

# CUESTIONARIO DE RECUERDO DE 24H

## DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

FECHA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO:

TELÉFONO PACIENTE:

## RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. Marque con un círculo si el día de ayer fue:      **Laborable**      **Festivo**      **Víspera de festivo**
2. Marque con un círculo si la alimentación de ayer fue similar a la de otros días: **SÍ**      **NO**
3. Marque con un círculo si comió alimentos más energéticos o calóricos: **SÍ**      **NO**

**INDIQUE LOS ALIMENTOS QUE TOMÓ EL DÍA DE AYER**

	Alimentos consumidos	Modo de preparación	Cantidad aproximada
<b>DESAYUNO</b>			
<b>ALMUERZO</b>			
<b>COMIDA</b>			
<b>MERIENDA O ENTRE HORAS</b>			
<b>CENA</b>			