**ENTREVISTA INICIAL (enviar escrito en Forma Digital)**



|  |  |
| --- | --- |
| DATOS PERSONALES | |
| Nombre y Apellido |  |
| Edad |  |
| Sexo |  |
| Talla |  |
| Peso en ayunas |  |
| Nacionalidad |  |
| Dirección (ciudad-país) |  |
| Dirección de mail |  |
| Celular |  |
| Estado Civil |  |
| Ocupación (ser especifico) |  |
| Hijos |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ACTIVIDAD | |
| ¿Realiza actividad física? |  |
| Nivel: recreacional/deporte/ elite |  |
| ¿Qué deporte o actividad? |  |
| ¿Posición de juego? |  |
| ¿Horas por sesión? |  |
| ¿A qué hora del día? |  |
| ¿Intensidad del esfuerzo? |  |
| ¿Qué días? |  |
| ¿Cuántas horas duerme/día? Poner hora de ir a dormir y hora de levantarse. |  |
| ¿Estudia? |  |
| Nivel: primario/secundario/universitario |  |
| ¿Cuántas horas? |  |
| ¿Podrías hacer sesión de trabajo cardiovascular en ayunas? Ej: bici fija, caminar, etc |  |

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMACION DEL PACIENTE |  |
| Motivo de la consulta (detallar) |  |
| ¿Ha concurrido a una nutricionista anteriormente? ¿Qué le pareció? |  |
| ¿Posee alergia/intolerancia a algún alimento?¿Cuál/es? |  |
| ¿Posee alguna enfermedad o problema de salud? ¿Cuál/es? |  |
| Presenta alguno de estos factores de riesgo?   1. Tabaquismo 2. Dislipidemia 3. Diabetes 4. Hipertensión arterial |  |
| Ultimo control de sangre (algo a especificar) |  |
| ¿Toma alguna medicación? ¿En qué momento del día? \*Aclarar además si usa anticonceptivos (mujeres). |  |
| ¿Toma algún suplemento nutricional?¿Cual/es? ¿En qué momento del día? |  |
| Hay en su familia alguna persona que padezca de:   1. Diabetes 2. Hipertensión arterial 3. Colesterol 4. Obesidad 5. Otros |  |
| ¿Fuma? ¿Cuántos por día? |  |
| ¿Desde hace cuánto? |  |
| ¿Tuvo alguna cirugía? ¿ Cuándo? |  |
| Si tiene alguna información extra para agregar |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CONDUCTA ALIMENTARIA |  |
| ¿Cuántas comidas al día realiza? |  |
| ¿Hay algún alimento que no le guste? ¿Cuál/les? ¿Causas? |  |
| ¿Quién Cocina en su casa? |  |
| Generalmente ¿dónde realiza las comidas principales? Oficina, Facultad, Casa, Colegio. |  |
| ¿Con quién come? |  |
| ¿Qué le gusta comer? |  |
| ¿Se levanta a comer de noche? |  |
| ¿Saltea alguna comida principal? |  |
| ¿Picotea entre comidas? |  |
| ¿Incorpora vegetales en las comidas? ¿cuáles? |  |
| ¿Consume frutas?¿cuáles? |  |
| ¿Consume golosinas? |  |
| ¿Incorpora carnes en las comidas? |  |
| ¿Con que acompaña las comidas? Ej.: pan, galletitas, bebidas azucaradas. |  |
| ¿Qué hace el fin de semana con respecto a la alimentación? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| HIDRATACION |  |
| ¿Qué tipo de bebidas toma? |  |
| ¿Cuánto toma al día? |  |
| ¿Se hidrata previo entrenamiento?¿Cuánto? |  |
| ¿Se hidrata luego del entrenamiento?¿Cuánto? |  |
| ¿Va al baño frecuente? ¿Tiene problemas para hacer deposiciones? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| OTRAS OBSERVACIONES/COMENTARIOS  (toda información es útil): |  |

**FRECUENCIA ACTIVIDAD FISICA**

* Detallar en que horario realiza su entrenamiento/actividad diaria.
* Especificar si hace varios entrenos en el día.
* Incorporar a su vez si hace trabajo cardiovascular (correr, caminar, etc.).
* Si no cuadran los horarios, escribir en detalle el suyo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
| 6:00-8:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8:00-10:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10:00-12:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12:00-14:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14:00-16:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:00-18:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18:00-20:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20:00-22:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22:00-00:00 |  |  |  |  |  |  |  |

**Recordatorio de 2 días**

**ESTA INFO TAMBIEN COMPLETAR**

**Como completar este recordatorio:**

* Mantenga estas hojas con usted y escriba inmediatamente luego de comer. No espere al final del día e intentar recordar lo que comió.
* Registre 1 día semanal y un día del fin de semana. Dentro de estos, que halla un día de entrenamiento. No tienen que ser días consecutivos.
* No registre días de vacaciones o cuando este enfermo, ya que no son días típicos.
* Sea lo mas detallado posible, escriba todo lo que haya COMIDO y BEBIDO. No importa lo insignificante o chico que le parezca. Ej: agua, leche en el té, manteca en la tostada. Incluya cantidades, pesar la comida seria lo ideal.
* Información como: una rodaja, 1 taza, 1 cucharada son de gran ayuda.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Horario | Comida o bebida consumida | Cantidad |
| 7:00 | **Cereales Kellogg** | **1 ½ taza** |
|  | **Leche descremada** | **1 taza** |
|  | **Tostada integral** | **1 rodaja** |
|  | **Manteca** | **1 cucharada de te** |

* Si come una alimento procesado, especifique el alimento y la marca.
* Incluya los horarios que coma y beba. Si consume bebidas o alimentos durante los entrenamientos debe incluirlos en el registro.
* **Anote cualquier suplemento nutricional que consuma-multivitamínico, proteína en polvo, creatina, aceite de pescado, pre entrenos, etc.**
* **RECUERDE- MAS DETALLADO ES EL REGISTRO MEJOR. MAS ACERTADO ES EL REGISTRO, MAS ACERTADO SERA EL ANALISIS DEL MISMO.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIA DE LA SEMANA | | |
| HORARIO | **ALIMENTO O BEBIDA CONSUMIDA** | **CANTIDAD** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIA FIN DE SEMANA | | |
| HORARIO | **ALIMENTO O BEBIDA CONSUMIDA** | **CANTIDAD** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**EJEMPLO RUTINA ANTERIOR**

* **Poner** un **ejemplo** de cómo “soles” entrenar. Poner rutina completa.
* En todo caso al menos un día “tipo” para entender lo que soles hacer para comprender tu intensidad.
* No me importan los kg . Si las **series y repeticiones**.

|  |
| --- |
| EJEMPLO DE RUTINA |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |