



## Cuestionario Perfil Bionutricional Personalizado para

Altura (en cm)

Motivo de la consulta:

Peso (en Kg)

IMC

Si la respuesta es **SÍ**, marcar la casilla.

Cuando se mencionan varios problemas, la presencia de uno solo es suficiente para marcar la casilla.

### A ESPECIFICAR PARA UNA ATENCIÓN PERSONALIZADA:

¿Está tomando alguna medicación a largo plazo (que no sea homeopatía o micronutrientes)?

¿Está embarazada o en periodo de lactancia?

### SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS

- 1 ¿Consume carne y embutidos (incluido jamón) más de 5 veces por semana?
- 2 ¿Consume alimentos industriales más de dos veces por semana: congelados, enlatados o preparados?
- 3 ¿Consume más de 2 productos lácteos al día (yogur, nata, bechamel, queso, helado, natillas)?
- 4 ¿Consume pescado azul (sardinas, caballa, arenque, anchoas), fresco o en conserva, al menos dos veces por semana?
- 5 ¿Utiliza a diario aceite de oliva virgen extra en botellas opacas, preferiblemente ecológico?
- 6 ¿Utiliza a diario otros aceites «vírgenes de primera presión en frío», preferiblemente ecológicos, sin calentar, en botellas de vidrio opaco (colza, nuez, camelina, girasol, lino)?
- 7 ¿Consume más de 3 veces por semana alimentos como bollería, pasteles, quiches, tartas o productos elaborados con hojaldre?
- 8 ¿Come de media más de 3 veces a la semana en restaurantes de comida rápida, comedores o restaurantes?
- 9 ¿Consume más de 2 «dulces» al día: galletas, pasteles, barritas de cereales, caramelos, chocolate, refrescos, zumos de frutas, jarabe, miel (más de 2 cucharadas) o azúcar (más de 10 g = 2 terrones o sobres)?
- 10 ¿Consume varias frutas y verduras crudas de temporada a diario?
- 11 ¿Consume al menos una ración de verduras de temporada cocinadas a baja temperatura, como al vapor o guisadas (no en olla a presión, cazuela o microondas) a diario?



- 12 ¿Consume habitualmente productos ecológicos o caseros (sin procesar)?
- 13 ¿Suele hacer una comida más copiosa (más calórica) por la noche que a la hora de comer, incluidos carne o embutidos?
- 14 ¿Come a horas regulares, sentado y en silencio?
- 15 ¿Se salta una de las 3 comidas principales más de una vez a la semana (desayuno, comida, cena)?
- 16 ¿Sigue una dieta baja en calorías con restricción de alimentos?
- 17 ¿Bebe más de 1 litro de agua de manantial o filtrada al día (4-5 vasos)?

## USTED Y SU ENTORNO

- 18 ¿Tiene la piel seca (sabañones, grietas), áspera o con tendencia al acné o utiliza una crema para pieles irritadas y atópicas?
- 19 ¿Tiene regularmente problemas ORL (dolores de garganta, obstrucción nasal, goteo nasal) o diferentes alergias (respiratorias o alimentarias)?
- 20 ¿Está perdiendo mucho pelo o tiene poca vitalidad?
- 21 ¿Fuma más de 5 cigarrillos al día o bebe más de 1 vaso de alcohol fuerte o 2 vasos de vino al día?
- 22 ¿Tiene más de 3 amalgamas (empastes sin resina) o coronas metálicas en la boca?
- 23 ¿Vive en un entorno urbano contaminado o está en contacto diario con productos químicos (por ejemplo, pintores, peluqueros, trabajadores de lavanderías...)?
- 24 ¿Tiene niveles altos de colesterol, triglicéridos, ácido úrico o cálculos?
- 25 ¿Se queda sin aliento con facilidad al subir las escaleras o está siguiendo un control por presión arterial alta o problemas cardiovasculares?

## SU DIGESTIÓN

- 26 ¿Tiene problemas con las deposiciones (aceleradas o lentas)?
- 27 ¿Le duele la cabeza después de una comida copiosa?
- 28 ¿Tiene la lengua blanca y pastosa o mal aliento de forma regular?
- 29 ¿Tiene digestiones lentas y difíciles o se encuentra hinchado?

## SUS PRINCIPALES PROBLEMAS

- 30 ¿Sufre dolores musculares frecuentes o una disminución de la densidad ósea?
- 31 ¿Tiene encías sensibles, irritadas, hinchadas o que sangran con facilidad?
- 32 ¿Suele tener frío o enfriarse?
- 33 ¿Siente un deseo frecuente (varias veces al día) de consumir productos dulces como galletas, dulces, pasteles, pan blanco...?
- 34 ¿Si se salta una comida o la retrasa, se siente irascible o cansado?

- 35 Antes de las comidas, ¿siente una disminución de la atención, la concentración o el nerviosismo?
- 36 ¿Experimenta regularmente mareos, vértigos o dolores de cabeza?
- 37 ¿Se siente estresado por su vida cotidiana o agobiado por preocupaciones personales o profesionales?
- 38 ¿Está especialmente nervioso, ansioso o cansado psicológicamente en la actualidad?
- 39 ¿Siente desánimo, una disminución del interés o del placer por lo que antes solía disfrutar?
- 40 ¿Experimenta una falta de sueño reparador (dificultad para conciliar el sueño, sueño inquieto, despertares nocturnos...)?
- 41 ¿Tiene dolores de espalda con regularidad?
- 42 ¿Tiene manchas en la piel, arrugas marcadas para su edad o una disminución de la elasticidad de la piel que considera prematura para su edad?
- 43 Durante el último año, ¿ha experimentado una reducción de la visión o fatiga ocular, visión borrosa, pérdida de la visión central o distorsión de las líneas rectas?
- 44 ¿Le duelen las articulaciones o experimenta una reducción de la movilidad articular?
- 45 ¿Siente que está envejeciendo de forma prematura?

### **SÓLO PARA MUJERES**

- 46 ¿Siente alguna molestia antes de la menstruación (retención de líquidos, aumento de peso, dolores de cabeza, tensión en los senos, irritabilidad...)?
- 47 ¿Utiliza algún anticonceptivo o tratamiento hormonal (píldora, dispositivo intrauterino, implante subcutáneo, THS)?
- 48 ¿Tiene ciclos menstruales irregulares o dificultad para quedarse embarazada?
- 49 ¿Siente alguna molestia premenopáusica o menopáusica (sofocos, aumento de peso)?
- 50 ¿Es propensa a tener flujo blanco, ardor y picor vaginal?

### **SÓLO PARA HOMBRES**

- 51 ¿Ha notado la necesidad de orinar con más frecuencia últimamente?

### **SÓLO PARA NIÑOS**

- 52 ¿Siente estrés o tendencia a la hiperactividad?
- 53 ¿Se encuentra en un periodo de crecimiento intenso?

## SUS OTROS TRASTORNOS

- 54 ¿Sufre de sibilancias o problemas respiratorios o cutáneos (piel seca, irritada, sensible, reactiva, atópica, etc.)?
- 55 ¿Tiene manchas blancas en las uñas o son estriadas, quebradizas, blandas?
- 56 ¿Tienes estrías?
- 57 ¿Está expuesto diariamente a la contaminación electromagnética (pantallas, wifi, teléfonos móviles, líneas de alta tensión, hornos microondas, etc.)?
- 58 ¿Hace poca o ninguna actividad física o camina a paso ligero (menos de 1,5 horas a la semana)?
- 59 ¿Tiene una cantidad importante de grasa corporal en el abdomen?
- 60 ¿Tiene sudores nocturnos o suda mucho durante el día?
- 61 ¿Se queja con frecuencia de molestias intestinales, hinchazón o flatulencias?
- 62 ¿Se despierta regularmente en la segunda mitad de la noche, entre la 1 y las 3 de la madrugada?
- 63 ¿Ha tomado antibióticos de forma prolongada (más de un mes) o repetida en los últimos 6 meses?
- 64 ¿Siente regularmente picor anal o genital?
- 65 ¿Es usted propenso a problemas bucales como caries, úlceras bucales, encías inflamadas, caries?
- 66 ¿Sufre regularmente calambres, agujetas o dolor en los tendones?
- 67 ¿Siente regularmente ardor al orinar o consulta regularmente a su médico por infecciones urinarias?
- 68 ¿Tiene el pelo y/o la tez apagados?
- 69 En su vida diaria, ¿siente malestar, fatiga o somnolencia después de las comidas?
- 70 ¿Tiene signos de taquicardia, tirantez, temblores, apretamiento de las mandíbulas, nudos en la garganta o el estómago...?
- 71 ¿Siente la necesidad de tomar estimulantes como café, té, alcohol, tabaco o bebidas energéticas?
- 72 ¿Siente regularmente "hambre" antes de las comidas y tiende a picar?
- 73 ¿Le resulta difícil concentrarse o memorizar?
- 74 ¿Siente regularmente pérdida de energía o agotamiento nervioso?
- 75 ¿Siente falta de autoestima o de confianza en sí mismo?
- 76 ¿Ha vivido un acontecimiento especialmente estresante y/o que no puede afrontar psicológicamente?
- 77 ¿Recuerda más fácilmente los acontecimientos antiguos que los recientes?
- 78 ¿Siente pérdida de equilibrio, mareos, le zumban los oídos u oye peor que antes?
- 79 ¿Tiene el hábito de exponerse excesivamente al sol o ha sufrido muchas quemaduras solares desde la primera infancia?
- 80 ¿Se despierta con los músculos y las articulaciones "rígidas"?