



**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:

EVENTO DE MAS IMPORTANCIA:

**EVALUACIÓN ANTROPOMETRICA**

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

Sugerencias: