Datos personales

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  |
| Email |  |
| Teléfono |  |

|  |
| --- |
| Describa el motivo de acudir/contactar al nutricionista: (Que desea mejorar, objetivo, etc…) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Sexo |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Altura (cm) |  |
| Peso (kg) |  |
| Profesión |  |

Deportistas

|  |  |
| --- | --- |
| Deporte que practica |  |
| Horas a la semana  |  |

Cuestionario Bionutricional

Si su respuesta es “SÍ”, marque con una **“X”** al inicio de la pregunta.

Cuando se citan varios trastornos, la presencia de uno es su­ficiente para responder afirmativamente

SUS HÁBITOS ALIMENTICIOS

1. ¿Consumo habitual de café?
2. ¿Come carne y/o embutidos más de 5 veces a la semana?
3. ¿Consume más de 2 veces por semana comidas procesadas: alimentos congelados, enlatados o preparados?
4. ¿Consume productos lácteos o sus derivados (yogur, bechamel, quesos, postres)?
5. ¿Consume pescado graso o semi-graso (salmón, atún, chicharro, sardinas…) al menos 2 veces por semana o consume complementos alimentarios a base de Omega3?
6. ¿Condimenta las ensaladas con aceite de oliva « virgen 1ª presión en frío »?
7. ¿Consume con regularidad o más de 2 veces por semana platos precocinados industriales (pastelería, bollería, platos preparados…)
8. ¿Come en promedio más de 3 veces por semana en locales de comida rápida, bares o restaurantes?
9. ¿Consume dulces : galletas, pasteles, barras de cereales, confi­tería, chocolates, refrescos, zumo de fruta, jarabe, miel, etc… ¿
10. ¿Come todos los días frutas de temporada y verduras crudas?
11. ¿Suele comer productos orgánicos o de su propia huerta (sin tratar)?
12. ¿Suele realizar una comida más copiosa por la noche que al mediodía?
13. ¿Come regularmente a la misma hora?
14. ¿Consume los alimentos rápidamente?
15. ¿Omite una de las 3 comidas principales más de una vez a la semana (desayuno, almuerzo, cena)?
16. ¿Realiza una dieta baja en calorías, con restricción de alimentos?
17. ¿Bebe más de 1 litro de agua por día entre comidas
18. ¿Añade sal a sus comidas?
19. ¿Come normalmente arroz blanco, harina, pan blanco, etc…en lugar de cereales integrales?
20. ¿Consumo habitual de agua de grifo?
21. ¿Cuántas comidas realiza al día?

USTED Y SU ENTORNO

1. ¿Tiene piel seca (incluyendo eczema, sabañones, grietas), áspera o propensa al acné?
2. ¿Sufre patologías frecuentes de nariz, garganta, oídos (resfriados, sinusitis) o alergias?
3. ¿Sufre una pérdida signi­ficativa de cabello, o lo tiene desvitalizado?
4. ¿Fuma más de 10 cigarrillos al día?
5. ¿Bebe regularmente alcohol?
6. ¿Posee más de 3 amalgamas (empastes dentales que no sean de resina) o coronas de metal en la boca?
7. ¿Vive usted en el centro de una ciudad con mucho trá­fico o en una zona industrial?
8. ¿Tiene colesterol alto, triglicéridos, ácido úrico o cálculos?
9. ¿Se queda sin aliento con facilidad al subir escaleras?
10. ¿Se encuentra bajo tratamiento para la hipertensión o trastornos cardiovasculares?
11. ¿Horas de sueños diarias?
12. ¿Le cuesta levantarse por las mañanas?

SU DIGESTIÓN

1. ¿Tiene problemas de tránsito intestinal (diarrea, estreñimiento)?
2. Después de una comida copiosa, ¿tiene dolores de cabeza?
3. ¿Tiene una digestión lenta, difícil, o abdomen hinchado?

