

FASE 15

1. Hola, ¿Cómo te llamas?
2. ¿Has sufrido de alguna enfermedad?
3. ¿Sabes si tu mamá sufrió de alguna enfermedad en el proceso de gestación?
4. ¿Sabes si tu mamá fumó en la época de gestación?
5. ¿Sabes si ella tomó alcohol?
6. ¿Ella consumió algún tipo de drogas o medicamentos en esa época?
7. ¿Te cuidas en la alimentación?
8. ¿Comes saludablemente?
9. ¿Tienes horarios para comer?
10. ¿Te gusta comer frutas, verduras o proteínas vegetales?
11. ¿Al comer lo haces solo o acompañado?
12. ¿Cocinas tus alimentos o alguien lo hace por ti?
13. ¿Cómo es tu estado de ánimo cuando cocinas?
14. Cuando alguien te cocina lo hace de buen o mal humor
15. ¿Comes mucho en restaurantes?
16. ¿Te gusta la comida chatarra?
17. ¿Comes muchos dulces o tomas gaseosas?
18. ¿Cuántas horas duermes al día?
19. Duermes de día o de noche
20. ¿Duermes más de 8 horas diarias?
21. ¿Duermes poco?
22. ¿Tienes buenos hábitos de aseo?
23. ¿Cepillas tus dientes tres veces al día?
24. ¿Usas seda dental y enjuagues para prevenir la caries?
25. ¿Te bañas todos los días?
26. ¿Cambias tu ropa a diario?
27. ¿Usas cremas y tratamientos para la piel y el cabello?
28. ¿Proteges tu piel del sol?
29. ¿Visitas al odontólogo o al médico con frecuencia?
30. ¿Tomas algún complemento vitamínico?
31. ADIVINA CUÁL DE ESTOS NO ES COMO TÚ