



nutritionDay  
worldwide

## nutritionDay en Atención Primaria

### Cuestionario

### Paciente

**Número de paciente**

**Año de nacimiento (AAAA)**

**Peso (kg)**

**Talla (cm)**


**Sexo**  Femenino  Masculino  Otro

**6. ¿Cuánto de su comida principal comió AYER?**



Casi todo



1/2



1/4



Nada

**1. Hoy, vine al médico porque:\***

- Tengo dolor
- Me siento cansado/débil
- Tengo fiebre/resfriado
- Vacunación
- Tengo síntomas nuevos
- Es una visita regular
- Tengo una erupción cutánea
- Otros motivos



**7. Si no comió todo de su comida ayer, por favor, especifique por qué:\***

- No tengo el apetito habitual
- No me gusta el olor/sabor de las comidas
- Tengo problemas para masticar/tragar
- No tenía hambre
- No tenía permitido comer
- Estaba muy cansado
- Otros motivos
- No aplica
- No lo sé



**2. Estoy experimentando estos síntomas/signos:\***

- Boca seca
- Dolor después de comer
- Estreñimiento
- Náuseas/Vómitos
- Dificultad para masticar/tragar
- Problemas dentales
- Distensión
- Diarrea
- Ninguno de los anteriores



**8. ¿Ha estado hospitalizado o tuvo una cirugía recientemente?**

	Hospitalizado	Cirugía
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, en el último mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, en el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, hace más de un año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. ¿Ha perdido peso en los últimos 3 meses?**

- Si, intencionalmente
  - Si, sin intención
- Por favor especificar cuánto:
- 0-2 kg
  - 2-4 kg
  - 4-6 kg
  - 6-8 kg
  - >8 kg
- No, mi peso se mantuvo igual
  - No, he ganado peso
  - No lo sé



**9. ¿Puede Ud. caminar sin asistencia hoy?**

- Si
- Si, de forma independiente con bastón, andador o muletas
- No, únicamente con asistencia
- No, uso una silla de ruedas



**10. ¿Qué tan bien se siente Ud. hoy?**



Muy bien



Bien



Regular



Mal



Muy mal

**4. Por favor, seleccione qué dieta sigue:\***

- Tengo restricciones dietéticas
- Tengo alergia a alimentos
- Consumo una dieta vegana o vegetariana
- Como poca carne
- Como alimentos ricos en proteínas
- No tengo una dieta específica



**11. ¿Cuántos medicamentos toma Ud. por día?**

Ninguno

1-2

3-4

5-6

más de 6



**5. ¿Cuánto comió la SEMANA PASADA?**

- Más de lo normal
- Normal
- Aproximadamente 3/4 de lo normal
- Aproximadamente 1/2 de lo normal
- Aproximadamente 1/4 o casi nada
- No lo sé



**Por favor, entregue este formulario a su médico.**

**Gracias por participar**  
**en la Jornada de Nutrición en Atención Primaria.**  
www.nutritionDay.org

2023  
V1  
ESPAÑOL  
SPANISH  
CC BY-NC-ND



\* Múltiples opciones posibles



nutritionDay  
worldwide

**nutritionDay en Atención Primaria**

**Cuestionario**

**Profesional de Salud / Médico**

**Center code:**

  


**Doctor code:**

*(para todas las profesiones sanitarias)*

**Número de paciente**

  
  
  
  


**Día visita (dd.mm.aa)**

Visita domiciliaria

Si  No

Consentimiento informado del paciente

Si  No

**Última visita**

- <2 semanas  
 2-4 semanas  
 1-3 meses  
 3-12 meses  
 >1 año

**El paciente viene por:\***

- Primera visita/Paciente nuevo  
 Problemas a corto plazo  
 Problemas a largo plazo  
 Vacunación  
 Visita regular por enfermedad crónica  
 Chequeo de salud  
 Otros motivos

**1. ¿Cuál es el motivo principal de la visita?\***

**DIAGNÓSTICO CIE-10**

- Sistema nervioso   
 Salud mental   
 Ojo y sus anexos   
 Oído y el apófisis mastoideo   
 Sistema circulatorio   
 Sistema respiratorio   
 Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas   
 Sistema digestivo   
 Sistema genitourinario   
 Sistema músculo-esquelético y tejido conectivo   
 Piel y tejido subcutáneo   
 Enfermedades infecciosas y parasitarias   
 Neoplasia   
 Sangre y órganos hematopoyéticos y el mecanismo inmune   
 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio   
 Causas externas de morbilidad y mortalidad (ej.: accidentes de tránsito, agresiones)   
 Embarazo, parto y puerperio   
 Condiciones originadas en el período perinatal   
 Anomalías congénitas/cromosómicas   
 Traumatismos, envenenamiento   
 Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud   
 Ninguna de las anteriores

**2. ¿Qué condiciones/comorbilidades tiene el paciente?\***

**COMORBILIDADES ESPECÍFICAS**

- Enfermedad cerebrovascular  
 Demencia  
 Trastorno depresivo mayor  
 Trastorno mental crónico  
 Infarto de miocardio  
 Insuficiencia cardíaca  
 Enfermedad pulmonar crónica  
 Enfermedad hepática crónica  
 Enfermedad renal crónica  
 Problemas/enfermedad gastrointestinal  
 Problemas/enfermedad urológica  
 Enfermedad músculo-esquelético  
 Artritis  
 Problemas de piel  
 Enfermedad vascular periférica

**COMORBILIDADES GENERALES**

- Dolor  
 Fatiga  
 Infección  
 Diabetes  
 Hipertensión  
 Hiperlipemia  
 Enfermedad endócrina  
 Cáncer (activo)  
 Historia de cáncer  
 Otra enfermedad crónica

- OTRAS COMORBILIDADES**  
 **SIN COMORBILIDADES**

**3. Terapia nutricional**

En curso Planificada

	En curso	Planificada
Alimentos normales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentos fortificados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suplementos de proteína/energía (ej.: SNO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutrición enteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutrición parenteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dieta especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consejo dietético	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4. Planifique los próximos pasos durante el nutritionDay\***

- Prescribir nueva terapia médica  
 Tomar licencia por enfermedad en el trabajo  
 Enviar a un especialista  
 Enviar a consejo dietético  
 Enviar a fisioterapia  
 Enviar al hospital  
 Planificar cuidados prolongados  
 Solicitar pruebas de laboratorio, pruebas especiales  
 Sin planificación del paso siguiente  
 Planificación de próxima visita

**5. Resultados del paciente luego de 6 meses del nDay**

- Número de visitas al médico de atención primaria incluyendo correos electrónicos y llamadas telefónicas  
 Números de días en hospital

- Terapia nutricional iniciada  
 Nutrición enteral  
 Nutrición parenteral  
 Suplementos de proteína/energía  
 Dieta especial  
 Consejo dietético  
 Admitido a cuidados prolongados  
 Problema de salud resuelto  
 Sin necesidad de seguimiento  
 Sin seguimiento posible  
 Tratamiento continuo/otro  
 Muerte

**Gracias por participar en la Jornada de Nutrición en Atención Primaria.**  
 www.nutritionDay.org

2023  
 V1  
 ESPAÑOL  
 SPANISH  
 CC BY-NC-ND



\* Múltiples opciones posibles