



Forma de Revisión

Escribe claramente o en letra de molde. Toda tu información será guardada de manera confidencial. Por favor manda este documento por mail a paulina@amatuvida.tv

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer nombre: _____ Fecha _____

APELLIDO: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Qué cambios positivos has notado desde tu última sesión?

¿Cuáles son sus principales preocupaciones en este momento?

¿Algún cambio en su peso?

¿Cómo está durmiendo?

¿Estreñimiento o diarrea?

¿Cómo estás tu ánimo?

INFORMACIÓN DE ALIMENTOS

¿Estás cocinando más ahora?

Forma de Revisión



¿Qué alimentos se te antoja?

¿Cómo es tu dieta en estos días?

Desayuno

Lunch

Comida

Cena

Líquidos

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

COMENTARIOS ADICIONALES

¿Hay algo más que quisieras compartir?

Por favor de mandar este documento a paulina@amatuvida.tv