Datos personales del paciente



**Nombre y apellidos:**

**Edad:** **Sexo: Masculino**  **Femenino**  **Estado civil:****Nº de hijos:**

**Fecha de nacimiento:****Residencia:**

**Motivo de la consulta:**

**Ocupación:**

**Talla:** **cm Peso actual:** **Kg Peso habitual:** **Kg**

**Tensión arterial:**

**Perímetro de cintura:** **cm Perímetro de cadera:** **cm**

**Perímetro de muslo:** **cm Perímetro de brazo:** **cm**

**Teléfono de contacto:**

**E-mail:**

# Cuestionario de hábitos alimentarios y estilos de vida

**Habitualmente, ¿qué comidas realiza?**  **Desayuno**  **Merienda**

### Media mañana Cena

**Almuerzo**  **Recena**

**Otros:**

**¿Ha tenido siempre problemas con el peso? Si**  **No**

**¿Mantiene un peso estable a lo largo del tiempo? Si**  **No**

**¿Qué peso tenía antes de engordar?**

**¿En que épocas o acontecimientos ha aumentado de peso?**

**¿Desea perder peso? Si**  **No**

**¿Por qué motivo?**

**¿Ha intentado reducir peso alguna vez? Si**  **No**

**¿Ha realizado anteriormente dietas sin control por un nutricionista/dietista? Si**  **No**

**¿Y bajo control por un nutricionista/dietista? Si**  **No**

**¿Ha tomado en alguna ocasión fármacos o productos naturales para control del peso? Si es así, indíquelos.**

**¿Toma algún preparado vitamínico o mineral? Si**  **No**

**¿Cuál/ es?**

**¿Le preocupa su alimentación? Si**  **No**

**¿Dónde come habitualmente?**



**¿Practica algún tipo de actividad física? Si**  **No**  **¿Cuál/ es?**

**¿Cuántas horas duerme al día?**

**¿Cuántas horas trabaja/ estudia al día?**

**¿Tiene alguna enfermedad? Si**  **No**

**¿Cuál/ es?**

**¿Fuma? Si**  **No**  **¿cuántos cigarrillos al día?**

**¿Suele beber alcohol? Si**  **No**

**Tipo de bebida y cantidad diaria o semanal**

**En almuerzos y cenas ¿qué suele beber?**

**¿Toma pan en las comidas? Si**  **No**  **¿Cuántas rebanadas?**

**¿Qué tipo de aceite utiliza para aliñar?**

**¿Y para cocinar?**

#### Conteste si/no

**¿Come mucha cantidad durante las comidas principales? Si**  **No**

**¿Pica entre horas? Si**  **No**

**¿Mastica rápido? Si**  **No**

**¿Bebe mucha cantidad de agua al día? Si**  **No**

**¿Orina bien? Si**  **No**

**¿Cree retener líquidos? Si**  **No**

**¿Es nervioso? Si**  **No**

**¿Sufre ansiedad? Si**  **No**

**¿Es depresivo? Si**  **No**

**¿Duerme bien? Si**  **No**

**¿Tiene con frecuencia taquicardias y/o palpitaciones? Si**  **No**

**¿Tiene varices o piernas hinchadas, pesadas o cansadas? Si**  **No**

**¿Sufre gases intestinales? Si**  **No**

**¿Tiene estreñimiento? Si**  **No**

**¿Tiene diarreas? Si**  **No**

**¿Tiene alternancia de diarrea y estreñimiento? Si**  **No**

**¿Retiene líquidos? Si**  **No**

**Indique de las siguientes situaciones las que le inducen a comer:**

**Apetito**  **Ansiedad**  **Depresión**  **Nervios**  **Aburrimiento**

**Placer**  **Problemas**  **Compromisos sociales**

**Otros**



**De los siguientes alimentos indique con X cuales toma con frecuencia:**

**Dulces**  **Bollería**  **Postres dulces**

**Chocolate**  **Helados**  **Galletas**

**Refrescos azucarados**  **Azúcar**  **Miel**

**Cacao soluble**  **Golosinas**  **Mermelada**

**Cereales desayuno**  **Pan**  **Pasta italiana**

**Patatas**  **Arroz**  **Legumbres**

**Frutos secos**  **Embutidos grasos**  **Salsas**

**Frituras, rebozados ó empanados**

#### Datos analíticos

**Se recomienda asistir a un centro sanitario para dar los resultados que aparezcan en este apartado.**

##### Recomendados

### Hematies

### Hemoglobina

**Glucemia**

**Triglicéridos**

**Colesterol total**

**Colesterol HDL**

###### No imprescindible, pero aconsejable

*Hemograma:*

* **Hematíes**
* **Hb**
* **Hto**
* **Plaquetas**
* **Leucocitos**

*Bioquímica:*

* **Glucosa**
* **Colesterol total**
* **HDL colesterol**
* **LDL colesterol**
* **Triglicéridos**
* **Urea**
* **Creatinina**
* **Ácido Úrico**
* **Bilirrubina total**
* **Hierro**



*Análisis de orina:*

* **pH**
* **Albúmina**
* **Glucosa**
* **Acetona**
* **Glucosa**
* **Sales Biliares**