Valoración

Plan de pérdida de peso

Nombre: Sexo:

Edad:

Peso (kg): Objetivo (kg): Estatura (Centímetros):

Correo electrónico:

Teléfono:

Ocupación: Horarios de la ocupación (no obligatorio):

¿Cuántas horas por semana realizas ejercicio? (Tipo de ejercicio) **ALTAMENTE RECOMENDADO:**

Número máximo de comidas que pudieras hacer (preferentemente 4-5):

¿Eres alérgico a un alimento? ¿A cuál?:

¿Padeces alguna enfermedad la cuál te prive de algún alimento? Diabetes, gastritis, etc.

**¿Problemas con algún alimento?**



*
*
*
*
*
*
* Por ejemplo: manzana, arroz integral, pepino, pescado, pechuga de pollo. Etc.
*
*
*
*
*

Al enviar estos datos me comprometo a decir la verdad.