

BALANCE DE SALUD

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:	Edad:
Peso:	Altura:
TA:	FC:

ANTECEDENTES MÉDICOS

Medicación:
Nombre o sustancia activa:
Dosificación y programación:
¿Desde cuándo?

INYECCIONES PARA PERDER PESO	SÍ	NO	AÑO
Ozempic	☐	☐	
Wegoby	☐	☐	
Mounjaro	☐	☐	
Otro:	☐	☐	

ENFERMEDADES/INTERVENCIONES	SÍ	NO	AÑO
Úlcera y/o acidez gástrica	☐	☐	
Otras alteraciones digestivas	☐	☐	
Estreñimiento	☐	☐	

Hígado

Hepatitis A, B, C	☐	☐	
Diabetes (tipo I o II)	☐	☐	
Tiroides	☐	☐	
Riñón	☐	☐	

Sistema respiratorio

Asma	☐	☐	
Piel	☐	☐	

Sistema reproductivo

Menopausia	☐	☐	
Trastornos osteomusculares	☐	☐	
Hernia discal	☐	☐	
Ojos y oídos	☐	☐	

Cirugía

Prótesis de cadera	☐	☐	
Anestesia General y/o local (especificar)	☐	☐	
Fracturas	☐	☐	
Migraña	☐	☐	
Alergias	☐	☐	
Hipertensión	☐	☐	
Hipotensión	☐	☐	
Colesterol alto	☐	☐	



ENFERMEDADES/INTERVENCIONES	SÍ	NO	AÑO
Glucosa en la sangre altos	☐	☐	
Hipertiroidismo	☐	☐	
Hipotiroidismo	☐	☐	
Antibiótico los últimos 6 meses	☐	☐	
Sufre de vértigo/mareos	☐	☐	
Otros	☐	☐	

Fecha de la última analítica de sangre:

Valores alterados:

Actividad física

Actividades que practica:

¿Cuántas horas semanales?

FACTORES DE RIESGO	SÍ	NO	CANTIDAD/ DÍA
Nicotina(cigarrillos, cigarros,pipa)	☐	☐	
Alcohol(aguardiente devino, cerveza)	☐	☐	
Café	☐	☐	
Té	☐	☐	
Antecedentes Familiares de Riesgo	☐	☐	

EVOLUCIÓN DE PESO	SÍ	NO	DESDE CUÁNDO
Mi peso aumenta	☐	☐	
Mi peso es estable (+/-3 kg)	☐	☐	
Mi peso disminuye	☐	☐	
Comidas regulares	☐	☐	
Sudoración	☐	☐	

FACTORES DE SENSIBILIDAD	SÍ	NO	¿CUÁNTO?
Hipersensibilidad al frío y caliente	☐	☐	
Sensibilizada los cambios de clima	☐	☐	
Nerviosismo	☐	☐	
Comidas regulares	☐	☐	
Estrés	☐	☐	

*Valore del 5 (máximo) al 1 (mínimo) en función de la intensidad

SUEÑO	SÍ	NO
Bueno	☐	☐
Malo	☐	☐
Frecuentes despertares	☐	☐
Dificultad para dormirse	☐	☐
Despertar antes de la hora	☐	☐

FACTORES ALIMENTICIOS				
¿Cuántas veces come al día?	2-3 ☐	4-5 ☐	+5 ☐	
¿Sensación de sed?	Excesiva ☐	Normal ☐	Baja ☐	
¿Cuántas veces come fruta/verdura al día?	1 ☐	2+3 ☐	Ninguna ☐	
¿Cuántos días por semana come fuera de casa?	<2 ☐	2-3 ☐	4-5 ☐	+5 ☐



En relación al Balance de Salud, al incluir en el mismo el aviso legal que ya os entregamos y que reproduzco a continuación:

MI AYUNO, S.L. (en adelante, "MiAyuno") es el responsable del tratamiento de los datos personales facilitados por medio de este cuestionario, los cuales serán tratados para evaluar las condiciones en que usted participa en el programa MiAyuno. La base jurídica del tratamiento es su necesidad para fines de diagnóstico médico (art. 9.2.h RGPD) en relación con la ejecución de un contrato en el que usted es parte (art. 6.1.b RGPD). Los datos serán objeto de tratamiento hasta la finalización del programa y, tras ello, permanecerán debidamente bloqueados durante los plazos de conservación y de prescripción de responsabilidades legalmente establecidos.

MiAyuno podrá comunicar sus datos a Administraciones Públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y a profesionales sanitarios para que puedan llevar a cabo la evaluación de sus respuestas al cuestionario.

Usted puede ejercer ante MiAyuno sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición mediante correo electrónico dirigido a dpd@miayuno.es o bien mediante escrito dirigido a Paseo Marítimo, núm. 60, portal C, 08860 – Castelldefels (Barcelona). MiAyuno ha designado a un Delegado de Protección de Datos, con el cual puede contactarse en dpd@miayuno.es. En todo caso, usted tiene derecho a presentar una reclamación ante la correspondiente autoridad de control si lo estima oportuno.

El cliente os da a vosotros directamente los datos de salud contenidos en el cuestionario. Después, entre el profesional sanitario que evalúe dichos datos y MiAyuno debe existir un contrato de tratamiento de datos por cuenta de tercero. Adjunto dicho contrato.

Contraindicaciones del ayuno

Este programa está dirigido a personas adultas que gocen de buena salud. Está estrictamente contraindicado durante el embarazo, la lactancia, úlceras (de estómago o duodeno), trastornos psiquiátricos, alteraciones alimenticias, diabetes tipo 1 y delgadez excesiva.

Consentimiento

Declaro estar en posesión de buena salud, en condiciones físicas aptas para realizar las actividades descritas en el programa, y soy consciente de los riesgos y las contraindicaciones del ayuno.

Firma

