

CUESTIONARIO NUTRICIÓN ORTOMOLECULAR INFANTIL

Datos Personales:

<i>Fecha:</i>	<i>Teléfono:</i>
<i>Nombre y Apellidos:</i>	<i>Email:</i>
<i>Peso:</i> <i>Altura:</i> <i>Edad:</i>	<i>Población:</i>
<i>Madre:</i>	
<i>Padre:</i>	

Razón principal por la que acude a consulta: (especificar)

Historial clínico y sintomatológico del niño y de la madre

<u>1-Concepción</u>	SI	NO	Detalles:
¿Le costó mucho quedarse embarazada?			
¿Cuánto tiempo tardó en conseguirlo?			
¿Realizó algún tratamiento de fertilidad o pre-concepción?			
¿Antes de la concepción, utilizó métodos anticonceptivos como píldora, DIU, etc.? Especifique cual/cuales y durante cuánto tiempo:			
¿Tuvo algún aborto antes del embarazo del niño/a? Especifique cuántos y en qué tiempo:			
¿Realizó algún tratamiento médico especial antes de la concepción por algún problema de salud que tuviera? Especifique cuál, durante cuánto tiempo y por qué incluyendo fármacos que tomó:			
¿Consumía drogas antes de quedarse embarazada? Especifique cuáles y durante cuánto tiempo:			
¿Bebía alcohol?. Especifique cuánto y desde cuándo:			
¿Fumaba?. Especifique cuántos cigarrillos al día y desde cuando fuma:			
¿Realizaba algún tipo de actividad física, deporte, yoga, meditación, relajación, mindfulness, etc.?			
¿Se encontraba en un estado mental, espiritual y de ánimo bueno en el momento de la concepción?			
¿Estaba estresada? Indique nivel de estrés:			

Dieta y el embarazo (madre)

Especifique si era equilibrada, variada, desordenada, rica en alimentos industrializados o naturales, si bebía alcohol, si comía regularmente (al menos 4-5 comidas diarias), si era alta en alimentos refinados (harinas, azúcares), con o sin gluten, con o sin lácteos de origen animal, si era vegana, vegetariana o especifique lo que corresponda.

¿Cómo era su dieta antes de quedarse embarazada?

--

<u>Embarazo</u>	SI	NO	Detalles
¿Qué edad tenía usted cuando se quedó embarazada del niño/a?			
¿Fue este su primer embarazo?			
Embarazo múltiple			
Embarazo natural			
Embarazo por inseminación artificial o tratamiento de fertilidad			
<i>Salud durante el embarazo</i>	SI	NO	Detalles:
Desarrollé diabetes gestacional			
Desarrollé hipotiroidismo gestacional			
Desarrollé preeclampsia			
Tuve anemia			
Candidiasis vaginal			
Pérdidas de sangre			
Vómitos y náuseas hasta el tercer trimestre			
Desarrolló bajo peso durante el embarazo o perdió peso			
Engordó de manera exagerada			
Sufrió de golpes o caídas			
Debió guardar reposo durante alguno o todos los trimestres			
Escaso líquido amniótico			
Bajo peso del feto			
Infecciones (especificar cuál/es) y medicación			
Me realizaron amniocentesis (especificar causa)			
Realización de pruebas genéticas (especificar)			
Otros (especificar)			

<u>4-Parto y Nacimiento</u>	SI	NO	Detalles
¿Nació por cesárea?			

