



NUTRICIÓN VETERINARIA  
PARA PERROS Y GATOS



## Historia Nutricional Personalizada Canina

Conociendo a quien más amas.

Este cuestionario nos permitirá conocer de forma integral la historia, el entorno, la salud, los gustos y la rutina alimentaria de tu perro.



## 1 Bienvenida y preparación

Antes de comenzar, ten a la mano: peso reciente, fotografías de frente, perfil y desde arriba, nombre y fotografía del alimento actual, exámenes recientes y lista de medicamentos o suplementos.

Tiempo aproximado para diligenciar: 20 a 30 minutos.

## 2 Datos del tutor

Nombre completo:

Documento de identidad:

Teléfono:

Correo electrónico:

País:

Departamento/estado/provincia:

Ciudad o municipio:

Dirección:

Ocupación:

¿Quién es el cuidador principal del perro?

¿Quién prepara o sirve habitualmente su comida?

## 3 Ubicación, cultura y clima

¿Cuál es el plato típico del país, ciudad o región donde viven?

¿Tu perro consume ocasionalmente ingredientes o preparaciones propias de esa región? ¿Cuáles?



### 3. Ubicación, cultura y clima - continuación

¿En el lugar donde viven se presentan estaciones?

- ☐ No hay estaciones marcadas
- ☐ Verano
- ☐ Invierno
- ☐ Temporada de lluvias

- ☐ Primavera
- ☐ Otoño
- ☐ Temporada seca
- ☐ Otra

¿En qué estación o temporada se encuentran actualmente?

Describe el clima habitual: temperatura aproximada, humedad, lluvias, frío o calor intenso.

¿Los cambios de clima afectan su apetito, actividad, piel, pelaje o digestión?

### 4 Información del paciente

Nombre:

Especie:

Raza o cruce:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Color:

Número de microchip:

Estado reproductivo:

- ☐ Macho entero
- ☐ Hembra entera

- ☐ Macho castrado
- ☐ Hembra esterilizada

**4. Información del paciente - continuación**

Peso actual (kg):

Peso ideal estimado (kg):

Peso más alto registrado (kg):

Peso más bajo registrado (kg):

Peso hace 6 meses (kg):

Adjunta fotografías recientes: de frente, de perfil y desde arriba.

**5 Historia de vida**

Escribe una historia breve de la vida de tu perro: cómo llegó a la familia, cómo fue su crecimiento, cambios importantes, mudanzas, viajes, pérdidas, llegada de nuevos integrantes, enfermedades, cirugías y cualquier evento que consideres relevante.

¿Qué significa tu perro para tu familia?

**6 Hogar y ambiente**

¿Dónde vive?

☐ Apartamento☐ Finca☐ Refugio o guardería☐ Casa☐ Casa campestre☐ Otro

Características del entorno:

# GUÍA ILUSTRADA para tomar medidas y fotografías

Mediciones precisas = Plan nutricional personalizado

## ANTES DE EMPEZAR

- ✓ Usa una cinta métrica flexible.
- ✓ Tu perro debe estar de pie y relajado.
- ✓ Realiza las medidas en un lugar tranquilo y con buena luz.
- ✓ No ajustes demasiado la cinta.

## MEDIDAS CORPORALES

### 1 CIRCUNFERENCIA DEL CUELLO



Coloca la cinta alrededor del cuello, en la base (donde normalmente va el collar). Deja un espacio de un dedo.

### 2 CIRCUNFERENCIA DEL TÓRAX



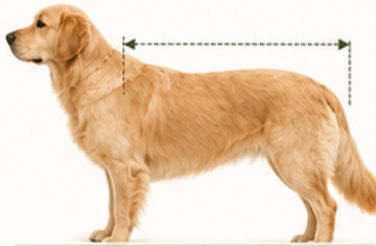
Pasa la cinta alrededor del tórax, justo detrás de las patas delanteras, en la parte más ancha del pecho. Asegúrate de que la cinta quede nivelada.

### 3 CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL



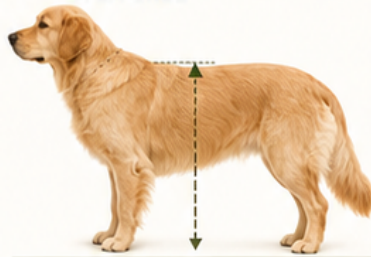
Coloca la cinta alrededor del abdomen, justo delante de las patas traseras, en la parte más estrecha del abdomen.

### 4 LONGITUD CORPORAL



Mide desde la punta del hombro (escápula) hasta el inicio de la cola (base de la cola).

