

Formulario de valoración metabólica

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

PARTE I

Enumere las 5 principales preocupaciones de salud en orden de importancia:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

PARTE II Marque con un círculo el número apropiado “0 - 3” en todas las preguntas a continuación.
0 como la menos preocupante/nunca a 3 como la más preocupante/siempre.

Categoría I				
Sentir que los intestinos no se vacían por completo	0	1	2	3
Dolor abdominal inferior al eliminar heces o gas	0	1	2	3
Constipación y diarrea alternadas	0	1	2	3
Diarrea	0	1	2	3
Constipación	0	1	2	3
Deposiciones duras, secas o pequeñas	0	1	2	3
Lengua saburral de restos “extraños” en la lengua	0	1	2	3
Eliminación de una gran cantidad de gases con mal olor	0	1	2	3
Más de 3 evacuaciones intestinales diarias	0	1	2	3
Uso frecuente de laxantes	0	1	2	3
Categoría II				
Eructos o hinchazón abdominal excesivos	0	1	2	3
Gases inmediatamente después de una comida	0	1	2	3
Aliento desagradable	0	1	2	3
Dificultad para evacuar los intestinos	0	1	2	3
Sensación de estar lleno durante y después de las comidas	0	1	2	3
Dificultad para digerir frutas y verduras; alimentos no digeridos en las heces	0	1	2	3
Categoría III				
Molestia, dolor o ardor de estómago 1-4 horas después de comer	0	1	2	3
¿Utiliza antiácidos con frecuencia?	0	1	2	3
Siente hambre una hora o dos después de comer	0	1	2	3
Ardor de estómago cuando se recuesta o se inclina hacia adelante	0	1	2	3
Alivio temporal con antiácidos, comida, leche, bebidas carbonadas	0	1	2	3
Los problemas digestivos se alivian con reposo y relajación	0	1	2	3
Ardor estomacal a causa de comidas picantes, chocolate, cítricos, pimientos, alcohol y cafeína	0	1	2	3
Categoría IV				
Las fibras duras y la fibra en general provocan constipación	0	1	2	3
Indigestión y sentirse lleno que dura 2-4 horas después de comer	0	1	2	3
Dolor o sensibilidad en el lado izquierdo debajo de la caja torácica	0	1	2	3
Excesiva eliminación de gases	0	1	2	3
Náuseas y/o vómitos	0	1	2	3
Heces no digeridas, con mal olor, tipo mucosidad, grasosas o sin forma	0	1	2	3
Orinar con frecuencia	0	1	2	3
Aumento de la sed y el apetito	0	1	2	3
Dificultad para perder peso	0	1	2	3

Categoría V				
Los alimentos grasosos o con gran contenido de grasa causan malestar.	0	1	2	3
Gases o hinchazón de la zona inferior de los intestinos varias horas después de comer	0	1	2	3
Sabor metálico y amargo en la boca, especialmente en la mañana	0	1	2	3
Piel que pica sin explicación	0	1	2	3
Tinte amarillento en los ojos	0	1	2	3
El color de las heces alterna entre color arcilla y marrón normal	0	1	2	3
Piel enrojecida, especialmente las palmas de las manos	0	1	2	3
Piel y/o pelo seco o descamado	0	1	2	3
Historial de ataques o piedras en la vesícula	0	1	2	3
Le han extraído la vesícula	Sí	No		
Categoría VI				
Ansiedad de dulces durante el día	0	1	2	3
Se irrita si se pierde una comida	0	1	2	3
Depende del café para pasar el día o para comenzarlo	0	1	2	3
Se marea si se pierde una comida	0	1	2	3
Comer alivia la fatiga	0	1	2	3
Se siente tambaleante, nervioso o tiene temblores	0	1	2	3
Agitado, nervioso, se altera fácilmente	0	1	2	3
Desmemoriado, olvidadizo	0	1	2	3
Visión borrosa	0	1	2	3
Categoría VII				
Fatiga después de las comidas	0	1	2	3
Ansiedad de dulces durante el día	0	1	2	3
Comer dulces no alivia su ansiedad de azúcar	0	1	2	3
Debe comer dulces después de las comidas	0	1	2	3
La circunferencia de la cintura es igual a la de las caderas o mayor	0	1	2	3
Orinar con frecuencia	0	1	2	3
Aumento de la sed y el apetito	0	1	2	3
Dificultad para perder peso	0	1	2	3
Categoría VIII				
No puede dormir	0	1	2	3
Ansiedad de sal	0	1	2	3
Le cuesta despertar en la mañana	0	1	2	3
Fatiga durante la tarde	0	1	2	3
Mareos cuando se pone de pie rápidamente	0	1	2	3
Dolores de cabeza por la tarde	0	1	2	3
Dolores de cabeza en casos de esfuerzo o estrés	0	1	2	3
Uñas débiles	0	1	2	3

Los grupos de síntomas enumerados en este folleto no se deben utilizar como diagnóstico para ninguna enfermedad. Sólo con fines nutricionales.

