¿Cómo influyen mis emociones al momento de comer?
Registro diario de apoyo

Fecha _____

Hora	Tiempo que me tomó comer	Alimento o colación (o a deshoras)	¿Qué comí?	¿Dónde comí?	Me concentré en lo que comí (Sí/No).	Sentimientos antes de comer.