

NOMBRE: _____ FECHA DE HOY: _____

- 1 ¿Está embarazada? Sí No
- 2 ¿Está amamantando? Sí No
- 3 ¿Toma suplementos alimenticios? Sí No
- 4 ¿Cuánto dinero gastó en comida el mes pasado? _____
- 5 ¿Cuánto tiempo pasa en hacer actividad física?
 - Menos de 30 minutos por día
 - 30 a 60 minutos por día
 - Más de 60 minutos por día

6 Enumere todo lo que ha comido y bebido en las últimas 24 horas. Brinde todos los detalles posibles a continuación.

TIPO DE COMIDA		ABREVIATURAS PARA PORCIONES	
1 = mañana	4 = tarde	cda = cucharada	tz = taza
2 = media mañana	5 = noche	cdta = cucharadita	lb = libra
3 = mediodía	6 = noche tarde	oz = onza	por. = porción

TIPO DE COMIDA	COMIDA Y BEBIDAS Enumere todas las comidas y bebidas. Enumere todos los ingredientes en platos mixtos. Enumere cómo se cocinó la comida (frita, hervida, asada).	CANTIDAD QUE COMIÓ/BEBIÓ
1	COMIDA / REFRIGERIO DE LA MAÑANA	
2	COMIDA DE MEDIA MAÑANA	
3	COMIDA DEL MEDIODÍA	

