

EVALUACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL

APELLIDO Y NOMBRE:

F. NAC: / /

EDAD

TELEFONO:

MAIL:

Motivo Consulta:

DEPORTE:

CLUB:

Puesto o Posición de Juego:

ENTREVISTA PERSONAL

1-¿Cómo se siente con el actual peso?

2-¿Tuvo variaciones en el peso durante el último año?

SI NO

De ser SI, especifique:

EVALUACIÓN BIOQUÍMICA

Fecha aproximada del último exar / /

GL
HTO
FERRITINA
UREA
TSH

COLTT
HDL
LDL
VLDL
T4

GOT
GPT
FAL
CREATININEMIA
CREATINUREA
OTROS

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

ANTECEDENTE PERSONALES:

HABITOS ALIMENTARIOS

Desayuna diariamente?

Realiza colaciones entre ejercicios?

Toma por lo menos 5 vasos de agua al día?

Consume 5 o mas frutas por día?

Consume verduras diariamente?

SIEMPRE	A VECES	NUNCA

SUPLEMENTACION DEPORTIVA

Consume suplementos? SI NO

Cual?:

Objetivo del consumo:

Dosis por día?:

Desde cuándo consume?:

Quién se lo recomendó?:

HIDRATACIÓN

Bebida de consumo frecuente durante entrenamiento:

Durante la competencia:

DATOS DEL DEPORTE

ANTIGÜEDAD:

NIVEL: AMATEUR RECREATIVO

PROFESIONAL

FRECUENCIA DE ACTIVIDAD SEMANAL:

FRECUENCIA DE ACTIVIDAD HORARIA:

HORAS DE SUEÑO:

PROXIMO EVENTO DEPORTIVO:

EVENO DE MAS IMPORTANCIA:

EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA

FECHA	PESO	TALLA	IMC	%MM	CA/CB	%MG	DIAGNOSTICO	ANTROPOMETRIA						
								MG	MM	MO	R	P		

Sugerencias: