MédicoLira

RECORDATORIO DE ALIMENTOS **FECHA:** / /

NOMBRE:_____

Edad: _____Sexo:_____ Peso Actual: _____ Talla:_____mts Peso Ideal:_____ kgs

Peso Máximo: _____ Kgs (Cuando: _____) Libras_____ Pulgadas_____

Enfermedades : Diabetes ( ) Colesterol ( ) NDP ( )
Obesidad ( ) I.R.C. ( ) Hipertension ( ) Quelación ( )

Tratamiento: _____

Dia # 1					
DESAYUNO		**COMIDA**		**CENA**	
Cant	Alimentos	Cant	Alimentos	Cant	Alimentos

Dia # 2					
DESAYUNO		**COMIDA**		**CENA**	
Cant	Alimentos	Cant	Alimentos	Cant	Alimentos

Dia # 3					
DESAYUNO		**COMIDA**		**CENA**	
Cant	Alimentos	Cant	Alimentos	Cant	Alimentos

Dia # 4					
DESAYUNO		COMIDA		CENA	
Cant	Alimentos	Cant	Alimentos	Cant	Alimentos

Dia # 5					
DESAYUNO		COMIDA		CENA	
Cant	Alimentos	Cant	Alimentos	Cantida	Alimentos

Dia # 6					
DESAYUNO		COMIDA		CENA	
Cant	Alimentos	Cant	Alimentos	Cant	Alimentos

Dia # 7					
DESAYUNO		COMIDA		CENA	
Cant	Alimentos	Cant	Alimentos	Cant	Alimentos