

**Cuestionario de vida saludable**

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

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

¿Qué le gustaría mejorar en cuanto a su salud? ¿Qué ha intentado para resolver estos problemas? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus mayores retos en la solución de estos problemas? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de estos problemas? Por favor marque con una X y describa a continuación.

Problemas de la piel	Problemas cardiovasculares	Problemas neurológicos
Depresión/Ansiedad	Cansancio	Dificultad para respirar
Pérdida del gusto	Pérdida de peso inexplicable	Problemas en los ojos
Problemas de la sangre	Problemas psiquiátricos	Diarrea
Desmayos	Pérdida de memoria	Pérdida del equilibrio
Problemas con la vejiga	Problemas de oído, nariz, boca o sinusitis	Problemas inmunológicos
Problemas reproductivos	Dolor en el pecho	Estreñimiento
Frío en las extremidades	Fiebre Inexplicable	Problemas para dormir
Dolor profundo/lo despierta en la noche		

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere por favor sus 5 alimentos favoritos que no son saludables:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus horas acostumbradas para hacer sus comidas?

Desayuno: \_\_\_\_\_ Almuerzo: \_\_\_\_\_ Cena: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su hora acostumbrada de dormir? ¿A qué hora se acostumbra levantar?

\_\_\_\_\_

¿Se despierta por la mañana sintiéndose renovado/a y con hambre?

\_\_\_\_\_

¿A menudo se siente cansado/a durante el día? ¿A menudo siente cansancio después de comer?

\_\_\_\_\_

¿A menudo usted come hasta inflarse o hasta que usted siente que ha comido en exceso?

\_\_\_\_\_

¿A menudo usted come a pesar de que usted realmente no tiene hambre?

\_\_\_\_\_

¿A menudo se siente como si algo se ha quedado atascado en su intestino o tiene un sentido de llenura a pesar de que usted no ha comido recientemente?

\_\_\_\_\_

¿Después de comer, experimenta congestión en la nariz o en la garganta?

\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces come fuera de su casa a la semana?

\_\_\_\_\_

¿A menudo usted se traga su comida sin masticala cuidadosamente?

\_\_\_\_\_

¿A menudo usted come mientras esta estresado/a?

\_\_\_\_\_

¿Tiene una evacuación intestinal menos frecuente de cada dos días?

---

¿Usted tiene flatulencia con mal olor frecuentemente?

---

¿A menudo tiene mal aliento?

---

¿Sus evacuaciones intestinales a menudo son acuosas?

---

¿Con qué frecuencia usted toma un baño de sol (en clima agradable) con la mayor parte de su cuerpo expuesto?

---

¿Toma más de dos bebidas alcohólicas por semana? Si ( ) No ( ) ¿Cuántas? \_\_\_\_

¿Usted toma más de una taza de café al día? Si ( ) No ( ) ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

¿Usted bebe leche de vaca regularmente? Si ( ) No ( )

¿Vive solo/a? Si ( ) No ( )

Si usted vive con alguien más, ¿tiene dificultades para llevarse bien con ellos?

---

¿Qué le gustaría hacer cuando tiene tiempo libre?

---

¿Está usted bajo estrés financiero severo? Si ( ) No ( )

¿Usted toma menos de tres vasos llenos de agua al día? Si ( ) No ( )

¿Hace ejercicio regularmente? Si ( ) No ( )

¿Cuántos días a la semana? \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría sus hábitos alimenticios? ( ) Bueno, ( ) Malo, ( ) Mediocre.

¿Cómo calificaría sus hábitos de sueño? ( ) Bueno, ( ) Malo, ( ) Mediocre.