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**