

# CUESTIONARIO NUTRICIONAL

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_  
 Fecha Nacimiento: \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

## OBJETIVOS y SITUACION PREVIA

¿Cuál es tu objetivo?

¿Plazo de tiempo estimado?

¿Disponibilidad horaria?

¿Estas siguiendo alguna dieta?

¿Estás realizando actividad física?

¿Alguna patología y/o medicación?

Comentarios:

## DATOS ANTROPOMÉTRICOS

	Control	1	2	3	4	5
--	---------	---	---	---	---	---

Peso:

Perímetro Caja

Perímetro Cintura

Perímetro Brazo

Perímetro Cadera

Perímetro Muslos

**HÁBITOS Y PREFERENCIAS**

---

¿Desayuno?

---

¿Comida?

---

¿Merienda?

---

¿Cena?

---

Alimentos que gustan

---

Alimentos que no gustan

---

**Comentarios:**

---

---

**OTROS**

---

¿Alcohol?

---

¿Tabaco?

---

¿Suplementación?

---

¿Intolerancias o alergias?

---

**Comentarios:**

---

---