PRINCIPALES PROBLEMAS

1. ¿Se queja de dolor muscular crónico o sufre de descalci­ficación (osteoporosis)?
2. ¿Tiene las encías sensibles, inflamadas o con tendencia al sangrado?
3. ¿Es friolero/a o cada vez se siente más sensible al frío?
4. ¿Siente con frecuencia ganas de consumir dulces?
5. Si se salta o atrasa una comida, ¿se siente irritable o cansado/a?
6. ¿Antes de las comidas, siente una disminución de la atención, de la concentración, o tiene ansiedad?
7. ¿Sufre regularmente mareos, náuseas o dolores de cabeza?
8. ¿Se siente estresado/a en su vida cotidiana o sobrecargado/a por problemas personales o profesionales?
9. ¿Se encuentra actualmente muy nervioso/a, con ansiedad o cansado/a desde el punto de vista psicológico?
10. ¿Tiene el estado de ánimo deprimido, siente una pérdida de interés o placer en lo que le gustaba hacer antes?
11. ¿Experimenta falta de sueño (di­ficultad para conciliar el sueño, sueño no reparador, despertares nocturnos)?
12. ¿Sufre regularmente de dolor de espalda?
13. Tiene manchas en la piel, arrugas profundas y/o una disminución de la elasticidad de la piel que le parece prematura para su edad
14. ¿Durante el último año su vista ha empeorado o está sufriendo de fatiga o enfermedad de los ojos? (cataratas, degeneración macular asociada a la edad)
15. ¿Padece de disminución de la movilidad articular o dolor mecánico?
16. ¿Siente envejecer prematuramente?

SÓLO PARA MUJERES

1. ¿Tiene tendencia a sufrir trastornos premenstruales (retención de agua, aumento de peso, dolores de cabeza, dolores de pecho, irritabilidad...)?
2. ¿Utiliza algún método anticonceptivo hormonal (píldoras, dispositivos intrauterinos, implantes subcutáneos)?
3. ¿Tiene períodos irregulares o dificultad para quedarse embarazada?
4. ¿Tiene problemas relacionados con la pre-menopausia o la menopausia (sofocos, aumento de peso...)?
5. ¿Es propensa a la secreción vaginal, ardor, picor o infecciones genitales?

SÓLO PARA HOMBRES

1. ¿Ha notado desde hace algún tiempo la necesidad de orinar con más frecuencia?

OTROS TRASTORNOS

1. ¿Sufre con frecuencia de asma o de trastornos de la piel tales como eczema, psoriasis o dermatitis atópica?
2. ¿Tiene manchas blancas en las uñas
3. ¿Tiene picores cutáneos frecuentes?
4. ¿Está expuesto/a a diario a algún tipo de contaminación electromagnética (pantallas, wifi, teléfono móvil, línea eléctrica, microondas...)?
5. ¿Su actividad física o caminatas a paso ligero son escasas o nulas (menos de una hora y media por semana)?
6. ¿Tiene una cantidad considerable de grasa localizada en el abdomen?
7. ¿Tiene sudores nocturnos o suda mucho durante el día?
8. ¿Sufre con frecuencia de dolor intestinal (colitis), abdomen hinchado y flatulencias?
9. ¿Suele despertarse durante la madrugada, entre la 1 y las 3 de la mañana?
10. ¿Ha seguido un tratamiento antibiótico prolongado (más de un mes) o repetido en los últimos 6 meses?
11. ¿Sufre regularmente de prurito anal o genital?
12. ¿Suele tener caries, gingivitis, deterioro o pérdida de dientes o úlceras bucales?
13. ¿Suele padecer de calambres, agujetas o tendinitis?
14. ¿Siente ardor al orinar o sufre de infecciones recurrentes del tracto urinario?
15. ¿Tiene el cabello y/o la piel apagados o faltos de vida?
16. ¿Siente somnolencia o molestias después de las comidas?
17. ¿Tiene signos de hiperventilación o tetania?
18. ¿Suele sentir necesidad de estimulantes como el café, té, alcohol, tabaco o bebidas energéticas?
19. ¿Experimenta regularmente «antojos» antes de las comidas?
20. ¿Tiene problemas de memoria o di­ficultad para concentrarse?
21. ¿Suele sentir pérdida de energía o agotamiento nervioso?
22. ¿Ha vivido una situación estresante y/o que no es capaz de superar psicológicamente?
23. ¿Recuerda más fácilmente los acontecimientos antiguos que los recientes?
24. ¿Experimenta problemas de equilibrio, mareos, zumbido en los oídos u oye peor que antes?
25. ¿Sigue un tratamiento farmacológico de larga duración?
26. ¿Tiene la costumbre de exponerse al sol en exceso, o ha sufrido muchas quemaduras por el sol durante su infancia?
27. Al levantarse, ¿tiene los músculos y las articulaciones rígidas?
28. ¿Alergia o sensibilidad a algún alimento? Indique cual
29. ¿Familiar cercano con alguna enfermedad degenerativa? Indique cual
30. ¿Retención de líquidos?

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Consume algún tipo de medicamento?Describa cual y porque motivo |  |
| ¿Consume algún tipo de complemento nutricional?Describa cual y con qué propósito. |  |

|  |
| --- |
| Anote los más detallado posible todas las comidas realizadas durante los últimos 7 días(Este apartado es muy importante) |
| Día 1 |
| Dia2 |
| Dia3 |
| Dia4 |
| Dia5 |
| Día 6 |
| Dia7 |