

The Aesthetic and Wellness Center, PLC
Evaluación

Peso Actual: _____

____ 7 a 12 meses
____ más de 12 meses

Talla: _____

¿En cuanto tiempo le gustaría llegar a su peso ideal? _____

¿Qué otros métodos para perder peso ha tratado?

____ Weight Watchers
____ Otros centros dietéticos
____ Libro de dietas
____ Supervisión médica
____ Lo intentó usted mismo

¿Cuánto pesó a los 20 años? _____

¿Cuánto pesó hace 1 año? _____

¿Cuándo empezó a ganar peso?

____ Después de dar a luz
____ Después de casarse
____ Después de cambiar de empleo
____ Durante períodos de estrés
____ Otros causas (explique)

¿Porqué no continuó o dejó las dietas?

____ Aburrimiento
____ Hambre
____ Estrés
____ Necesitó más orientación
____ Otra causa

¿Desde hace cuanto tiempo sufre usted de sobrepeso/obesidad?

____ menos de 1 año
____ 2 a 5 años
____ 6 a 10 años
____ + de 10 años

¿Cuál ha sido la causa o dificultades que ha encontrado mientras ha hecho una dieta?

¿Cuál es la razón que usted piensa está causando su sobrepeso/obesidad?

____ Comer muy frecuentemente
____ Comidas altas en calorías
____ Falta de ejercicio
____ Herencia
____ Otros causas (explique)

¿Le ha su médico recomendado que baje de peso?

____ Sí ____ No

¿Cuántas comidas come durante el día? _____

¿Padece usted de algún problema de salud asociado con su sobrepeso/obesidad?

¿Cuántas veces a tratado seriamente en perder peso? _____

¿Porqué desea bajar de peso?

____ Razones sociales
____ Apariencia personal
____ Problemas de salud
____ Complacer familiares y amigos
____ Por alguna ocasión en especial
____ Otras (explique)

¿Por cuánto tiempo ha podido permanecer en una dieta?

____ un mes ó menos
____ 2 a 6 meses

¿Su esposo(a) le ha entusiasmado en perder peso? ____ Sí ____ No

Explique _____

¿Qué tan importante es para usted perder peso?
 Muy importante
 Importante
 No tan importante

¿Trabaja usted fuera de la casa?
 No
 Medio tiempo
 Tiempo completo

¿Cuántos años tiene usted?
 Menos de 18
 18 a 24
 25 a 34
 35 a 49
 50 a 64
 Más de 64 años

¿Cuál es su estado civil?
 Casada(o)
 Divorciada(o)
 Soltera(o)
 Viuda(o)
 Vive con un compañero(a)

¿Es su esposo(a), o compañero(a) obeso o sufre de sobrepeso?
 Sí No

¿Cuántos hijos tiene? _____
Edades _____

¿Son sus hijos obesos o sufren de sobrepeso?
 Sí No

¿Cuál ha sido su peso más bajo en los últimos 5 años? _____

¿Con que frecuencia come usted fuera de la casa?
 veces al día
 veces a la semana

¿Qué restaurantes usted frecuenta?

¿Con que frecuencia come usted comida rápida? _____

Diariamente
 Semanalmente

¿Quién planea y prepara las comidas en su casa?

¿Quién hace las compras de comida en su casa? _____

¿Hace usted una lista de compras?
 Sí No

¿En que día de la semana y a que hora compra su comida?

¿Es usted alérgica a alguna comida?
 Sí No
Explique _____

¿Qué tipo de comida no le gusta?

¿Qué tipo de comida le causa antojos?

¿A que hora del día usted se antoja con más frecuencia? _____

¿Toma usted café o té?
 Sí No
¿Si anoto sí, con que frecuencia?

¿Toma usted bebidas gaseosas?
 Sí No
¿Con que frecuencia? _____
¿Qué tipo y sabor? _____

¿Toma usted bebidas alcohólicas?
 Sí No
¿Qué tipo de licor? _____
¿Cuánto bebe diariamente? _____

¿Utiliza usted substitutos de azúcar?
 Sí No
¿Qué tipo? _____

¿Se levanta con hambre durante la noche? Sí No
¿Qué hace usted? _____

¿Cuáles son sus peores hábitos alimenticios?

¿Cuáles son sus abre bocas?

¿Qué tipo? _____

¿Cuándo los come? _____

¿Cuánto come? _____

¿Cuándo se siente muy estresado o nervioso, usted tiende a comer más?

___ Sí ___ No

¿Sufre todavía usted de estrés?

___ Sí ___ No

¿Fuma usted? ___ Sí ___ No

¿Qué come habitualmente en el desayuno? _____

A que hora come: _____

Dónde come: _____

Con quién come: _____

¿Qué come habitualmente en el almuerzo? _____

A que hora come: _____

Donde come: _____

Con quién come: _____

¿Qué come habitualmente en la cena?

A que hora come: _____

Donde come: _____

Con quién come: _____

Describe su condición energética habitual: _____

Actividad Física (chequea una)

___ Sedentario, no hace ejercicios regularmente; trabaja por lo general sentado

___ Su actividad física es leve. No hace ejercicios regularmente

___ Su actividad es moderada. Hace ejercicios por lo general durante los fines de semana

___ Su actividad física es intensa, por lo menos por 30 minutos 3 veces a la semana