

## Cuestionario Nutricional Confidencial

Este cuestionario está diseñado para proporcionarle a tu nutricionista toda la información necesaria, con el fin de que pueda confeccionarte un programa nutricional específicamente diseñado para cubrir tus necesidades. Contesta las preguntas con la máxima honestidad y precisión posible.

### Datos del paciente

**Nombre completo:**

**Teléfono:**

**Edad:**

**Email:**

**Sexo:**

**Dirección:**

**Peso:**

**Estatura:**

### Estado de salud

Haz una lista de todos los problemas de salud que tengas, indicando cuánto tiempo hace que los sufres. Por ejemplo: dolor de cabeza desde hace 5 años (usa una hoja separada en caso de que necesites más espacio)

**Síntomas**

**Duración**

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

**¿Tomas medicamentos? Especifica cuáles y dosis, desde cuándo y por qué:**

¿En qué condiciones mejoran los síntomas? ¿En qué condiciones empeoran?

¿Qué otras enfermedades has tenido en los últimos diez años?

¿Y operaciones?

Especifica (si la sabes) cual es tu tensión arterial y pulsaciones por minuto:

### Perfil Hereditario

¿Tienes hijos? Especifica sexo, edades:

¿Sufren de alguna enfermedad?

¿A qué enfermedad era/es propenso tu padre?

¿A qué enfermedad era/es propensa tu madre?

¿Tienes hermanos? Especifica sexo, edades:

### Análisis de síntomas

Esta sección presenta una lista de síntomas asociados con deficiencias nutricionales. Señala las condiciones que normalmente sufres. Algunos síntomas se repiten, señálalos en **TODOS** los casos.

Taquicardia	Vista cansada
Cansancio	Visión disminuida
Agotamiento	Vista sensible a la luz
Falta de atención/ Dificultad para concentrarse	Ojos secos/Dolor de ojos
Pérdida de memoria	Caspa/cana
Vértigos/Mareos	Diarrea crónica
Perdida de equilibrio	Estreñimiento crónico
Dolores en articulaciones	Hinchazón abdominal
Inflamación de articulaciones	Lengua blanca y/o pastosa
Retención de líquidos	Mal aliento
Caries/ Gingivitis	Sudor excesivo
Formación de moratones con facilidad	Espasmos o calambres musculares
Sangran las encías	Herpes labiales con frecuencia o en condiciones de estrés

Piel seca y/o escamosa/Labios cortados	Cicatrización lenta
Eccema y/o dermatitis	Tensión arterial alta
Picores en la piel	Sed excesiva
Caída del cabello	Nerviosismo
Uñas quebradizas	Hemorragias nasales
Manchas blancas en uñas	Adormecimiento de pies y manos
Visión borrosa	Apatía sexual o de otra índole
Agotamiento tras el mínimo esfuerzo	Irritabilidad
Adicción a los dulces	Somnolencia diurna
Manos y pies fríos	Infecciones frecuentes
Varices y/o estrías	Signos de envejecimiento precoz
Acné o piel grasa	Puntos rojos en la piel/sarpullidos
Historial de cáncer familiar	Celutitis
Debilidad muscular	Convulsiones
Sensación de quemazón en los pies o dolor en los talones	Pinchazos en articulaciones (rodillas, muñecas)
Tensión premenstrual	Hiperactividad
Cataratas	Pelo o piel grasos
Depresión	Insomnio
Ansiedad	Palidez
Escaso sentido del sentido del gusto o el olfato	Poco apetito
Infertilidad	Picores anales y/o vaginales
Náuseas y/o vómitos	Bruxismo (rechinar de los dientes)

## **Análisis de estilo de vida**

### **Perfil Digestivo**

- ¿Masticas bien la comida?
- ¿Sufras a veces de mal aliento?
- ¿Eres propenso a sufrir problemas estomacales?
- ¿Sientes a menudo una sensación de quemazón en el estómago?
- ¿Tienes dificultad en digerir comida grasa?
- ¿Tomas ocasionalmente tabletas para la indigestión?
- ¿Sufres de irritación anal?
- ¿Tienes una evacuación intestinal diaria?
- ¿Flotan tus heces?