¿Nació por parto natural?			
Parto prematuro			
Parto atrasado			
Depresión post-parto			
Nació en casa			
Nació en un hospital			
Peso del niño/a al nacer			
Otros (especificar)			

¿Sufrió el niño al nacer algún tipo de dificultad o trauma? Especifique o marque lo que corresponda

<u>Dificultad al nacer</u>	SI	NO
Nació con el cordón umbilical enrollado al cuello		
Sufrió de hipoxia (falta de oxígeno)		
Usaron fórceps durante el parto		
Fue un parto fácil y rápido		
Fue un parto difícil, doloroso y largo		
Sufrió de impactación occipital (traumatismo o tirón en la parte posterior del hueso de la cabeza)		
Se cortó el cordón umbilical inmediatamente después de nacer		
Lo llevaron con la madre inmediatamente al nacer		
Fue un parto sin epidural (natural)		
Hubo sufrimiento en el feto		
Otros (especificar)		

<u>Lactancia y salud de bebé</u>	SI	NO	Detalles:
Recibió lactancia materna (indicar hasta qué edad)			
Vacunas (indicar edad y cuáles y cuántas)			
Enfermó (especificar de qué, duración y tratamiento)			
Se golpeó o sufrió caídas (especificar)			
Indicar a partir de qué edad empezó a ingerir alimentos de forma normal			
Estuvo al cuidado de otras personas (indicar si fueron familiares, extraños o guardería) a partir de qué edad			
Estuvo en incubadora (especificar)			
Problemas de crecimiento (especificar)			
Reacción adversa a vacunas o medicamentos (especificar)			
¿Su desarrollo fue normal? (gatear, hablar, caminar, señalar, balbucear) especificar e indicar			

Dieta del niño

Dieta del niño	SI	NO	A veces/Nunca/Ocasional
Consume azúcar refinado (blanco)			
Come gran cantidad de golosinas			
No le gusta la fruta			
Come fruta fresca (al menos 3-5 piezas al día) especificar cantidad			
Come verduras y hortalizas frescas (al menos 2 raciones diarias)			
Consume lácteos de origen animal (leche, queso, nata, yogur, mantequilla, margarina, postres, helados)			
Consume alimentos con gluten (pan, pasta, etc.)			
Consume harinas refinadas blancas (pan, pasta, galletas, etc.)			
Bebe refrescos azucarados y con gas (coca-cola, etc.)			
Toma zumos industriales (de caja, no preparados en casa)			
Consume bollería industrial			
Consume cremas untables (Nocilla, similares)			
Consume pescado azul de gran tamaño (1 vez a la semana o menos o más) Especificar			
Consume pescados blancos (al menos 2 veces por semana)			
Consume carnes rojas (ternera) más de 2 veces por semana			
Consume aves (más de 2 veces por semana)			
Sigue una dieta vegetariana			
Sigue una dieta vegana			
Consume frutos secos naturales (sin tostar ni sal)			
Consume semillas naturales (lino, sésamo, etc.)			
Aceite de oliva			
Bebe al menos 2 litros de agua al día (especificar si es mineral, filtrada o del grifo)			
Consume pescado azul de tamaño pequeño 1 vez por semana al menos			
Come comida preparada industrialmente: sobres, lata, congelada, pre-cocinada varias veces en semana			
Come diariamente en comedor escolar			
Es intolerante a la lactosa			
Es intolerante al gluten			
Es intolerante a la fructuosa			
Consume huevos al menos 2 veces a la semana			
Toma suplementos vitamínicos y minerales y ácidos grasos esenciales omega 3			
Realiza un desayuno completo			
Come a deshoras cualquier cosa			

Es alérgico a algún alimento, especificar cual/cuales			
Consume chocolate (con leche y azúcar) y/o cacao o similares (Nesquik, Colacao, etc.)			
Consume embutidos más de 2 veces por semana (salchichas, patés de origen animal, etc.)			

