

Datos personales del paciente

Nombre:

Fecha consulta:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Provincia:

Población:

C.P:

DNI:

Correo electrónico:

Sexo:

Ocupación:

Teléfono:

Estado civil:

Nivel de estudios:

Motivo de consulta:

- Propia voluntad
- Aconsejado
- Obligado

¿Por qué solicita consejo nutricional?

¿Viene por sí mismo o viene derivado/a de un especialista?

¿Ha seguido un plan dietético anteriormente y cuál ha sido la experiencia?

¿Ha tomado alguna vez suplementos nutricionales? ¿Cuáles?

¿Qué expectativa tiene en el tratamiento?

Grado de motivación para seguir un tratamiento dietético (1-10):

Antecedentes patológicos familiares:

Obesidad _ Diabetes _ HTA _ Cáncer _ Dislipemia _ ECV _

Otros (especificar cuál):

Presencia de patologías y medicamentos:

Patología:

Medicamento:

Control:

Alergia o intolerancia alimentaria: Si ___ No ___ Cual:

Trastornos digestivos: (Estreñimiento, diarrea, reflujo, malas digestiones,...)

Suplementos nutricionales: Si ___ No ___ Cual:

Última analítica _____ **Presenta** _____ **Pendiente** _____

Resultados (adjuntar analítica del paciente)

¿Ha tenido alguna enfermedad previa?: Si ___ No ___ Cual:

Se ha sometido a intervención quirúrgica: Si ___ No ___ Cual:

Presencia de estreñimiento: Si ___ No ___

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

- **Embarazo actual** Si ___ N° (___) / No ___

Enfermedades durante el/los embarazo/s (hipertensión, diabetes gestacional, anemia...)

- **Nº de hijos:**

- **¿Se recuperó bien del peso después del parto?:** Si ___ No ___

- **Anticonceptivos orales** Si ___ No ___ Cuál: _____ Dosis: _____

- **Menstruación (descripción):**

Fecha de su última menstruación:

Hábitos de vida

Consumo de (frecuencia y cantidad):

Alcohol: _____ Tabaco: _____

Ejercicio físico:

Tipo:

Frecuencia:

Duración:

¿Te gustaría realizar más ejercicio físico?

¿Con qué finalidad realizas el ejercicio físico?

¿Cuáles son los motivos por los que no realizas más?:

Horas sentado con el ordenador o televisión:

¿Descansa bien?: Si ___ No ___ ¿Cuántas horas duermes?:

¿Suele estar cansado durante el día o activo?:

Hora a la que se levanta:

Hora a la que se acuesta:

¿Cómo ha variado tu peso a lo largo de la vida?:

Peso habitual:

Peso máximo:

Peso mínimo:

REGISTRO DE 24 HORAS (Incluyendo las horas y el lugar de comidas)

	AYER	DÍA ENTRE SEMANA	DÍA DE FIN DE SEMANA
Desayuno Hora:			
Media mañana Hora:			
Almuerzo Hora:			
Merienda Hora:			
Cena Hora:			

- Frecuencia de consumo de alimentos:

Cereales y legumbres	¿CÓME?		SI LA RESPUESTA ES "SI COME"		
	Si	No	Veces/Día	Veces/Semana	Veces/Mes
Pan blanco					
Pan integral					
Biscotes					
Pasta (fideos, macarrones, espaguetis, otras)					
Arroz blanco					
Otros cereales (mijo, quínoa, cuscús...)					
Pizza					
Cereales desayuno					
Cereales desayuno integrales					
Muesli					
Lentejas					
Alubias					
Garbanzos					
Guisantes, habas					
Pizza					

Alimentos y productos de origen animal	¿CÓME?		SI LA RESPUESTA ES "SI COME"		
	Si	No	Veces/Día	Veces/Semana	Veces/Mes
Carne blanca (pollo, pavo conejo...)					
Carne roja (ternera, cordero, cerdo...)					
Vísceras					
Jamón (serrano o cocido)					
Carnes procesadas (salchichón, chorizo, morcilla, mortadela, salchichas, butifarra, sobrasada)					
Patés, foie-gras					
Hamburguesa, albóndigas					
Huevos					
Pescado blanco (merluza, lenguado, rape...)					
Pescado azul (salmón, atún, sardinas...)					
Pescados salados: bacalao, mejillones,...					
Ostras, almejas, mejillones y similares					
Calamares, pulpo, chipirones, jibia					
Crustáceos: gambas, langostinos, cigalas, etc					
Pescados y mariscos enlatados					

Lácteos	¿CÓME?		SI LA RESPUESTA ES "SI COME"		
	Si	No	Veces/Día	Veces/Semana	Veces/Mes
Leche entera					
Leche semidesnatada					
Leche desnatada					
Leche condensada					

Batidos de leche					
Flan, natillas y otros postres lácteos					
Yogurt entero					
Yogurt desnatado					
Requesón o cuajada					
Queso en porciones o cremoso					
Otros quesos: curados, semicurados					
Queso blanco					
Helados					

Frutas	¿CÓME?		SI LA RESPUESTA ES "SI COME"		
	Si	No	Veces/Día	Veces/Semana	Veces/Meses
Manzana, pera					
Naranja, mandarina, pomelo					
Plátano					
Fresas/fresones					
Cerezas, picotas, ciruelas					
Melocotón, albaricoque, nectarina					
Sandía					
Melón					
Kiwi					
Uvas					
Aceitunas					
Frutas en almíbar o en su jugo					
Fruta seca (ciruelas, dátiles, higos...)					

Grasas y aceites	¿CÓME?		SI LA RESPUESTA ES "SI COME"		
	Si	No	Veces/Día	Veces/Semana	Veces/Meses
Aceite de oliva					
Aceite de oliva de girasol					
Margarina					
Mantequilla					
Manteca de cerdo					

Verduras y tubérculos	¿CÓME?		SI LA RESPUESTA ES "SI COME"		
	Si	No	Veces/Día	Veces/Semana	Veces/Meses
Acelgas, espinacas					
Col, coliflor, brócoli					
Lechuga, endivias, escarola					
Zanahoria, calabaza					
Tomate					
Judías verdes					
Berenjenas, calabacines, pepinos					
Pimientos					
Espárragos					

Otras verduras (alcachofa, puerro, cardo, apio)					
Cebolla					
Ajo					
Patata					
Batata					
Patatas fritas					
Setas, niscalos, champiñones					
Almendras, cacahuetes, avellanas, pistachos, piñones					
Nueces					

Bebidas	¿CÓME?		SI LA RESPUESTA ES "SI COME"		
	Si	No	Veces/Día	Veces/Semana	Veces/Meses
Bebidas carbonatadas con azúcar					
Bebidas carbonatadas bajas en calorías, bebidas light					
Zumo de naranja natural					
Zumos naturales de otras frutas					
Zumos de frutas en botella o enlatados					
Café descafeinado					
Café					
Té					
Mosto					
Vino blanco					
Vino rosado					
Vino blanco					
Cava					
Cerveza					
Licores o anís					
Destilados: whisky, vodka, ginebra, coñac					

Miscelánea	¿CÓME?		SI LA RESPUESTA ES "SI COME"		
	Si	No	Veces/Día	Veces/Semana	Veces/Meses
Mayonesa					
Mermeladas					
Azúcar					
Miel					
Snacks distintos de patatas fritas: gusanitos, palomitas, maíz, etc.					
Galletas tipo maría					
Galletas integrales					
Galletas de chocolate					
Repostería y bizcochos					
Churros, porras y similares					
Cacao en polvo soluble					