### 5 ALTURA A LA CRUZ



Mide desde el suelo hasta el punto más alto de la cruz (entre los omóplatos).

### 6 CIRCUNFERENCIA DEL MUSLO



Mide la circunferencia de la parte más ancha del muslo. Repite en la otra pata. Registra ambas medidas.

## ¿CÓMO PESAR CORRECTAMENTE?

### BÁSCULA VETERINARIA



La opción más precisa.

### BÁSCULA DE CASA



Asegúrate de que la báscula esté en una superficie plana.

### SIN BÁSCULA



Pésate primero solo, luego pésate con tu perro en brazos y resta tu peso.

## TIPS IMPORTANTES

- ✓ Realiza las medidas una vez al mes para seguir la evolución.
- ✓ Haz las mediciones siempre en el mismo horario.
- ✓ Si tu perro tiene mucho pelo, presiona suavemente la cinta para llegar hasta la piel.
- ✓ Premia y felicita a tu perro durante el proceso para que sea una experiencia positiva.

## FOTOGRAFÍAS DE LA MASCOTA

### DE FRENTE



Toma la foto con el perro de pie, mirando al frente, con el cuerpo completo visible.

### DE PERFIL



Fotografía un costado completo del cuerpo, con buena luz y el perro bien parado.

### DESDE ARRIBA



Captura el cuerpo desde arriba para valorar la silueta y la condición corporal.

Procura usar fondo neutro, buena iluminación y evita ropa o accesorios que oculten la forma corporal.



Gracias por tomarte el tiempo de medir y fotografiar a tu compañero. Esta información nos ayuda a diseñar un plan nutricional realmente personalizado.

**NutriLoPets®**  
Conociendo a quien más amas.





## 6. Hogar y ambiente - continuación

- |                                              |                                     |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Patio               | <input type="checkbox"/> Jardín     |
| <input type="checkbox"/> Balcón              | <input type="checkbox"/> Terraza    |
| <input type="checkbox"/> Acceso a exteriores | <input type="checkbox"/> Zona rural |
| <input type="checkbox"/> Zona urbana         | <input type="checkbox"/> Escaleras  |

¿El acceso al exterior es libre, supervisado o no tiene acceso?

¿Con quién convive?

- |                                         |                                          |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Perros         | <input type="checkbox"/> Gatos           |
| <input type="checkbox"/> Otros animales | <input type="checkbox"/> Niños           |
| <input type="checkbox"/> Adultos        | <input type="checkbox"/> Adultos mayores |

☐ Vive solo con el tutor

¿Cuántas horas permanece solo al día?

¿Viaja con frecuencia? ¿A qué lugares?

## 7 Historia médica

Marca las enfermedades o condiciones que ha presentado:

- |                                                |                                                     |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias | <input type="checkbox"/> Intolerancias alimentarias |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis o prurito  | <input type="checkbox"/> Otitis recurrente          |
| <input type="checkbox"/> Gastritis             | <input type="checkbox"/> Colitis                    |
| <input type="checkbox"/> Diarrea recurrente    | <input type="checkbox"/> Estreñimiento              |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis          | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática   | <input type="checkbox"/> Diabetes                   |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo        | <input type="checkbox"/> Obesidad                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad articular  | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos        |
| <input type="checkbox"/> Cálculos urinarios    | <input type="checkbox"/> Enfermedad dental          |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o estrés     | <input type="checkbox"/> Convulsiones               |

¿Presenta alguna otra enfermedad o condición no mencionada?

¿Desde hace cuánto presenta cada enfermedad o condición?



### 7. Historia médica - continuación

¿Cómo fue diagnosticada y por qué profesional?

Cirugías, hospitalizaciones o urgencias previas:

Medicamentos actuales, dosis y frecuencia:

Suplementos actuales, dosis, frecuencia y quién los recomendó:

Vacunación y desparasitación: fecha de la última aplicación y producto utilizado.

Adjunta exámenes recientes, ecografías, radiografías, fórmulas y diagnósticos.

### 8 Piel y calidad del pelaje



### 8. Piel y calidad del pelaje - continuación

¿Cómo describirías la calidad actual de su pelaje?

- |                                             |                                             |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brillante          | <input type="checkbox"/> Suave              |
| <input type="checkbox"/> Opaco              | <input type="checkbox"/> Seco               |
| <input type="checkbox"/> Grasoso            | <input type="checkbox"/> Quebradizo         |
| <input type="checkbox"/> Con caída excesiva | <input type="checkbox"/> Con zonas sin pelo |
| <input type="checkbox"/> Con caspa          | <input type="checkbox"/> Con mal olor       |

¿Desde cuándo notas cambios en el pelaje?