Síntomas del niño

Especifique si padece de alguna enfermedad, tratamiento que sigue, si es alérgico a algún medicamento, y tiempo que lleva enfermo y en tratamiento. Indique también si ha sido operado, de qué y cuando:

Síntomas del niño (físicos, emocionales, psicológicos, enfermedades)	SI	NO	A veces
Tiene náuseas cuando come ciertos alimentos (especificar cuáles)			
Tiene diarrea a diario o de forma esporádica (marcar)			
Vómitos al ingerir ciertos alimentos (especificar cuáles)			
Tiene estreñimiento			
Problemas de piel: eccema, sarpullidos, rojeces, dermatitis, piel atópica (especificar)			
Infecciones de oído y garganta más de 2 veces al año			
Alergias, rinitis, fiebre del heno (especificar)			
Intolerancias o sensibilidades alimentarias (especificar)			
Vientre anormalmente hinchado/gases			
Tez pálida			
Manchas blancas en las uñas			
Tiene facilidad para hacerse moratones			
Tiene bruxismo (rechinar de los dientes)			
Es friolero/a			
Poco apetito			
Apetito exagerado			
Apetito normal			
Problemas de visión (especificar)			
Dificultades en la comunicación oral y escrita			
Nivel de energía vital alto o bajo (marcar)			
Anemia (si la tuvo indicarlo)			
Asma, bronquitis o Enf. Respiratorias crónicas			
Problemas de coordinación motora			
Depresión y/o estrés infantil (marcar)			
Lengua blanca o pastosa y/o halitosis (marcar)			
Dolores de cabeza (indicar frecuencia)			
Candidiasis intestinal crónica			

Contrae infecciones con frecuencia y/o facilidad (especificar)			
Se enferma más de 2 veces por año (especificar)			
Parásitos			
¿Ha tenido alguna fractura de huesos? Indicar cuándo y cuál			
¿Ha sufrido algún golpe importante? Indicar dónde, cómo y cuándo			
Tiene caries, gingivitis o problemas dentales (especificar)			
Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple			
Alergias a metales, químicos o tejidos (especificar)			
Alergias a alimentos (especificar cuáles)			
TDAH o TDA diagnosticado			
Autismo (TEA) o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) diagnosticado			
Otros (especificar)			
Tiene fobias o miedos (especificar)			
Tiene dislexia			
¿Es diestro?			

Actividades que realiza el niño

Indique a continuación las actividades que realiza diariamente o semanalmente el niño para poder valorar su nivel de estrés así como los ciclos circadianos y biorritmos del niño y su interés por el entorno y capacidad e interés en el desarrollo de habilidades: indicar si es diariamente, semanalmente, mensualmente en horas a ser posible (aprox.)

Actividades que realiza: horarios, uso de tecnología, deberes, etc.	SI	NO	Frecuencia hs. (Cuándo/cuánto)
Aprende a tocar un instrumento. Especificar cual			
Realiza algún deporte. Especificar cual			
Aprende a pintar, dibujar, arte, etc.			
Leer (libros en papel o electrónicos) le gusta o presenta interés por la lectura			
Madrugar/Dormir (hora que se levanta y hora que se acuesta)			
Horas que pasa en el colegio semanalmente			
Horas que pasa fuera de casa por otros motivos (actividades que realiza)			
Horas al día que pasa en familia y en casa			
Horas al día que el niño dedica al juego			
Tiempo que pasa en entornos naturales (parques, jardines, contacto con la naturaleza, etc.)			
Se expone al sol regularmente a las horas adecuadas sin protección solar			
Tiempo que dedica a los “deberes escolares” (fuera del colegio)			
Tiempo que pasa viendo televisión, uso de tablet, ordenador, móvil...			
Tiene una mascota			
Recibe terapia psicológica			
Juega con amigos de su edad o se relaciona con ellos			

Pasa tiempo solo (sin compañía de otros niños)			
Se queja de que realiza demasiadas actividades o está muy cansado			
Se queja de “aburrimiento”			
Le gusta estudiar/ No tiene interés por los estudios (marcar)			
Asignaturas por las que presenta mayor interés (especificar)			
Asignaturas por las que presenta menor interés (especificar)			
Mantiene conversaciones con los padres a menudo con interés y curiosidad			

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.

Nombre y apellidos:

DNI:

Fdo.: madre, padre o tutor legal