

ENCUESTA NUTRICIONAL

DATOS PERSONALES	
Nombre	Apellidos
Fecha Nacimiento	Edad
Fecha Encuesta	Sexo
Dirección	
Ciudad	Provincia
Tfno:	

INFORMACIÓN PSICOSOCIAL				
Ocupación			Estado civil/Convivencia	
Deporte	SI	NO	Tipo deporte	Horas/semana
HÁBITOS GENERALES				
Fumador	SI	NO	Nº cigarrillos/día	Fecha comienzo
Ingesta de alcohol			Cantidad	Frecuencia de consumo

FICHA ANTROPOMÉTRICA *				
Peso en Kg		Peso ideal		Altura en cm
IMC		Índice cintura/cadera		Tipo de obesidad
Perímetros			Valor medio (cm)	
Brazo				
Cintura				
Cadera				
Pliegues			Valor medio (cm)	
Bicipital				
Tricipital				

* Calculadora en consumer.es

HISTORIA CLINICA

Antecedentes Personales

Comentarios y observaciones

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> | Cardiopatía isquémica |
| <input type="checkbox"/> | Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitas |
| <input type="checkbox"/> | Dislipemia |
| <input type="checkbox"/> | Hiperuricemia y gota |
| <input type="checkbox"/> | Artrosis |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> | Hernia de hiato |
| <input type="checkbox"/> | Litiasis biliar |
| <input type="checkbox"/> | Dispepsia |
| <input type="checkbox"/> | Gastritis |
| <input type="checkbox"/> | Úlceras |
| <input type="checkbox"/> | Reflujo Gastroesofágico |
| <input type="checkbox"/> | Naúseas y vómitos |
| <input type="checkbox"/> | Diarreas |
| <input type="checkbox"/> | Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> | Enf. Respiratoria |
| <input type="checkbox"/> | Tumores malignos |
| <input type="checkbox"/> | Antec. psiquiátricos |

Antecedentes familiares

Padre Madre Hnos

Comentarios

<input type="checkbox"/>	Obesidad
<input type="checkbox"/>	Enf. Tiroidea
<input type="checkbox"/>	Cardiopatía Isquémica
<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Dislipemia
<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial

Exploración física y signos clínicos

Tensión arterial: mmHg

Comentarios (valorar signos de malnutrición: pelo, piel, dientes, uñas, etc)

RECUERDO DE 24 HORAS			
Toma en el día*	Alimentos	Medida casera	Cantidad (g)
* Indicar si la toma se realizó en el desayuno, almuerzo, comida, merienda, cena o recena			

CUESTIONARIO SELECTIVO DE FRECUENCIAS DE CONSUMO

Alimentos	Med. Casera	Téc. Culinaria ¹	Mes ^{2,3}	Semana ³	Día ³
Carne blanca					
Carne Roja					
Huevos					
Pasta					
Fiambres					
Pescado					
Marisco					
Arroz					
Legumbres					
Lácteos					
Fruta					
Verdura					
Azúcar					
Dulces					
Bebidas gas					
Bebidas alcohol					
Aceite					
Mantequilla					
Frutos secos					
Pizza					
Hamburguesa					
Helados					
Cereales					
Bollería indust.					
Pan					
Embutido					
Alim. Precocinados					
Alim congelados					

1. Indicar: frito/plancha/hervido/horno; natural/conserva, entero/semi/desnatado; otros

2. Indicar si es necesario nunca (0) o menos de una vez al mes (<1)

3. Indicar nº de veces consumido al mes, semana o día