

CUESTIONARIO NUTRICIONAL PERSONALIZADO

Nombre y apellidos:

Edad: Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Otro Peso actual (kg):

Talla (cm): Objetivo de peso (kg):

Teléfono / Email:

Objetivos principales

Pérdida de peso ☐ Ganancia muscular ☐ Mejorar hábitos ☐ Otros:

Estado de salud

Sin patologías relevantes ☐ Diabetes ☐ Hipertensión ☐ Otras:

Intolerancias o alergias alimentarias

Ninguna ☐ Lactosa ☐ Gluten ☐ Frutos secos ☐ Otras:

Preferencias y aversiones alimentarias

Alimentos que NO te gustan:

Alimentos que prefieres incluir:

Estilo de vida y actividad física

Sedentario ☐ Ligero ☐ Moderado ☐ Intenso ☐

Horas de sueño promedio:

Estrés: ☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto