, Deltoides y Temporales

Sin Pérdida       Pérdida Leve       Pérdida Moderada       Pérdida Importante

Edemas en los Tobillos

Ausente       Leve       Moderada       Importante

Edemas en el Sacro

Ausente       Leve       Moderada       Importante

Ascitis

Ausente       Leve       Moderada       Importante

**EVALUACION SUBJETIVA GLOBAL**

<input type="checkbox"/> A	Bien Nutrido
<input type="checkbox"/> B	Moderadamente Desnutrido o Sospechoso de Desnutrición
<input type="checkbox"/> C	Gravemente Desnutrido

**Hora de término:** \_\_\_\_\_