



Fecha

Paciente Número

**1. ¿Cuáles son sus hábitos alimentarios?**  
(marque todas las que correspondan)

- Tengo restricciones dietéticas
- No tengo hábitos alimentarios especiales
- Soy vegetariano
- Sigo una dieta vegana
- Sigo una dieta libre de gluten
- Evito añadir azúcar
- Evito los carbohidratos
- Sigo una dieta baja en grasa
- Sigo una dieta sin lactosa pues soy intolerante
- Otra dieta especial debido a alergias / intolerancias
- Otro



**2. ¿Dónde residía antes de su actual ingreso en el hospital?**

- En casa
- En una residencia, hogar de ancianos o de cuidados intermedios
- He sido trasladado desde otro hospital
- Otro

**3. En general, ¿es usted capaz de caminar?**

- Sí
- Sí, con la ayuda de alguien
- Sí, con bastón, silla de ruedas, o muletas
- No, tengo una silla de ruedas
- No, estoy en la cama



**4. En general, ¿Ud diría que su salud es ?**



Muy buena



Buena



Regular



Mala



Muy mala

**5. Durante los últimos 12 meses anteriores a su ingreso en el hospital actual, aproximadamente ...**

- ... ¿Cuántas veces ha visitado al médico?
- ... ¿Cuántas veces ha sido ingresado en un hospital (urgencias, cualquier servicio)?
- ... ¿Cuántas noches en total ha pasado en el hospital?

  
  


Número de veces  
Número de veces  
Número de noches



**6. ¿Cuántos medicamentos diferentes toma durante el día? (Antes de la hospitalización)**

- 1-2
- 3-5
- Más de 5
- Ninguna
- No sabe



**7. ¿Tiene seguro médico?**

- Sí, seguro privado solamente
- Sí, seguro social solamente
- Sí, ambos
- No
- Prefiero no contestar

**8. Su peso hace 5 años**

 kg

No sabe

**9a. ¿Ha perdido peso durante los últimos tres meses?**

- Sí, intencionalmente
- Sí, sin intención
- No, mi peso sigue siendo el mismo
- No, he ganado peso
- No sabe



**9b. En caso afirmativo, ¿cuántos kilos ha perdido?**

 kg

No sabe

**10. ¿Sabía que sería hospitalizado dos días antes del ingreso?**

Sí  No

**11. Por favor indique si...**

- |   |                          |                          |                               |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| ...usted fue pesado al ingreso                                  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> No sabe |
| ... se le informó acerca de su estado nutricional               | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>         |
| ... se le informó acerca de las opciones de soporte nutricional | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>         |
| ... usted recibió un soporte nutricional especial               | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>         |

**12. ¿Cómo comió la semana anterior de ser ingresado hospitalizado?**

- Más de lo normal
- Normal
- Aproximadamente unos 3/4 de lo normal
- Aproximadamente la mitad de lo normal
- Aproximadamente entre un cuarto y casi nada



Continúe en la página siguiente por favor 3b

www.nutritionDay.org



Fecha

Paciente Número

13a. Por favor indique qué cantidad ha comido en la comida principal que le ha sido ofrecida en el hospital el día HOY



casi todo



1/2



1/4



nada

13b. La porción de la comida que solicitó el día de HOY era ...

- Normal  
 Menor  
 Mayor  
 No sabe

14. En general, ¿qué tan satisfecho está usted con la comida en el hospital?

- Muy satisfecho  
 Algo satisfecho  
 No satisfecho  
 Muy poco satisfecho  
 Neutral  
 No sabe

15. ¿Recibió usted alguna ayuda para comer hoy día?

- Sí, por parte de familiares o amigos  
 Sí, por parte de personal hospitalario  
 No

16. ¿Ha podido comer sin interrupciones en el día de hoy ?  Si  No

17. En caso de no haber comido todo de su plato, por favor indíquenos por qué (marque todo lo que corresponda)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No me gustó el tipo de comida ofrecida                       | <input type="checkbox"/> Tengo problemas para tragar o masticar                          |
| <input type="checkbox"/> No me gustó el olor de la comida ofrecida                    | <input type="checkbox"/> Normalmente como menos de lo que me sirven                      |
| <input type="checkbox"/> No me gustó el sabor de la comida ofrecida                   | <input type="checkbox"/> Tuve náuseas / vómito   |
| <input type="checkbox"/> La comida no respecta mis preferencias culturales/religiosas | <input type="checkbox"/> Estaba demasiado cansado  |
| <input type="checkbox"/> La comida estaba demasiado caliente                          | <input type="checkbox"/> No puedo comer sin ayuda  |
| <input type="checkbox"/> La comida estaba demasiado fría                              | <input type="checkbox"/> No se me permitía comer   |
| <input type="checkbox"/> Debido a alergia/ intolerancia                               | <input type="checkbox"/> Tuve una prueba, un procedimiento o una cirugía y no pude comer |
| <input type="checkbox"/> No tenía hambre a la hora que fue ofrecida la comida         | <input type="checkbox"/> No recibí la comida solicitada                                  |
| <input type="checkbox"/> Tengo menos apetito de lo habitual                           |  |



18. Agregue el número de vasos/tazas de bebidas que Ud consumió durante las últimas 24 horas

Agua  
Té

Café  
Leche

Zumo de frutas  
Bebidas no alcohólicas

Suplemento nutricional oral  
Otro

19a. ¿Comió usted alguna otra comida aparte de la ofrecida por el hospital en el día de hoy?  Si  No

19b. En caso afirmativo, ¿qué comió?

- Alimentos dulces  
 Alimentos salados  
 Comida casera  
 Fruta  
 Leche y derivados  
 Comida ordenada/ restaurante  
 Bocadillo  
 Otro

20. ¿Cómo ha cambiado su ingesta de alimentos desde que fue ingresado en el hospital ?

- Aumentó  
 Disminuyó  
 Está igual  
 No sabe

21. HOY me siento...

- Más fuerte que en el día del ingreso  
 Más débil que en el día del ingreso  
 Estoy igual que en el día del ingreso  
 He ingresado hoy  
 No sabe



22. ¿Puede caminar sin ayuda en el día de HOY?  Si  No, sólo con ayuda  No, me encuentro en la cama

23. ¿Le han ayudado a llenar este cuestionario?  Si  No