

# CUESTIONARIO INICIAL DE NUTRICION

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE TODA  
INFORMACION ES CONFIDENCIAL

NOMBRE:

FECHA:

¿Cuál es su meta para estas sesiones?

---

---

---

¿Cuál es su preocupación principal en estos momentos?

---

---

---

Califique su grado de estrés (0 to 10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Está batallando con algo en este momento?

---

---

---

¿Qué ha estado comiendo?

---

---

---

¿Qué hace para levantarse y moverse?

- Caminar Si No Times per week \_\_\_\_\_
- Levantamiento de pesas Si No Times per week \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Times per week \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de su entrenador de salud Peso \_\_\_\_\_ Cintura \_\_\_\_\_