¿Presenta picazón, enrojecimiento, heridas, descamación o lamido excesivo?

¿Los cambios empeoran en alguna estación, clima o época del año?

9

### Alimentación actual

Tipo de alimentación habitual:

- |                                                       |                                                     |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alimento seco                | <input type="checkbox"/> Alimento húmedo            |
| <input type="checkbox"/> Dieta natural cocida         | <input type="checkbox"/> Dieta cruda                |
| <input type="checkbox"/> Dieta BARF                   | <input type="checkbox"/> Dieta mixta seca + natural |
| <input type="checkbox"/> Dieta mixta húmeda + natural | <input type="checkbox"/> Otra                       |

Marca y línea actual:

Presentación o sabor:

Cantidad total diaria:

Número de comidas al día:

Horarios:

¿Cómo mide la porción?:

¿Desde cuándo consume esta alimentación?



### 9. Alimentación actual - continuación

¿Quién la recomendó y por qué?

---

---

### 10 Un día completo de alimentación

Describe paso a paso un día habitual de alimentación. Incluye desde que se despierta hasta que se duerme: horarios, cantidades aproximadas, alimento principal, comida natural, snacks, premios, suplementos, sobras, alimentos familiares y cualquier cosa que consuma.

---

---

---

---

---

---

---

---

¿La rutina cambia los fines de semana, festivos, viajes o días de guardería?

---

---

---

### 11 Preferencias alimentarias

Carnes o proteínas que prefiere:

- ☐ Pollo  
☐ Cerdo

- ☐ Res  
☐ Pavo



### 11. Preferencias alimentarias - continuación

- ☐ Cordero
- ☐ Conejo
- ☐ Vísceras

- ☐ Pescado
- ☐ Huevo
- ☐ Otra

Carnes o proteínas que rechaza o no tolera:

---

---

Verduras que prefiere:

- ☐ Zanahoria
- ☐ Pepino
- ☐ Habichuela
- ☐ Ahuyama/calabaza
- ☐ Otra

- ☐ Brócoli
- ☐ Calabacín
- ☐ Espinaca
- ☐ Remolacha

Frutas que prefiere:

- ☐ Manzana
- ☐ Papaya
- ☐ Sandía
- ☐ Fresa
- ☐ Pera

- ☐ Banano
- ☐ Mango
- ☐ Melón
- ☐ Arándanos
- ☐ Otra

Snacks o premios favoritos:

---

---

Alimentos que nunca acepta:

---

---

¿Tiene alergias o intolerancias confirmadas? ¿A cuáles ingredientes?

---

---

¿Qué alimentos sospechas que le producen molestias y qué síntomas aparecen?



### 11. Preferencias alimentarias - continuación

---

---

---

### 12 Forma de comer y conducta alimentaria

Marca lo que corresponda:

- |                                               |                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Come muy rápido      | <input type="checkbox"/> Come lentamente   |
| <input type="checkbox"/> Mastica bien         | <input type="checkbox"/> Traga entero      |
| <input type="checkbox"/> Deja comida          | <input type="checkbox"/> Pide comida       |
| <input type="checkbox"/> Roba comida          | <input type="checkbox"/> Come por ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Solo come acompañado | <input type="checkbox"/> Es selectivo      |
| <input type="checkbox"/> Se distrae al comer  | <input type="checkbox"/> Protege el plato  |
- ¿Utiliza plato convencional, elevado, comedero lento, tapete olfativo o juguete interactivo?

---

---

¿Come solo o junto a otros animales?

---

### 13 Conductas de ingestión no alimentaria

¿Consumes alguno de los siguientes elementos?

- |                                        |                                                  |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tierra        | <input type="checkbox"/> Pasto                   |
| <input type="checkbox"/> Heces propias | <input type="checkbox"/> Heces de otros animales |
| <input type="checkbox"/> Piedras       | <input type="checkbox"/> Madera                  |
| <input type="checkbox"/> Plástico      | <input type="checkbox"/> Tela                    |
| <input type="checkbox"/> Papel         | <input type="checkbox"/> Arena                   |
| <input type="checkbox"/> Ninguno       | <input type="checkbox"/> Otro                    |
- ¿Con qué frecuencia sucede y desde cuándo?

---

---

¿En qué situaciones ocurre: paseo, ansiedad, hambre, aburrimiento, después de comer u otra?



13. Conductas de ingestión no alimentaria - continuación

14 Sistema digestivo

Frecuencia de defecación al día:

Describe las heces: consistencia, color, volumen, olor, presencia de moco o sangre.

Síntomas digestivos:

- |                                          |                                              |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gases           | <input type="checkbox"/> Eructos             |
| <input type="checkbox"/> Náuseas         | <input type="checkbox"/> Vómitos             |
| <input type="checkbox"/> Regurgitación   | <input type="checkbox"/> Reflujo             |
| <input type="checkbox"/> Diarrea         | <input type="checkbox"/> Estreñimiento       |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Ruidos intestinales |

¿Cuántos episodios de vómito ha presentado y en qué periodo?

¿Cuántos episodios de regurgitación ha presentado y en qué periodo?

Describe cuándo aparecen los síntomas y su relación con la comida, ejercicio, agua o estrés.



#### 14. Sistema digestivo - continuación

#### 15 Agua y sistema urinario

¿Siempre tiene agua disponible? ¿Qué tipo de recipiente utiliza?

¿Cuánta agua consume aproximadamente al día?

¿Prefiere agua fría, al clima, filtrada o de fuente?

Frecuencia, color y cantidad aproximada de la orina:

¿Ha presentado dificultad al orinar, infecciones o cálculos?

#### 16 Condición corporal y masa muscular

Marca lo que observes:

- |                                                        |                                                          |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Costillas muy visibles        | <input type="checkbox"/> Costillas fáciles de palpar     |
| <input type="checkbox"/> Costillas difíciles de palpar | <input type="checkbox"/> Cintura visible                 |
| <input type="checkbox"/> Sin cintura visible           | <input type="checkbox"/> Abdomen recogido                |
| <input type="checkbox"/> Abdomen redondeado            | <input type="checkbox"/> Grasa en base de la cola        |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de masa muscular      | <input type="checkbox"/> Dificultad para subir escaleras |

¿Ha aumentado o perdido peso recientemente? ¿Cuánto y desde cuándo?

#### 17 Actividad física y rutina



### 17. Actividad física y rutina - continuación

Número de paseos diarios, duración e intensidad:

---

---

Actividades habituales:

- |                                         |                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Juegos en casa | <input type="checkbox"/> Caminatas     |
| <input type="checkbox"/> Carrera        | <input type="checkbox"/> Natación      |
| <input type="checkbox"/> Agility        | <input type="checkbox"/> Guardería     |
| <input type="checkbox"/> Senderismo     | <input type="checkbox"/> Entrenamiento |
| <input type="checkbox"/> Ninguna        | <input type="checkbox"/> Otra          |

Describe un día completo de su rutina, desde que se despierta hasta que se duerme: alimentación, paseos, juegos, descansos, tiempo solo y actividades.

---

---

---

---

---

---

---

### 18 Comportamiento, sueño y calidad de vida

Comportamiento habitual:

- |                                        |                                   |
|----------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tranquilo     | <input type="checkbox"/> Activo   |
| <input type="checkbox"/> Muy activo    | <input type="checkbox"/> Ansioso  |
| <input type="checkbox"/> Miedoso       | <input type="checkbox"/> Reactivo |
| <input type="checkbox"/> Destructivo   | <input type="checkbox"/> Apegado  |
| <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Agresivo |

¿Cuántas horas duerme y dónde descansa?

---



## 18. Comportamiento, sueño y calidad de vida - continuación

¿Descansa bien durante la noche?

¿Ha cambiado su energía, estado de ánimo o interacción con la familia?

## 19 Objetivos y disponibilidad del tutor

Objetivos principales:

- |                                                  |                                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mantener salud          | <input type="checkbox"/> Bajar de peso            |
| <input type="checkbox"/> Subir de peso           | <input type="checkbox"/> Ganar masa muscular      |
| <input type="checkbox"/> Mejorar digestión       | <input type="checkbox"/> Mejorar piel y pelaje    |
| <input type="checkbox"/> Controlar alergias      | <input type="checkbox"/> Apoyar una enfermedad    |
| <input type="checkbox"/> Mejorar energía         | <input type="checkbox"/> Envejecimiento saludable |
| <input type="checkbox"/> Mejorar calidad de vida | <input type="checkbox"/> Otro                     |

Tiempo disponible para preparar alimentos:

Presupuesto mensual aproximado para alimentación y suplementos:

¿Qué tan dispuesto estás a realizar cambios en la alimentación y rutina?

## 20 Información adicional y consentimiento

¿Hay algo importante sobre tu perro que no se haya preguntado y quieras contarnos?

**20. Información adicional y consentimiento - continuación**

Declaro que la información suministrada es veraz y autorizo a NutriLoPets® a utilizarla exclusivamente para la elaboración del plan nutricional personalizado y el seguimiento del paciente.

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**Gracias por confiar en NutriLoPets®**

Cada detalle nos ayuda a construir un plan más preciso y humano.