### **Perfil Cardiovascular**

- ¿Tienes la presión sanguínea más alta de 140/90?
- ¿Tienes el pulso después de 15 minutos en reposo más alto de 75?
- ¿Sobrepasas 7 kilos de tu peso ideal?
- ¿Fumas más de 5 cigarrillos diarios?
- ¿Haces menos de 2 horas de ejercicio a la semana?
- ¿Consumes carne más de 5 veces a la semana?
- ¿Añades normalmente sal a la comida?
- ¿Bebes más de 2 bebidas alcohólicas al día?
- ¿Hay historia de enfermedades de corazón en tu familia?

### **Perfil Inmunológico**

- ¿Sufres más de tres gripes al año?
- ¿Te cuesta quitarte una infección?
- ¿Eres propenso a tener escozor/picor genital o cistitis?
- ¿Sueles tomar antibióticos más de dos veces al año?
- ¿Hay historia de cáncer en tu familia?
- ¿Te ha operado de algún bulto?
- ¿Sufres de alguna enfermedad inflamatoria como eczema asma o artritis?
- ¿Sufres de fiebre del heno (alergia a la primavera)?
- ¿Se te ha muerto alguien querido en el último año?

### **Perfil de Ejercicio**

- ¿Haces ejercicio que te aumente el pulso durante unos 20 minutos más de tres veces por semana?
- ¿Tu trabajo demanda actividad física?
- ¿Juegas regularmente a algún deporte (fútbol, squash, etc.)?
- ¿Tienes alguna afición con demanda física?
- ¿Consideras que estás en forma?

### **Perfil de Estrés**

- ¿Tienes menos energía ahora de la que solías tener?
- ¿Te sientes culpable cuando descansas?
- ¿Tienes gran necesidad de logros?
- ¿Eres competitivo?
- ¿Tienes claro lo que quieres en la vida?
- ¿Trabajas más que el resto de la gente?

- ¿Te enfadas con facilidad?
- ¿Normalmente desarrollas varias actividades simultáneamente?
- ¿Te impacientas cuando la gente o situaciones te hacen esperar?
- ¿Tienes dificultad para dormir?

### **Perfil de tolerancia a la glucosa**

- ¿Necesitas dormir más de 8 horas?
- ¿Te cuesta más de veinte minutos sentirte completamente despierto/a por las mañanas?
- ¿Necesitas estimulantes (té, café o cigarrillos) recién levantado?
- ¿Tomas té, café, alimentos o bebidas azucaradas? ¿Cigarrillos a intervalos regulares durante el día?
- ¿Te sientes a menudo adormilado durante el día?
- ¿Te mareas o te sientes irritable si no comes a menudo?
- ¿Evitas hacer ejercicio por sentirte demasiado cansado?
- ¿Sudas mucho o te sientes excesivamente sediento?
- ¿A menudo pierdes concentración?
- ¿Tienes menos energía ahora de la que solías tener?

### **Perfil de Alergias**

- ¿Sufres de alguno de los siguientes problemas?: Problemas nasales. Fiebre del Heno. Eczema. Dermatitis. Asma. Migrañas. Síndrome del intestino irritable. Distensión abdominal frecuente. Cara hinchada.
- ¿Sufres de alguna alergia?  
En caso afirmativo, ¿a qué?
- ¿Qué tipo de reacción tienes?
- ¿Te has hecho alguna prueba alérgica?
- ¿Qué comida o bebida te resultaría difícil dejar?

### **Perfil Histamínico**

Marca las frases relacionadas contigo.

Duermes más de 8 horas. Poco impulso sexual. Mucho vello. Gripes infrecuentes. Metabolismo lento. Lento para despertarse. Dedos de las manos y pies cortos. Sospechoso por naturaleza. Obeso o "llenito". Toleras bien el dolor. Duermes menos de 7 horas. Mucho impulso sexual. Poco vello. Familia con historia de alergias. Metabolismo rápido. Funciones mejor por la mañana. Dedos de las manos y pies largos. Tendencia a la depresión. No engordas nunca. Poca tolerancia al dolor.

