

REGISTRO DE CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS DE TRES DÍAS

Persona que rellena el cuestionario:

Nombre y apellidos : _____

INSTRUCCIONES:

En el presente cuestionario debe anotar **todos los alimentos, bebidas, suplementos dietéticos y preparados** que el usted consuma durante **3 días, uno de los cuales debe ser festivo (domingo, preferentemente)**. Usted dispone de os hojas por día, la primera para anotar los alimentos consumidos por la mañana y la segunda para anotar los alimentos tomados por la tarde. No debe olvidar registrar aquellos alimentos que hayan sido tomados entre horas aperitivos, golosinas, comprimidos, soluciones, suplementos, etc., y tampoco olvide los vasos de agua o de otras bebidas tomadas en las comidas o entre comidas.

En la **primera columna** de cada hoja es importante que anote: la **hora de comienzo y finalización** de la comida, el lugar (casa, cafetería, restaurante, etc.) y el menú global, indicando la forma de preparación de los alimentos: microondas, cocido, frito, a la plancha, al horno, empanado, rebozado, etc.

En la **segunda columna** detalle **todos los ingredientes** de cada una de las comidas del día, especificando todos los detalles posibles sobre el alimento que consume, por ejemplo:

- indique, en caso de tenerla, la marca comercial.
- si el alimento es normal, bajo en calorías o enriquecido
- si la leche es entera, desnatada o semidesnatada o el yogurt entero, desnatado o enriquecido,
- el tipo de queso: en porciones, manchego, roquefort....
- el tipo de aceite (oliva, girasol...)
- la sal (normal o yodada)
- si consume mantequilla o margarina.
- el tipo de pan (blanco, integral o de molde)
- el tipo de bebida (agua, refrescos, zumos, etc.)

En la **última columna**, indique la **cantidad** de cada alimento que su hijo/a haya tomado con la mayor precisión posible. Si puede pesar el alimento consumido hágalo y apúntelo. En caso de no ser posible, utilice medidas caseras: vasos, tazas, cucharadas, etc., por ejemplo:

Alimentos líquidos:

- Vaso o copa (pequeño, mediano, grande)
- Taza (pequeña, mediana, grande)

Alimentos sólidos

- Plato llano, soper o de postre (colmado o raso)
- Cucharón
- Cuchara (sopera, mediana, pequeña)
- Pan (rebanada, barra de pan $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1)
- Fruta (piezas o porciones)
- Aperitivos (unidades)

No olvide anotar los alimentos que deja en el plato sin consumir.

Cualquier duda o aclaración que quiera hacer constar al ir relleno el cuestionario, puede anotarla en la parte posterior de las hojas del mismo.

DÍA 1.-

FECHA:

ALIMENTOS, BEBIDAS, SUPLEMENTOS Y DIETÉTICOS CONSUMIDOS POR LA MAÑANA		
DESAYUNO	Alimentos (ingredientes menú)	Cantidad (g) o tamaño de ración o porción
Hora de inicio:		
Hora de finalización:		
Lugar:		
Casa <input type="checkbox"/>		
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>		
Menú:		
Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
MEDIA MAÑANA		
Hora de inicio:		
Hora de finalización:		
Lugar:		
Casa <input type="checkbox"/>		
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>		
Menú:		
Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
COMIDA		
Hora de inicio:		
Hora de finalización:		
Lugar:		
Casa <input type="checkbox"/>		
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>		
Menú:		
Primer plato		
Segundo plato:		
Postre:		
Pan (tipo):		
Bebida:		
Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Por favor **no olvide** especificar el inicio y final de la comida. Además, le recordamos que debe dar el máximo detalle de los ingredientes de los platos, así como la cantidad (en gramos o medidas caseras) y tipo de alimento consumido (entero, semidesnatado, desnatado, light, azucarado, enriquecido en calcio, en vitamina D, etc.). Tampoco olvide indicarnos si toma algún suplemento, su nombre y cantidad.

DÍA 2.-

FECHA:

ALIMENTOS, BEBIDAS, SUPLEMENTOS Y DIETÉTICOS CONSUMIDOS POR LA TARDE

MERIENDA	Alimentos (ingredientes menú)	Cantidad (g) o tamaño de ración o porción
Hora de inicio: Hora de finalización: Lugar: Casa <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <input type="checkbox"/> Menú: Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
CENA		
Hora de inicio: Hora de finalización: Lugar: Casa <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <input type="checkbox"/> Menú: Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
ENTRE HORAS/RECENA		
Hora de inicio: Hora de finalización: Lugar: Casa <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <input type="checkbox"/> Menú: Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Por favor **no olvide** especificar la hora de inicio y final de la comida. Además, le recordamos que debe dar el máximo detalle de los ingredientes de los platos, así como la cantidad (en gramos o medidas caseras) y tipo de alimento consumido (entero, semidesnatado, desnatado, light, azucarado, enriquecido en calcio, en vitamina D, etc.). Tampoco olvide indicarnos si toma algún suplemento, su nombre y cantidad.

DÍA 3.-

FECHA:

ALIMENTOS, BEBIDAS, SUPLEMENTOS Y DIETÉTICOS CONSUMIDOS POR LA MAÑANA		
DESAYUNO	Alimentos (ingredientes menú)	Cantidad (g) o tamaño de ración o porción
Hora de inicio:		
Hora de finalización:		
Lugar:		
Casa <input type="checkbox"/>		
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>		
Menú:		
Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
MEDIA MAÑANA		
Hora de inicio:		
Hora de finalización:		
Lugar:		
Casa <input type="checkbox"/>		
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>		
Menú:		
Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
COMIDA		
Hora de inicio:		
Hora de finalización:		
Lugar:		
Casa <input type="checkbox"/>		
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>		
Menú:		
Primer plato		
Segundo plato:		
Postre:		
Pan (tipo):		
Bebida:		
Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Por favor **no olvide** especificar el inicio y final de la comida. Además, le recordamos que debe dar el máximo detalle de los ingredientes de los platos, así como la cantidad (en gramos o medidas caseras) y tipo de alimento consumido (entero, semidesnatado, desnatado, light, azucarado, enriquecido en calcio, en vitamina D, etc.). Tampoco olvide indicarnos si toma algún suplemento, su nombre y cantidad.

DÍA 3.-

FECHA:

ALIMENTOS, BEBIDAS, SUPLEMENTOS Y DIETÉTICOS CONSUMIDOS POR LA TARDE		
MERIENDA	Alimentos (ingredientes menú)	Cantidad (g) o tamaño de ración o porción
Hora de inicio:		
Hora de finalización:		
Lugar:		
Casa <input type="checkbox"/>		
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>		
Menú:		
Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
CENA		
Hora de inicio:		
Hora de finalización:		
Lugar:		
Casa <input type="checkbox"/>		
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>		
Menú:		
Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
ENTRE HORAS/RECENA		
Hora de inicio:		
Hora de finalización:		
Lugar:		
Casa <input type="checkbox"/>		
Otros (especificar) <input type="checkbox"/>		
Menú:		
Comida especial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Azúcar/edulcorante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Sal (tipo): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Por favor **no olvide** especificar la hora de inicio y final de la comida. Además, le recordamos que debe dar el máximo detalle de los ingredientes de los platos, así como la cantidad (en gramos o medidas caseras) y tipo de alimento consumido (entero, semidesnatado, desnatado, light, azucarado, enriquecido en calcio, en vitamina D, etc.). Tampoco olvide indicarnos si toma algún suplemento, su nombre y cantidad.