Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuestionario sobre la ingesta de alimentos:**

1. ¿Cuánto tiempo lleva de sobrepeso?
2. ¿Cuál era su peso cuando era adolescente?
3. ¿Qué eventos provocaron su aumento de peso?
4. ¿Cuántas veces comes en un día?
5. ¿Tienes desayuno todos los días?
6. Que comes usualmente en tu desayuno?
7. Que comes usualmente en tu almuerzo?
8. ¿A qué hora cenas? Que comes usualmente en tu cena?
9. ¿Comes un aperitivo antes de acostarse?
10. ¿Se despierta por la noche hambriento o ansioso incapaz de dormir?
11. ¿Hay un momento en particular en el día que anhelan los dulces?
12. ¿Cuáles son los bocadillos y comidas que más comes?
13. ¿Cuáles son los bocadillos y los alimentos que no te importan?
14. ¿Te gusta comer frutas y verduras? ¿Qué verduras o frutas comes más?
15. ¿Tiene evacuaciones diarias?
16. ¿Utiliza azúcar o edulcorantes regulares en sus alimentos / bebidas?
17. ¿Te gusta cocinar?
18. ¿Trabajas? ¿Cuales son tus horarios?
19. ¿Usted vive solo? ¿Hay niños que viven con usted?
20. ¿Has probado dietas en el pasado?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * cabbage soup diet
 | * Weight Watchers
 | * Atkins
 |
| * South Beach Diet
 | * Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |

1. ¿Cuál fue la dieta que fue capaz de perder más peso?
2. ¿Por qué no siguió con esta dieta?
3. ¿Puede identificar los carbohidratos, proteínas o grasas en una comida?
4. ¿Sabes cuál es el índice glucémico?
5. ¿Posee una balanza para controlar su peso?
6. ¿Posee una balanza para pesar su comida?

**Cuestionario de ejercicio de la obesidad:**

1. ¿Qué tipo de actividad física disfrutas? Marque todo lo que corresponda:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Bailando
 | * Bicicleta
 | * Trotar
 |
| * Nadando
 | * Caminando
 | * Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

1. ¿Le duelen las rodillas?
2. ¿Te duelen los brazos?
3. ¿Te duele la espalda?
4. ¿Qué tipo y cuánta actividad física haces en una semana?