

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:
