

Back to Health Wellness Center

Jacob Bastomski, D.C., D.I.B.C.N.

1625 State St.
Santa Barbara, CA 93101
(805) 569-5000
www.drbastomski.com

Date: _____ Name: _____

Please list the foods you ate yesterday:

Breakfast: _____
Lunch: _____
Dinner: _____
Snacks: _____
Beverages: _____

Please describe what you usually eat for:

Breakfast: _____
Lunch: _____
Dinner: _____
Snacks: _____
Beverages: _____

If you previously filled out the below information, then leave it blank.

List of Medications Currently Taking

Prescribing doctor or clinic: _____

	Medication	Dosage per tablet	# Times a Day	How Long on it?	Reason for Medication
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Vitamins, Minerals, Herbs, Omega Oils, etc. Currently Taking

Who prescribed or recommended these? _____

	Name	Dosage	# Times a Day	How Long on it?	Reason for Taking
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Diet Survey

Please check all the appropriate boxes: DAILY (+) = at least once a day; OFTEN = several times a week; OCCASIONAL = once a week or less; SELDOM = once or twice a month; NEVER = almost total avoidance.

Daily (+)	Often	Occasional	Seldom	Never	Type of Food or Drink Habits
					Alcohol beverages?
					Eat at restaurants?
					Eat at fast food restaurants?
					Pastries, cookies, candies, ice cream, sweets?
					Add sugar to coffee, tea cereal or other foods?
					Drink colas or other soft drinks? Regular <input type="checkbox"/> Diet <input type="checkbox"/>
					Instant breakfast cereals (Pop Tarts, donuts, muffins.)?
					Cold breakfast cereals (cornflakes, etc.)?
					Caffeinated colas, tea, coffee?
					Chocolate?
					Deep fried foods (french fries, chicken, etc.)?
					Margarine of any type?
					Processed meats (bologna, salami, sausage, etc.)?
					White bread or white flour products?
					Salt? Regular <input type="checkbox"/> Sea salt <input type="checkbox"/>
					Whole grain hot cereals (oatmeal, Wheatena, etc.)?
					Red meat: beef, pork, veal, lamb?
					White meat: chicken, turkey?
					Fresh or frozen fish?
					Fresh raw fruit or frozen fruits (berries, etc.)?
					Fresh or frozen vegetables? Raw or cooked
					Salad?
					Whole grain breads?
					Beans and legumes, (lentils, chickpeas, etc.)?
					Yogurt? plain <input type="checkbox"/> with sugar <input type="checkbox"/>
					Milk? Raw <input type="checkbox"/>
					Cheese? Raw <input type="checkbox"/>
					Eggs: regular <input type="checkbox"/> free range <input type="checkbox"/>
					Eat a lot if bored or depressed?
					Hurried or rushed meals?
					Stuff yourself at meals?
					Sneak and hide foods?
					Artificial sweeteners (Saccharin, NutraSweet, etc.)?
					Shop at health food store?

Swallow food before chewing it well? Yes ____ No ____

Read and understand food labels? Yes ____ No ____

Number of glasses per day of water ____? Tap ____ filter ____ bottle ____

Back to Health Wellness Center

Jacob Bastomski, D.C., D.I.B.C.N.

1625 State St.
Santa Barbara, CA 93101
(805) 569-5000
www.drbastomski.com

Fecha: _____ Nombre: _____

Por favor lista los alimentos que comió ayer:

Desayuno: _____
Almuerzo: _____
Cena: _____
Aperitivos: _____
Bebidas: _____

Por favor, describa lo que usted come generalmente para:

Desayuno: _____
Almuerzo: _____
Cena: _____
Aperitivos: _____
Bebidas: _____

Si ya ha completado la siguiente información, a continuación, dejar en blanco.

Lista de Medicamentos Actuales

Prescripción médico o clínica: _____

	Medicamento	Dosis por tableta	# Veces al Dia	¿Por Cuánto Tiempo?	Motivo de la medicación
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Vitaminas, Minerales, Hierbas, Aceites Omega, etc Actuales

Quien ha recetado o recomendado estos? _____

	Nombre	Dosis	# Veces al Dia	¿Por Cuánto Tiempo?	Motivo de la medicación
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Encuesta de Dieta

Por favor, marque todas las casillas correspondientes: DIARIO (+) = por lo menos una vez al día, A MENUDO= varias veces por semana; OCASIONAL = una vez por semana o menos, RARA VEZ = una vez o dos veces al mes; NUNCA = casi ausencia total.

Diario(+)	A Menudo	Ocasional	Rara Vez	Nunca	Hábitos Tipo de Alimento o Bebida
					¿Bebidas Alcohólicas?
					¿Comer en restaurantes?
					¿Comer en restaurantes de Comida Rapida?
					¿Pasteles, galletas, dulces, helados, dulces?
					¿Añadir azúcar al café, té o cereales otros alimentos?
					¿Beber refrescos de cola u otros refrescos? Regular <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/>
					¿Cereales instantáneas para el desayuno (Pop Tarts, donas, panecillos.)?
					¿Cereales frios de desayuno (copos de maíz, etc)?
					¿Colas con cafeína, el té, el café?
					¿Chocolate?
					¿Las comidas fritas (papas fritas francesas, pollo, etc)?
					¿Margarina de cualquier tipo?
					¿Las carnes procesadas (mortadela, salami, salchichas, etc)?
					¿Pan blanco o productos de harina blanca?
					¿Sal? Regular <input type="checkbox"/> Sal Marina <input type="checkbox"/>
					¿Cereales integrales caliente (harina de avena, Wheatena, etc)?
					¿Carne roja: res, cerdo, ternera, el cordero?
					¿La carne blanca: pollo, pavo?
					¿Pescado fresco o congelado?
					¿Frutas frescas crudas o frutas congeladas (fresas, etc)?
					¿Verduras crecscas o congeladas? Crudas o cocinadas.
					¿Ensaladas?
					¿Pan de grano entero?
					¿Frijoles y legumbres, (lentejas, garbanzos, etc.)?
					¿Yogurt? Sin sabor <input type="checkbox"/> Con azúcar <input type="checkbox"/>
					¿Leche? Cruda <input type="checkbox"/>
					¿Queso? Crudo <input type="checkbox"/>
					Huevos: Regular <input type="checkbox"/> De Granja <input type="checkbox"/>
					¿Comer cuando aburrido/a o deprimido/a?
					¿Apresurados o las comidas se precipitó?
					¿Comer demasiado en las comidas del día?
					¿Esconder comida?
					¿Endulzantes artificiales (Saccharin, NutraSweet, etc.)?
					¿Comprar en tiendas de salud?

Tragar comida antes de masticarla bien? Si ____ No ____

Leer y entender las etiquetas de la comida? Si ____ No ____

Numero de vasos de agua al dia ____? Del grifo ____ Filtrada ____ Botella ____