

* ¿Qué **objetivo** de salud o de peso te propones ? _____

* ¿ Hay alguna alteración en la última analítica de sangre o tienes ahora alguna patología?
De ser que sí, márcalo en la lista.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Excesivo estrés |
| <input type="checkbox"/> Triglicéridos elevados | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colon Irritable | <input type="checkbox"/> Artrosis |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Excesivo meteorismo | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Apneas del Sueño | <input type="checkbox"/> Digestiones lentas/pesadas | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Acidez de estómago | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Celiaquia | <input type="checkbox"/> Excesiva ansiedad | |

* ¿Tomas alguna **medicación**?

* **Hay algunos alimentos que hayas dejado de tomar** (por alergia/intolerancia)? Indica cuales:

* **Ejercicio**

¿Cuánto tiempo al día andas seguido? _____ ¿El fin de semana andas más? _____

¿Haces algún deporte o vas al gimnasio? _____ Si es que sí, ¿cuántas veces/semana? _____

¿Lo disfrutas? _____ ¿Puedes hacer más ejercicio? _____ Si es que no, ¿por qué motivo?

* Des de tu propio punto de vista indica **cómo consideras que comes** (elige 1 de cada columna):

CANTIDAD	RITMO	MOTIVO
<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Rápido	<input type="checkbox"/> De más por ansiedad
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Lento	<input type="checkbox"/> De más por hambre
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> No como demasiado

* **¿Picas** entre horas? _____ De ser que sí, ¿qué alimentos tomas en momentos así?

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Embutido | <input type="checkbox"/> Biscotes | <input type="checkbox"/> Zumos | <input type="checkbox"/> Vino |
| <input type="checkbox"/> Jamón | <input type="checkbox"/> Pan | <input type="checkbox"/> Frutas | <input type="checkbox"/> Cola, Fanta. |
| <input type="checkbox"/> Queso | <input type="checkbox"/> Golosinas | <input type="checkbox"/> Yogures | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Chips | <input type="checkbox"/> Chocolate | <input type="checkbox"/> Zanahorias | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Pipas | <input type="checkbox"/> Bombones | <input type="checkbox"/> Tortitas | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Palomitas | <input type="checkbox"/> Galletas | <input type="checkbox"/> Cafés | |
| <input type="checkbox"/> Aceitunas | <input type="checkbox"/> Helado | <input type="checkbox"/> Cerveza | |

* Escribe **como comes durante 1 día**: alimentos, las bebidas, salsa, si añades pan, si picas... todo.

- DURANTE LA MAÑANA

- MEDIODÍA

- DURANTE LA TARDE

- CENA

- ENTRE HORAS (antes o después de las comidas o mientras cocinas...)

- BEBIDAS: