

La Mujer y Su Salud

Formulario 62 - Diario de Alimentos para Cuatro Días

Nombre de la participante: _____

Para el período de:

Día (tal como viernes): Fecha (tal como 10 de Septiembre, 1993):

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

Si tiene preguntas, llame a: _____

al: _____



Próxima Cita

Fecha _____

Hora _____

Lugar _____

Instrucciones Generales para Mantener un Diario

- Favor de usar **tinta negra** y escribir claramente.
- Apunte cada comida/botana **inmediatamente** después de comerla.
- Llene las secciones de **Comida** y **Lugar De Preparación** para cada comida o botana.
- En la columna del **Lugar De Preparación** ponga **H** para las comidas preparadas en **el Hogar**, y **R** para las preparadas en **Restaurante**, y **O** para las comidas preparadas en **Otros** sitios.
- Apunte cada alimento o ingrediente **en una línea aparte**.
- **Salte** un renglón para cada comida o botana.
- Si se necesita más espacio para el mismo día, use la siguiente página
- Comience cada **nuevo día** con una **página nueva**.
- Use las **páginas para recetas que comienzan en la** página 35 para describir las recetas hechas en casa. Vea el ejemplo que aparece en la página 34.
- Si es necesario, use páginas adicionales y sujete con grapa a su Diario de Alimentos.

Instrucciones para el Diario de Alimentos y Bebidas

Tome en cuenta las siguientes cosas al anotar los alimentos que Ud. come. Vea los ejemplos que aparecen en las páginas 6, 8, y 10.

- **Describa completamente** los alimentos, bebidas, salsas, cremas. Ejemplo: un muslo de pollo, sin comer la piel, aderezo Francés de bajas calorías.
- Anote los **nombres de las marcas** si los sabe. Incluya las etiquetas, si es posible.
- Explique cómo se prepararon las comidas. Ejemplo: ¿Se frió, asó, horneó, o empanizó la carne, etc?
- Para las comidas **preparadas con grasa**, anote la clase de grasa utilizada. Ejemplo: frito en margarina (apunte los nombres de las marcas).
- Incluya lo que Usted agregue en la mesa. Escriba éstas en un **renglón aparte**. Ejemplo:
papa al horno con
1 C (cucharada) mantequilla
- Escriba **cada alimento o ingrediente** usado en “sandwiches” y en los platillos mixtos.
- Registre las cantidades **exactas**. **Mida** todos los alimentos en tazas, c (cucharaditas), C (Cucharadas), o en pulgadas.
- Por favor complete las paginas 4 y 5.

Si tiene preguntas, llame a una nutricionista del estudio.

Suplementos de Vitaminas y Minerales

¿Tomó Ud. alguna vitamina múltiple durante los días en que mantuvo este diario?

Sí

No



Si contestó Sí, revise la(s) clase(s) que usó:

_____ MultiVitaminas con minerals, tal como "Centrum" o "Theragran" del tipo de una-al-día

con Beta-Carotene

sin Beta-Carotene (vea en la etiqueta)

_____ MultiVitaminas sin minerales del tipo de una-al-día

con Beta-Carotene

sin Beta-Carotene (vea en la etiqueta)

_____ MultiVitaminas tal como "Stresstabs" de tipo para el estrés

con Beta-Carotene

sin Beta-Carotene (vea en la etiqueta)

_____ Combinación Antioxidante tal como la Protegra

¿Tomó alguna Vitamina o mineral como pastillas separadas?

Sí

No



Dosis por pastilla

_____ Vitamina C _____ mg.

_____ Vitamina E _____ IU

_____ Vitamina A/Beta-Carotene _____ IU

_____ Beta-Carotene _____ IU

_____ Calcio _____ mg.

_____ Hierro _____ mg.

Recuede anotar estas vitaminas y minerales en su registro diario de alimentos, cuando las tome.

¿Tóma Ud. algún suplemento de fibra como el Metamucil o Citrucel?

Si lo toma, ¿cómo se llama _____

Preguntas Generales

¿Qué marcas y qué clases de alimentos usó mientras mantenía este diario?

