

Balance de salud

Datos personales

Nombre y apellidos:

Edad:

Altura:

Peso:

TA:

FC:

Antecedentes médicos

Medicación:

Nombre o sustancia activa:

Dosificación y programación:

¿Desde cuándo?

Enfermedades/intervenciones

Sí

No

Año

Úlcera y/o acidez gástrica

Otras alteraciones digestivas

Estreñimiento

Hígado

Hepatitis A, B, C

Diabetes (tipo I o II)

Tiroides

Riñón

Sistema respiratorio

Asma

Cardiovascular

Piel

Sistema reproductivo

Menopausia

Trastornos osteomusculares

Hernia discal

Ojos y oídos

Cirugía

Prótesis de cadera

Anestesia General

Anestesia local (especificar)

Fracturas

Migrañas

Alergias

Hipertensión

Hipotensión

Colesterol alto



Enfermedades/intervenciones	Sí	No	Año
Glucosa en la sangre altos			
Hipertiroidismo			
Hipotiroidismo			
Antibiótico los últimos 6 meses			
Sufre de vértigo/mareos			
Otros			

Fecha de la última analítica de sangre:

Valores alterados:

Actividad física

Actividades que practica:

¿Cuántas horas semanales?

Factores de riesgo	Sí	No	Cantidad/día
Nicotina (cigarrillos, cigarros, pipa)			
Alcohol (aguardiente de vino, cerveza)			
Café			
Té			
Antecedentes Familiares de Riesgo			

Evolución del peso	Sí	No	Desde cuándo
Mi peso aumenta			
Mi peso es estable (+/-3 kg)			
Mi peso disminuye			
Comidas regulares			
Sudoración			

Factores de sensibilidad	Sí	No	¿Cuánto? *
Hipersensibilidad al frío y caliente			
Sensibilidad a los cambios de clima			
Nerviosismo			
Estrés			

*Valore del 5 (máximo) al 1 (mínimo) en función de la intensidad

Sueño	Sí	No		
Bueno				
Malo				
Frecuentes despertares				
Dificultad para dormirse				
Despertar antes de la hora				
Factores alimenticios				
¿Cuántas veces come al día?				
Sensación de sed?				
¿Cuántas veces come fruta/verdura al día?				
¿Cuántos días por semana come fuera de casa?				

Contraindicaciones del ayuno

Este programa está dirigido a personas adultas que gocen de buena salud. Está estrictamente contraindicado durante el embarazo, la lactancia, úlceras (de estómago o duodeno), trastornos psiquiátricos, alteraciones alimenticias, diabetes tipo 1 y delgadez excesiva.

Consentimiento

Declaro estar en posesión de buena salud, en condiciones físicas aptas para realizar las actividades descritas en el programa, y soy consciente de los riesgos y las contraindicaciones del ayuno.

Firmado