**Formulario**

**Datos generales**

Fecha: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.
Nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Edad: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.:

Fecha de nacimiento:Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.
Estado civil: Elija un elemento.

Escolaridad:Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Ocupación:Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Peso (En ayunas y sin ropa):Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Estatura:Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Correo electrónico:Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Teléfono:Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Historial sobre el peso corporal**

¿En qué peso corporal se siente bien?Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Cuál es tu peso habitual? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Cuál es tu peso corporal más bajo alcanzado en los últimos 6 meses? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Cuál es tu peso corporal más alto alcanzado en los últimos 6 meses? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Cuál es tu peso corporal más bajo alcanzado en tu vida adulta? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Cuál es tu peso corporal más alto alcanzado en tu vida adulta? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Medidas**

Brazos (Altura de tríceps): Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Pecho (Altura de pezones): Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Cintura (Altura del ombligo): Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Cadera (Parte más prominente de los glúteos): Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Muslos (Altura de las chaparreras): Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

En la siguiente imagen en que rango te percibes y cuál es tu meta



de: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. a  Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Meta: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Indicadores clínicos**

Antecedentes Salud/Enfermedad Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Padecimientos:

[ ]  Diarrea [ ]  Estreñimiento [ ]  Gastritis [ ]  Ulceras [ ]  Nauseas [ ]  Agruras

[ ]  Vomito [ ]  Colitis [ ]  Otros

Padece alguna enfermedad diagnosticada: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Ha padecido alguna enfermedad importante: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Toma algún medicamento: Elija un elemento.
¿Cuál? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Dosis: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Desde cuándo: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Toma:

[ ]  laxantes [ ]  diuréticos [ ]  antiácidos [ ]  analgésicos [ ]  anticonceptivos

Le han practicado alguna cirugía: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Fecha de la última menstruación:Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Embarazos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Hijos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Incremento de peso en embarazo: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Antecedentes heredo-familiares**

Usted tiene alguno de estos padecimientos:

[ ]  Diabetes [ ]  cáncer [ ]  gastritis [ ]  colitis [ ]  colesterol alto o triglicéridos

[ ]  hipo/hipertiroidismo [ ]  enfermedades respiratorias [ ]  hipertensión arterial

[ ]  depresión [ ]  enfermedad cardiovascular [ ]  sobrepeso u obesidad.

Algún familiar tiene alguno de estos padecimientos:

[ ]  Diabetes [ ]  cáncer [ ]  gastritis [ ]  colitis [ ]  colesterol alto o triglicéridos

[ ]  hipo/hipertiroidismo [ ]  enfermedades respiratorias [ ]  hipertensión arterial

[ ]  depresión [ ]  enfermedad cardiovascular [ ]  sobrepeso u obesidad.

¿Cuándo fue su último chequeo médico? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Consume alcohol: Elija un elemento.

Cantidad: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Consume tabaco: Elija un elemento.

Cantidad: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Consume drogas: Elija un elemento.

Cantidad: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Ha presentado desórdenes alimenticios: Elija un elemento.
Cuál?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

En qué actividades usa su tiempo libre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Cuántas horas al día trabaja? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Cómo es su trabajo? ¿Activo o de escritorio? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Aproximadamente cuántas horas duerme al día? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Pesadez matutina: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Somnolencia durante el día: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Estrés: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Indicadores dietéticos**

¿Cuántas comidas hace al día? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Come entre comidas: Elija un elemento.
¿Qué? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Quién prepara sus alimentos? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Cómo considera que es su apetito?

[ ]  Bueno [ ]  Malo [ ]  Regular

A qué hora del día le da más hambre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Alimentos preferidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Alimentos que no le agradan/no acostumbra: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Ha identificado algún alimento que le causen malestar (inflamación, agruras, colitis, gases) (Especificar): Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Es alérgico o intolerante a algún alimento: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Toma algún complemento o suplemento: Elija un elemento.

¿Cuál? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Dosis: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Cantidad de agua natural durante el día: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Ha llevado alguna dieta especial: Elija un elemento.

¿De qué tipo?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Hace cuánto?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Cuántas?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Por cuánto tiempo?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Apego?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Ha utilizado medicamentos para bajar de peso? Elija un elemento.
¿De qué tipo?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Hace cuánto?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Cuántas?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Por cuánto tiempo?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Apego?: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Recordatorio de 24 horas**

Anota con horarios y cantidades todo lo que comes en un día habitual
recuerda que mientras más precisa sea la información que das más efectivo
será tu programa.
(Se honesto, sin pena, incluye bebidas, chicles, dulces, etc.)
Es necesario que incluyas todo, has un esfuerzo por recordar todo.

Tiempo:

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Alimento:

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Cantidad

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Información deportiva**

¿Presenta algún impedimento para realizar? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿Algún ejercicio? Elija un elemento.
¿Cuál? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Ha presentado alguna lesión o malestar en las siguen zonas?

[ ]  Rodillas [ ]  codos [ ]  espalda baja [ ]  hombres [ ]  tobillos [ ]  cadera.

Nivel de actividad Física

[ ]  Sedentario [ ]  moderada [ ]  activa

¿Cuántos días por semana realizas ejercicio? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
A qué hora del día: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

En donde: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
De qué tipo: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Cuanto tiempo: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Si entrenas con pesas, describe brevemente tu rutina semanal: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Cuáles consideras tus áreas-problema? o que parte de tu cuerpo consideras que necesita más atención/trabajo: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

¿Cuántas veces a la semana puedes asistir al gimnasio, así como cuánto tiempo efectivo le puedes dedicar a cada sesión? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Si no te gusta entrenar con pesas, que otras opciones de ejercicio puedes realizar (entrenamiento con tu cuerpo, entrenamiento de suspensión, entrenamiento con ligas, entrenamiento con barras, entrenamiento con elementos del hogar) Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
¿En caso de que te mandemos una rutina en video estás dispuesto y te

comprometes a realizarlo una vez al día? Haga clic o pulse aquí para escribir texto.