



## Formulario de Ingreso Nutricional

*“Providing Tools and Enhancing Skills  
To Improve Your Nutritional Health”*

*Complete toda la información*

---

1. Alguna condición medica que debamos conocer?

\_\_\_\_\_

2. Historia familiar de alguna enfermedad medica (Ej: Diabetes, Hiperlipidemia, Hipertensión arterial)

\_\_\_\_\_

3. Alguna meta en especial que le gustaría lograr trabajando juntos?

\_\_\_\_\_

4. Cuénteme un poco sobre su historial de peso:

\_\_\_\_\_

5. Presenta algún tipo de síntoma gastrointestinal como náuseas, vómitos, diarrea, constipación, inflamación estomacal?

\_\_\_\_\_

6. Tiene alguna alergia alimentaria?

\_\_\_\_\_

7. Planifica sus comidas?

8. Con que frecuencia come fuera por semana?

9. Hay algún alimento que evita/limita?

\_\_\_\_\_

10. Por favor, haga una lista de sus medicamentos/ de suplementos actuales:

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---