

**Responde a este breve cuestionario y entrégaselo a tu médico.**

Él te personalizará el tratamiento que más se adecue a tus necesidades.

**1. ¿Has ganado peso en estos últimos años?**

Sí     No

**2. ¿Te cuesta perderlo, aunque intentes cuidarte a diario o a menudo?**

Sí     No

**3. ¿Has realizado dietas alguna vez y has recuperado el peso que conseguiste perder?**

Sí     No

**4. ¿Te duelen las articulaciones en tu día a día?**

Sí tengo dolencias    (marcar dónde):

Rodilla     Brazo     Espalda     Piernas     Tobillos     Rodilla

No tengo dolencias

**5. ¿Tomas medicación para otras enfermedades?**

Sí tomo (indicar para qué):

Diabetes/Azúcar alto     Hipertensión     Colesterol

Arritmias     Apnea del sueño     Otras

No tomo

**6. ¿Te está costando últimamente coger bolsas/paquetes o notas que tienes menos fuerza de la que podrías tener?**

Sí     No

**7. ¿Te sientes menos ágil en tu trabajo y/o en tus actividades diarias con tu familia y amigos?**

Sí     No

**8. ¿Cuántos kilos te gustaría perder para mejorar tu día a día?**

Menos de 10     Entre 10 y 20 kilos     Entre 20 y 30 kilos     Más de 30 kilos

**PIERDE PESO, GANA CALIDAD DE VIDA Y ¡ACTÍVATE!**