### **Perfil de riesgo de contaminación**

- ¿Vives en una ciudad o en una calle con mucho tráfico?
- ¿Estás más de 2 horas a la semana en el tráfico?
- ¿Haces ejercicio por calles con mucho tráfico?
- ¿Fumas más de 5 cigarrillos al día?
- ¿Vives o trabajas en un lugar donde el ambiente está cargado de humo?
- ¿Compras comida rápida en puestos de la calle?
- ¿Comes vegetales biológicos?
- ¿Bebes más de una bebida alcohólica al día?
- ¿Pasas mucho tiempo delante del ordenador o TV?
- ¿Bebes agua del grifo?

### **Cuestionario adicional sólo para mujeres**

- ¿Estás embarazada? ¿De cuántos meses?
- ¿Estás intentando quedarte embarazada?
- ¿Has sufrido alguna vez un aborto?
- ¿Usas DIU o tomas la píldora? ¿Cuál?
- ¿Tienes la menstruación con regularidad?
- ¿Has pasado la menopausia?
- ¿Sufres de tensión premenstrual? ¿Hinchazón, cansancio, irritabilidad, depresión, dolor de pechos, dolor de cabeza? SPM

### **Análisis de la dieta**

¿Te dieron el pecho de pequeño?	¿Lavas la fruta y los vegetales antes de comerlos?
¿De niño un gran porcentaje de tu dieta era alta en grasas y azúcares?	¿Comes pan y arroz blanco normalmente?
¿Evitas la comida que contiene aditivos?	¿Cuántas latas de comida comes a la semana?
¿Evitas la comida que contiene azúcar?	¿Cuántos litros de leche bebes a la semana?
¿Cuántas cucharaditas de azúcar te pones en cada comida o bebida?	¿Cuántas rebanadas de pan, barras o panecillos comes a la semana?
¿Añades sal mientras cocinas?	¿Cuántas veces a la semana comes carne roja: ternera, cerdo, cordero, etc.?
¿Añades sal en la mesa?	¿Cuántas veces a la semana comes carne blanca: pescados y aves?
¿Cuántos cafés tomas al día?	¿Cuál es tu bebida alcohólica más usual?
¿Cuántas tazas de té tomas al día?	¿Cuántos vasos o copas bebes a la semana?
¿Cuántas veces a la semana comes comida	¿Cuántas veces a la semana comes "yogurt

frita?	bio"?
¿Qué aceite usas para cocinar y para las ensaladas?	¿Bebes agua embotellada o filtrada en vez de la del grifo?
¿Cuántas comidas preparadas o instantáneas comes a la semana?	¿Comes normalmente bajo estrés o mientras haces otras cosas?
¿Cuántas veces a la semana comes chocolate o dulces?	¿Tu trabajo te obliga a comer mucho fuera de casa?
¿Qué porcentaje de tu dieta está basada en frutas y vegetales crudos?	¿Cómo describirías tu apetito?: pobre-normal- bueno- exagerado

**Escribe a continuación toda la comida y bebida que has consumido en los últimos dos días:**

<b>Día 1</b>	<b>Día 2</b>
Desayuno	Desayuno
Comida	Comida
Merienda	Merienda
Cena	Cena
Entre comidas	Entre comidas

¿Son estos días representativos de lo que normalmente comes?

Sino, ¿qué es normal?

¿Tomas suplementos nutricionales de forma regular?                      ¿Cuáles?

Escribe dosis, marcas y por qué, y tiempo que haces que los tomas:

## **Ley de protección de datos**

Conforme a la Ley Orgánica, 15/1999 sobre Protección de datos de carácter personal, el firmante autoriza a Bionutrición Ortomolecular al tratamiento de los datos personales recogidos en el presente formulario. Estos datos pasan a formar parte del fichero denominado fichas para la realización de consultas de nutrición ortomolecular, bajo la responsabilidad de Bionutrición Ortomolecular, con la finalidad de recabar los datos necesarios para el desarrollo adecuado del tratamiento individualizado. El usuario puede ejercitar los derechos ARCO (acceso, cancelación, rectificación y oposición), enviando un email a *consultabionutricion@gmail.com* adjuntando copia de su Documento Nacional de Identidad o documento identificativo equivalente.