Categoría IX				
No puede dormirse	0	1	2	3
Transpira con facilidad	0	1	2	3
Bajo mucho estrés	0	1	2	3
Aumento de peso cuando se encuentra bajo estrés	0	1	2	3
Se levanta cansado después de 6 horas de sueño o más	0	1	2	3
Transpiración excesiva o transpiración después de poca o ninguna actividad	0	1	2	3
Categoría X				
Cansado, aletargado	0	1	2	3
Siente frío: en manos, pies, todo el cuerpo	0	1	2	3
Necesita cantidades excesivas de sueño para funcionar correctamente	0	1	2	3
Aumento de peso incluso con dietas de bajas calorías	0	1	2	3
Aumenta de peso fácilmente	0	1	2	3
Evacuaciones intestinales dificultosas e infrecuentes	0	1	2	3
Depresión, falta de motivación	0	1	2	3
Dolores de cabeza por la mañana que se van a medida que avanza el día	0	1	2	3
El tercio exterior de las cejas se afina	0	1	2	3
Adelgazamiento del pelo en el cuero cabelludo, la cara o los genitales o caída de pelo excesiva	0	1	2	3
Sequedad de la piel y/o del cuero cabelludo	0	1	2	3
Aletargamiento mental	0	1	2	3
Categoría XI				
Palpitaciones cardíacas	0	1	2	3
Temblores internos	0	1	2	3
Aumento del pulso incluso estando en reposo	0	1	2	3
Nervioso y emocional	0	1	2	3
Insomnio	0	1	2	3
Sudores nocturnos	0	1	2	3
Dificultad para aumentar de peso	0	1	2	3
Categoría XII				
Disminución del apetito sexual	0	1	2	3
Trastornos menstruales o falta de menstruación	0	1	2	3
Aumento de la capacidad para comer azúcares sin síntomas	0	1	2	3
Categoría XIII				
Aumento del apetito sexual	0	1	2	3
Reducción de la tolerancia a los azúcares	0	1	2	3
Dolores de cabeza de tipo agudo	0	1	2	3

Categoría XIV (Solo Hombres)				
Dificultad para orinar o goteo	0	1	2	3
Orinar con frecuencia	0	1	2	3
Dolor en el lado interior de las piernas o en los talones	0	1	2	3
Sensación de evacuación intestinal incompleta	0	1	2	3
Nerviosismo en las piernas a la noche	0	1	2	3
Categoría XV (Solo Hombres)				
Disminución de la libido	0	1	2	3
Disminución de erecciones matutinas espontáneas	0	1	2	3
Disminución de la plenitud de las erecciones	0	1	2	3
Dificultad para mantener erecciones matutinas	0	1	2	3
Períodos de fatiga mental	0	1	2	3
Incapacidad para concentrarse	0	1	2	3
Episodios de depresión	0	1	2	3
Dolor muscular	0	1	2	3
Disminución de la resistencia física	0	1	2	3
Aumento de peso sin explicación	0	1	2	3
Aumento de la distribución de la grasa alrededor del tórax y las caderas	0	1	2	3
Ataques de transpiración	0	1	2	3
Más emotivo que en el pasado	0	1	2	3
Categoría XVI (Solo Mujeres con Menstruación)				
Tiene perimenopausia	Sí	No		
Longitud variable de los ciclos menstruales	Sí	No		
Ciclo menstrual extendido, más de 32 días	Sí	No		
Períodos menstruales acortados, de menos de 24 días	Sí	No		
Dolor y calambres durante los períodos	0	1	2	3
Escaso flujo de sangre	0	1	2	3
Gran flujo de sangre	0	1	2	3
Dolor de los pechos e hinchazón durante los períodos menstruales	0	1	2	3
Dolor pélvico durante los períodos menstruales	0	1	2	3
Irritable y depresiva durante los períodos menstruales	0	1	2	3
Brotos de acné	0	1	2	3
Crecimiento de vello facial	0	1	2	3
Pérdida/adelgazamiento del pelo	0	1	2	3
Categoría XVII (Solo Mujeres en Menopausia)				
¿Hace cuántos años que está menopáusica?				
Desde la menopausia, ¿ha tenido sangrado uterino?	Sí	No		
Sofocos	0	1	2	3
Embotamiento mental	0	1	2	3
Desinterés por el sexo	0	1	2	3
Cambios de humor	0	1	2	3
Depresión	0	1	2	3
Relaciones sexuales dolorosas	0	1	2	3
Encogimiento de los senos	0	1	2	3
Crecimiento de vello facial	0	1	2	3
Acné	0	1	2	3
Aumento de dolor, sequedad o picazón vaginal	0	1	2	3

PARTE III

¿Cuántas bebidas alcohólicas consume por semana? _____ ¿Cuántas bebidas con cafeína consume por día? _____

¿Cuántas veces come fuera de su casa por semana? _____ ¿Cuántas veces por semana come frutas secas o semillas sin cocinar? _____

¿Cuántas veces por semana come pescado? _____ ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio? _____

Enumere los tres peores alimentos que consume durante una semana promedio: _____, _____, _____

Enumere los tres alimentos más saludables que consume durante una semana promedio: _____, _____, _____

¿Fuma? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas veces por día?: _____

Califique sus niveles de estrés en una escala de 1-10 durante la semana promedio: _____

Enumere los medicamentos que toma en la actualidad y para qué los toma:

Enumere los suplementos naturales que toma en la actualidad y para qué los toma: