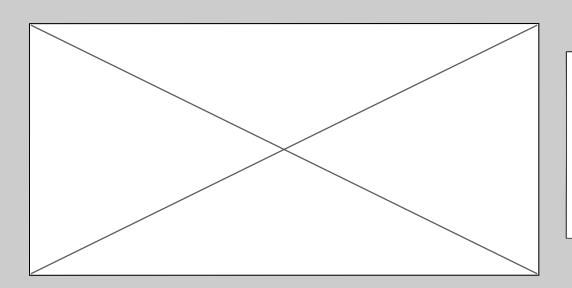
M	en	ú (de	ao	Ci	on	es
	•••	•	-		•	•	

Herramientas

Calcula tu IMC Calculadora de cal	orías		
Sexo	Eliga su sexo -	Peso:	Kgs
Edad:	Eliga su edad -	Altura	cms
		Calcular IMC	
		33.34.4.75	

enú de opciones							
	Н	erramie	ntas				
Calcula tu IMC Calculadora de calorías							
	Activida	des físicas	3				
Edad: Eliga su edad		ningún ej	ercicio (1-3 días a	lo semon	n)		
Altura:	3 Ejerci	cio moder	ado (3-5 d (6-7 días a	ías a la se	emana)		
Covo						ntos muy duros)	
Sexo: Eliga su sexo -							
Peso:	0	0	3	0	0		
	1	2	3	4	5		
	Calcul	ar calorías	5				

Consejos de salud



Dieta

- Procurar, en lo posible, una dieta variada e igual para todos los miembros de la familia.
- Evitar el hábito de tomar bebidas con sabores. El mejor líquido es el agua.
 Los zumos son un alimento.
- Establecer horarios y orden en las comidas, permitiendo cierta flexibilidad ocasional
- No calificar las comidas de forma absoluta (buenas vs malas; basura vs sanas etc.)
- · No utilizar la comida como premio o amenaza.
- Es tan nocivo prohibir los dulces como mantener una permanente disponibilidad de los mismos.
- La idea de que hay que practicar la fuerza de voluntad para evitar comer excesivamente, es errónea y puede favorecer una percepción alterada de

!- -!!-----!.

Ambiente de la mesa

- · Fomentar las comidas familiares.
- · Favorecer que la ingesta se realice siempre en el lugar destinado a ello.
- Procurar un ambiente relajado, de conversación y de disfrute a la hora de comer.
- Desalentar la tendencia a comer en soledad.
- Educar en maneras en la mesa (uso de cubiertos, respeto a los demás comensales, postura, etc).
- Evitar tratar conflictos a la hora de comer ("ahora estamos comiendo...ya lo hablaremos en otro momento")

Menú de opciones							
Registro de pacientes	*Modificar/eliminar un ¡	*Modificar/eliminar un paciente requiere confirmación					
*Se requiere rellenar todos la	os campos Modificar	Eliminar					
Datos de registro Pacientes							
Nombre:	Seleccione el sexo:	Domicilio:					
	∘ Mujer ∘ Hombre						
Apellidos	Seleciona el día y mes de nacimiento:	Teléfono celular:					
	1 Enero						
N° de identificación	Ingresa el año de nacimiento:	Ocupación:					

Men	ú de opciones								
Registro de pacientes				*Modificar/eliminar un paciente requiere confirmación					
*Se requiere rellenar todos los campos				Modificar Eliminar					
Do	Datos de registro Pacientes								
	N° de identificación	Nombre	Sexo	Telefono	Domicilio	Ocupacion	fecha de nacimiento		