

# CUESTIONARIO INFANTIL DE NEUROTRANSMISORES Y NUTRICION

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor marque el número apropiado “0-3” en todas las preguntas a continuación. (0 como menos/nunca al 3 como mas/siempre)

## SECCION: DIETA GENERAL

- Tiene su hijo/a alguna alergia o sensibilidad a ciertos alimentos? (por favor liste)  
\_\_\_\_\_
- Liste los 4 alimentos más saludables que su niño/a consume regularmente.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Liste los 4 alimentos menos saludables que su niño/a consume regularmente.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Cuántas veces a la semana come su niño/a dulces? \_\_\_\_\_
- Cuántas veces a la semana toma su niño/a soda? \_\_\_\_\_
- Por favor liste los 4 alimentos que se le antojan a su niño/a regularmente.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Liste cualquier medicamento(s) que su niño/a está tomando actualmente; con receta o sin receta médica.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Le resulta difícil, como madre o padre tener a su niño/a en una dieta especial?  
\_\_\_\_\_

## SECCION: A

- Come su niño/a pasta, pan o alimentos empanados? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a síntomas (fatiga, hiperactividad, etc) después de comer alimentos de trigo? 0 1 2 3
- Come su niño/a productos lácteos? 0 1 2 3
- Tiene niño/a síntomas (fatiga, hiperactividad, etc) después de comer productos lácteos? 0 1 2 3

## SECCION: B

- Come su niño/a pescado frito? 0 1 2 3
- Come su niño/a nueces o semillas tostadas? 0 1 2 3
- Le falta a la dieta de su niño/a alimentos ricos en grasas esenciales? (por ejemplo, aguacates, semillas de lino, aceitunas) Marque “0” si están presente o “3” si le faltan. 0 1 2 3
- Come su niño/a alimentos fritos? 0 1 2 3

## SECCION: C

- Tiene su niño/a velocidad mental lenta? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a dificultad con el aprendizaje o la memoria? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a dificultad con el equilibrio y la coordinación? 0 1 2 3

## SECCION: D

- Tiene su niño/a estrés? 0 1 2 3
- Su niño/a NO duerme y descansa lo suficiente? Marque “3” si no duerme o descansa lo suficiente. 0 1 2 3
- Su niño/a NO hace ejercicio regularmente? Marque “3” si no hace ejercicio. 0 1 2 3
- Se siente su niño/a excesivamente preocupado/a y asustado/a? 0 1 2 3

## SECCION: E

- Tiene su niño/a rabietas? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a un comportamiento salvaje? 0 1 2 3

- Grita su niño/a por razones innecesarias? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a una incapacidad para siestar o dormir cuando esta físicamente agotado/a? Marque “3” si tiene incapacidad. 0 1 2 3
- Habla su niño/a demasiado? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a inquietud y se retuerce cuando está sentado/a? 0 1 2 3
- Su niño/a corre y trepa excesivamente cuando es inapropiado? 0 1 2 3
- Su niño/a tiene dificultad para jugar tranquilamente o dedicarse a actividades de ocio? 0 1 2 3

## SECCION: F

- Su niño/a se emociona con facilidad? 0 1 2 3
- Tiene niño/a ansiedad y pánico por razones de menor importancia? 0 1 2 3
- Se siente su niño/a abrumado/a por razones de menor importancia? 0 1 2 3
- Es difícil para su niño/a relajarse cuando él / ella está despierto/a? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a atención desorganizada? 0 1 2 3

## SECCION: G

- Su niño/a parece deprimido/a? 0 1 2 3
- Su tiene su niño/a cambios de humor con tiempo nublado? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a síntomas de ira interna? 0 1 2 3
- Parece su niño/a desinteresado/a en los juegos o pasatiempos? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a dificultad para quedarse en un sueño profundo y reparador? 0 1 2 3
- Parece su niño/a desinteresado/a en las amistades? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a síntomas de cólera sin provocación? 0 1 2 3
- Parece su niño/a desinteresado/a en la alimentación? 0 1 2 3

## SECCION: H

- Tiene su niño/a dificultades para manejar el estrés? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a ira y agresión mientras que esta siendo desafiado/a? 0 1 2 3
- Se siente su niño/a cansado/a, aunque haiga dormido largo tiempo? 0 1 2 3
- Tiende su niño/a a aislarse de los demás? 0 1 2 3
- Es su niño/a fácilmente distraído? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a necesidad y deseo constante de dulces y azúcar? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a atención desorganizada? 0 1 2 3

## SECCION: I

- Tiene su niño/a dificultad con la memoria visual? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a dificultad para recordar las ubicaciones? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a fatiga o baja resistencia para las actividades de aprendizaje? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a dificultades con la atención o la capacidad de poner atención por largo tiempo? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a discurso lento o difícil? 0 1 2 3
- Tiene su niño/a falta de coordinación o movimiento lento? 0 1 2 3