En este sentido, autoriza expresamente el tratamiento de los datos de carácter personal que pudieran ser recabados durante el servicio, con la finalidad de gestionar la prestación del mismo, entre los cuales podrán figurar datos relativos a la salud.

Con este formulario consiente al tratamiento con nutrición ortomolecular. Da su consentimiento para recibir un tratamiento por su propia voluntad y sin coerción ni influencias. Reconoce que la nutrición ortomolecular no garantiza una remisión o cura absoluta de una enfermedad o condición crónica.

Se compromete a aplicar la nutrición ortomolecular de acuerdo con las instrucciones y consejos dados por la profesional y a informarla en caso de que decida dejar el tratamiento o modificar su aplicación o recibir cualquier otro tratamiento.

Reconoce que será su médico y otros especialistas médicos quienes permanezcan como responsables de su cuidado médico general durante el periodo que dure la aplicación de la terapia nutricional ortomolecular y que la profesional consultada actuará solo en calidad de asesora, sin autoridad por tanto para retirar medicaciones o tratamientos prescritos por su médico.

**Nombre y apellidos:**

**DNI:**

**Fdo.:**



## Información importante para el paciente que acude por primera vez a consulta

Se informa al paciente: \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

que en la presente consulta el profesional nutricionista, no tiene ningún tipo de autorización, formación o autoridad médica, para sugerirle o recomendarle que deje usted de tomar cualquier tipo de medicación que se encuentre tomando en estos momentos prescrita por su/s médico/s. Tampoco se le exigirá ni sugerirá nunca que abandone ningún tipo de tratamiento médico que esté llevando a cabo con su médico especialista fuera de esta consulta. Los únicos profesionales que poseen las competencias y autoridad suficiente para ello, son única y exclusivamente sus médicos, y usted deberá siempre seguir su consejo.

En esta consulta no se realizan tratamientos sustitutivos de ningún tipo de enfermedades, trastornos o patologías que pudiera tener en el presente. Por favor, tenga muy en cuenta, que esta es una consulta de nutrición biológica donde el profesional que le atiende solamente posee competencias para enseñarle a llevar una alimentación saludable y equilibrada que ayudará a su calidad de vida y contribuirá a la mejora de sus patologías presentes, pero que bajo ningún concepto serán ni pueden ser consideradas sustitutas de los tratamientos que su médico le haya prescrito. Si se considerase necesario le serán por prescripción del nutricionista, indicada la toma de determinados suplementos dietéticos y naturales, siempre compatibles con su medicación y que en ningún caso supondrán un peligro para su salud. Pues el conocimiento y uso de los suplementos dietéticos sí son competencia del nutricionista, quién sabrá cómo, por qué y en qué dosis y formas sugerirle su toma, siempre en caso de necesidad, sin pretender nunca la sustitución por su medicación o tratamiento (indicados por su médico), pues no lo son en absoluto. Sí son considerados un suplemento o complemento de la dieta y por ello, se hallan así debidamente definidos.

Queda bajo su absoluta responsabilidad y criterio, la decisión exclusiva y personal de abandonar cualquier tipo de tratamiento o medicación recibida por parte de su médico de cabecera o especialista que éste le haya prescrito, no siendo nunca recomendable esta acción sin su pleno consentimiento, autorización o criterio médico; y eximiendo por tanto de toda responsabilidad o autoría de esta clase de decisión personal a su nutricionista, quién como se ha expresado en este consentimiento informado, nunca jamás le sugerirá tales acciones.

Debe tener usted pleno conocimiento y conformidad de lo informado, sabiendo que acude a la consulta de un profesional de la salud relacionada con la nutrición y alimentación saludable y no a la consulta de su médico habitual, ni a la consulta de un sustituto de éste.

Eventualmente si el profesional de nutrición lo considerase necesario por su propio bien, podría solicitarle trabajar conjuntamente con su médico de cabecera o especialista para una mejor aplicación de su dieta personalizada.

Por favor firme a continuación la información recibida y quédese una copia de la misma.

**Firma:**

**Fecha y lugar:**