Leche:

- regular 2% 1% descremada

Margarina:

- barra recipiente de botella
- regular sin grasa de dieta/baja en grasa

Marca: _____

Adrezos:

- regular de dieta/bajo en grasa sin grasa

Tipo (tal como el Francés, Italiano, “Ranch”): _____

Marca: _____

Aceite:

Tipo (tal como de Maíz, Canola, Semilla de Soja): _____

Marca: _____

Mayonesa:

- regular liviana/calorías reducidas sin grasa
- sin colesterol/calorías reducidas sin colesterol

Marca: _____

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: <u>Domingo</u>		Fecha: <u>9/26/93</u>					
Comida D = D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓ MUESTRA							
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad			
1		D		H		Jugo de Naranja, sin azúcar		2/3 taza	
2						Avena, preparada con agua		1/3 taza	
3						Margarina en barra, marca (Mazola)		1 c	
4						Leche 2%		1/2 taza	
5						Azúcar morena		2 c	
6						Café descateinado		2 tazas	
7						Crema, ½ & ½		2 C	
8						Pan tostado de pan integral		1 rebanada	
9						Margarina en barra, marca (Mazola)		1 c	
10						Vitamina multiple		1	
11						Vitamina C		1	
12									

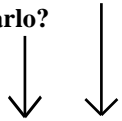
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

¿Se agregó grasa al servir?
¿Se agregó grasa al prepararlo?



1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: <u>Domingo</u>		Fecha: <u>9/26/93</u>			
Comida D = D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		<div style="font-size: 4em; font-weight: bold; letter-spacing: 0.5em;">M U E S T R A</div>					
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad	
1	C	H	Sandwich:				
2			Pan integral			2 rebanadas	
3			Jamón hervido, (4 L x 4 A x 1/8 G)			1 rebanada	
4			Queso americano procesado (3/4 oz)			2 rebanadas	
5			Mayonesa marca (Best Foods)			1 C	
6			Papas fritas			1 bolsa de 1 onza	
7			Coka cola de Dieta con cafeína			1 lata	
8			Galletas de chocolate (Oreo), marca (Nabisco)			2	
9							
10	C	H	Guisado de Res (véa la receta en la pagina 34.)			1 porción	
11			Ensalada				
12			Lechuga, romana			1 taza	

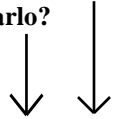
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

¿Se agregó grasa al servir?
¿Se agregó grasa al prepararlo?



1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: <u>Domingo</u>		Fecha: <u>9/26/93</u>			
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓ M U E S T R A					
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad	
1				Tomate, pelado		1/4 med.	
2				Pepino rebanado		rebanada de 2"	
3				Aderezo de ensalada, marca "Hidden Valley Ranch" Regular		1 C	
4				Bolillo blanco de levadura 2"A x 2"L x 1"G		1	
5				Mantequilla		2 c	
6							
7		B	H	Helado de chocolate, marca "Dryer's Grand"		3/4 taza	
8							
9							
10							
11							
12							

No Escriba En Esta Página

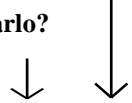


Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?

Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral



1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____			
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓					
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

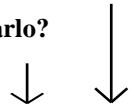
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?



Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____			
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓					
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

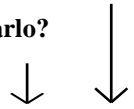
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?



Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____		
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓				
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

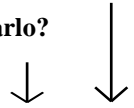
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?



Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____			
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓					
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

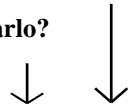
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?



Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____	
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓			
↓		↓		Alimentos y Bebidas	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

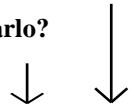
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?



Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____		
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓				
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

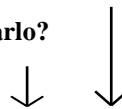
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?



Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____		
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓				
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

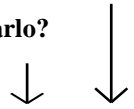
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?



Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____		
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓				
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

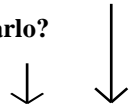
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?



Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____			
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓					
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

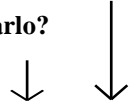
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?



Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____	
Comida D =D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓			
↓		↓		Alimentos y Bebidas	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

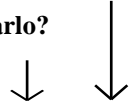
No Escriba En Esta Página



Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?



Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Lugar de Preparación H = Hogar R = Restaurante O = Otro		Día: _____		Fecha: ____/____/____		
Comida D = D'ayuno C = Comida Ce = Cena B = Botanas		↓				
↓		↓		Alimentos y Bebidas		Cantidad
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

No Escriba En Esta Página

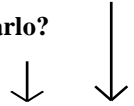


Para Uso Exclusivo de la Clínica

¿Se agregó grasa al servir?

¿Se agregó grasa al prepararlo?

Anote **N** = No **S** = Si o **D** = Desconocido por cada columna vertebral



1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Receta de

Muestra:

Guisado de Res

Nombre

Número de porciones que rindió la receta: 6

Número de porciones que usted comió: 1

Ingredientes

Cantidad

Carne de res para guisar, paletilla sin hueso, recortada	2 libras
dorado en grasa marca "Crisco"	1/4 taza
Harina blanca	1 Cda.
cebolla, picada	1 grande
caldo de res en lata	1 taza
salsa de tomate en lata	1 taza
vino rojo seco	1/2 taza
papas blancas medianas peladas, cortadas a la mitad	6
zanahorias (como de 6" de largo), rebanadas	6
apio, picado	1 taza
perejil fresco, picado	1/4 taza
cocine a calor bajo 2-3 horas	

