

21 al 100

dieta de eliminación

Para responder a este cuestionario:

Piensa en los síntomas que presentas en los últimos 6 meses.

Si son:

Ausentes el puntaje es **0**

Ocasionales pero leves **1**

Ocasionales pero severos **2**

Frecuentes pero leves **3**

Frecuentes y severos **4**

De este modo alcanzaras un puntaje y si este suma más de 30 deberías hacer cambios de estilo de vida y seguir una dieta de eliminación ya que es un buen comienzo para "resetearse" y conocerte.

	Fecha inicio	21 días despues	60 días despues
Edad			
Talla			
Peso			

CABEZA

Dolores de cabeza			
Desvanecimiento			
Mareo			
insomnio			

OJOS

Lagrimero o comezón			
P. hinchados, enrojecidos, pegajosos			
Bolsas ojeras debajo ojos			
visión borrosa o de túnel			

NARIZ

Congestión nasal			
Sinusitis			
Estornudos			
Formación de moco excesiva			

BOCA Y GARGANTA

Tos frecuente			
carraspera			
Dolor garganta ronquera, p. de la voz			
Lengua labios o encías hinchadas o descoloridas			
Aftas			

PIEL

Acné			
Urticaria, erupciones, piel seca			
Perdida del cabello			
Rubor, sofocos			
Sudoración excesiva			

CORAZON

Latidos irregulares			
Palpitaciones			
Dolor en pecho			

PULMONES

Congestión en el pecho			
Asma o bronquitis			
Dificultad para respirar			
Ahogo falta de aire			

TRACTO DISGESTIVO

Nausea o vomito			
diarrea			
Estreñimiento			
Sensación de distensión			
Eructos			
Agrieras			
Dolor abdominal			

ARTICULACIONES/MÚSCULOS

Dolor en articulaciones			
Artritis			
Rigidez o limitación para el movimiento			
Dolor o molestias musculares			
Sensación de debilidad o cansancio			

PESO

Atoramiento al comer y beber			
Ansiedad por ciertas comidas			
Peso excesivo			
Comer compulsivamente			
Retención de líquidos			
Bajo peso			

ENERGIA Y ACTIVIDAD

Fatiga o lentitud			
Hiperactividad			

MENTE

Pobre memoria			
Mala concentración			

EMOCIONES

Cambios de ánimo			
Ansiedad, miedo y nerviosismo			
Rabia, irritabilidad, agresividad			
Depresión			

OTROS

Enfermedades frecuentes			
Orina frecuente o infecciones			
Secreción o comezón genital			
TOTAL			

Quisiéramos que empieces recordando y escribiendo la razón por la cual estás haciendo esta dieta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cuando tenemos claro un propósito, los días difíciles se vuelven más fáciles y es más probable a que terminemos las cosas.

Ahora escribe tus tres principales metas para estos 21 días:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....

Tip: busca que tu propósito no solamente tenga un impacto sobre ti, sino sobre los demás. Por ejemplo, si estás haciendo la dieta porque quieres sanarte de una mala digestión, piensa cómo esto impactaría tu vida y la de las personas que más amas.

.....

Para que estés preparado y tu dieta sea un éxito, es importante que identifiques aquellos obstáculos que puedes encontrar en el camino y de esta manera te prepares ante ellos.

Ejemplos de obstáculos son viajes inesperados, amigos que te invitan a comer helado, un novio que te dice que qué bobada hacer la dieta, un cumpleaños de alguien querido, etc.

Enlista los tres principales obstáculos que puedes encontrar en los siguientes 21 días:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ahora, escribe como puedes prepararte para que estos obstáculos no dañen tus objetivos:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....

Te aconsejamos que escribas tus metas en un papel y las pegues en la nevera, o pongas una alarma en tu celular con ellas para que todos los días recuerdes tus metas y tu motivación.

.....

Checklist de actividades

Aquí puedes llevar un registro de qué actividades has realizado en estos días:

01.	02.	03.	04.	05.	06.	07.
08.	09.	10.	11.	12.	13.	14.
15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.

Diario de todos los días.

Día: _____

Alimentos y bebidas (cantidad, tipo) Cómo me sentí al comer esto?

Desayuno		
Media mañana		
Almuerzo		
Media tarde		
Cena		

¿Cuántas horas dormí?

¿Qué ejercicio hice hoy?

¿Cómo me sentí ante el

¿Qué hice para fortalecer

¿Qué tan bien dormí?

¿Cómo me sentí?

estrés?

mis relaciones?

--	--	--



Reintroducción de alimentos - Registro de síntomas

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Reintroduzca solo un nuevo alimento a la vez. Consúmalo de 2 a 3 veces en el mismo día, deje de consumirlo y, luego, espere 48 horas para ver si hay alguna reacción. Evalúe su respuesta durante este tiempo y mantenga un registro de sus síntomas en la gráfica que se muestra a continuación. Si no hay reacción, puede mantener ese alimento en su plan alimenticio y continuar con la reintroducción del próximo alimento. Si no está seguro de haber tenido una reacción, vuelva a probar el alimento del mismo modo. Si necesita más espacio, copie la gráfica en blanco en otra página.

	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4
Hora				
Alimento				
Digestión/ actividad intestinal				
Dolores musculares/ articulares				
Dolor de cabeza/ presión				
Congestión nasal o torácica				
Función de los riñones/ de la vejiga				
Piel				
Nivel de energía				
Sueño				
Otros síntomas				