

EVALUACION Electrónica de Salud y Condición Física

1 PESO - % GRASA - IMC

ESTATURA	EDAD	PESO REAL	I.M.C.	% GRASA

TABLA DE PESOS SEGÚN ESTATURA Y CONTEXTURA

MUJERES				HOMBRES				PESO IDEAL
ESTATURA	PEQUEÑA	MEDIA	GRANDE	ESTATURA	PEQUEÑA	MEDIA	GRANDE	PESO A PERDER
1.47	42 - 45	44 - 49	47 - 54	1.57	51 - 55	54 - 59	57 - 64	
1.50	43 - 46	45 - 50	48 - 56	1.60	52 - 56	55 - 60	59 - 66	
1.52	44 - 47	46 - 51	50 - 58	1.62	54 - 57	56 - 62	60 - 67	
1.55	45 - 49	47 - 53	51 - 59	1.65	55 - 59	58 - 63	61 - 69	
1.57	46 - 50	49 - 54	52 - 60	1.68	56 - 60	59 - 65	63 - 71	
1.60	48 - 51	50 - 56	54 - 61	1.70	58 - 62	61 - 67	65 - 73	
1.62	49 - 53	51 - 57	55 - 63	1.73	60 - 64	63 - 69	67 - 75	
1.65	51 - 54	53 - 59	57 - 65	1.75	62 - 66	65 - 71	69 - 77	
1.68	52 - 56	55 - 61	58 - 66	1.78	64 - 68	66 - 73	71 - 79	
1.70	54 - 58	56 - 63	60 - 68	1.80	66 - 70	68 - 75	72 - 81	
1.73	56 - 60	58 - 65	62 - 70	1.83	67 - 72	70 - 77	75 - 84	
1.75	57 - 61	60 - 67	64 - 72	1.85	69 - 74	72 - 80	76 - 86	
1.78	59 - 64	62 - 69	66 - 74	1.88	71 - 76	74 - 82	79 - 88	
1.80	61 - 66	64 - 71	67 - 76	1.90	73 - 78	76 - 84	80 - 91	
1.83	63 - 67	66 - 72	70 - 79	1.93	75 - 80	78 - 86	83 - 93	

TABLA DE REFERENCIA E IMPLICACIONES DEL I.M.C.

I.M.C.	PORCENTAJE DE GRASA		CLASIFICACION	CONSECUENCIAS
	MUJERES	HOMBRES		
Menor a 18.5	Menor a 15%	Menor a 10%	DELGADEZ	Trastornos digestivos, debilidad, fatiga crónica, ansiedad y disfunción hormonal
18.5 a 24.9	15%	10% a 15%	ESTADO OPTIMO	Excelente estado físico, atlético.
	15% a 20%	10% a 15%	NORMAL	Buen estado físico, vitalidad, resistencia a enfermedades y óptimo nivel de energía.
25 a 29.9	20% a 25%	15% a 20%	SOBREPESO	Fatiga, enfermedades digestivas, problemas circulatorios en piernas, varices.
	25% a 30%	20% a 25%	SOBREPESO MAYOR	
30 a 34.9	30% a 35%	25% a 30%	OBESIDAD I	Diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, problemas articulares, rodillas y columna, calculos biliares.
35 a 39.9	35% a 40%	30% a 35%	OBESIDAD II	Diabetes, cáncer, angina de pecho, infartos, tromboflebitis, arteroesclerosis, embolias, alteraciones en la menstruación.
Mayor a 40	Mayor a 40%	Mayor a 35%	OBESIDAD III	Riesgo MAXIMO de todas las complicaciones de la obesidad. Falta de aire, apnea, somnolencia, trombosis pulmonar, úlceras varicosas.

Nombre y Apellido:

Fecha de Evaluación:

Su Distribuidor Independiente **HERBALIFE®**

Firma

EVALUACION Electrónica de Salud y Condición Física



2 HABITOS ALIMENTICIOS Y ACTIVIDAD FISICA

	SI	A / V	NO		SI	A / V	NO
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Almuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jugos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad alimenticia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo considera su nutrición diaria?

OPTIMA SUFICIENTE DEFICIENTE

¿Cómo considera su nivel de energía?

EXCELENTE BUENO BAJO

¿Practica algún deporte?

FRECUENTEMENTE ALGUNA VEZ NO

3 DATOS GENERALES

Nombre y Apellido: _____

Dirección: _____

E-mail: _____ Teléfonos: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Referido por: _____ Fecha de Evaluación: _____

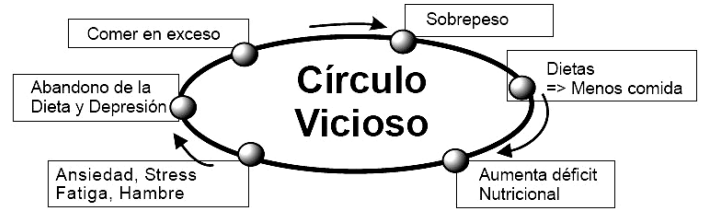
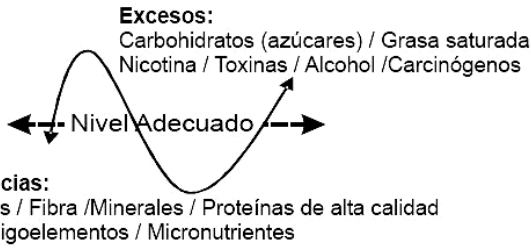
4 ¿LE GUSTO EL REGALO QUE LE HICIERON? - ¿A qué amigos, familiares o conocidos quisiera hacerles el mismo regalo?

	NOMBRE Y APELLIDO	TELEFONO	RELACION	P-1	P-2
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

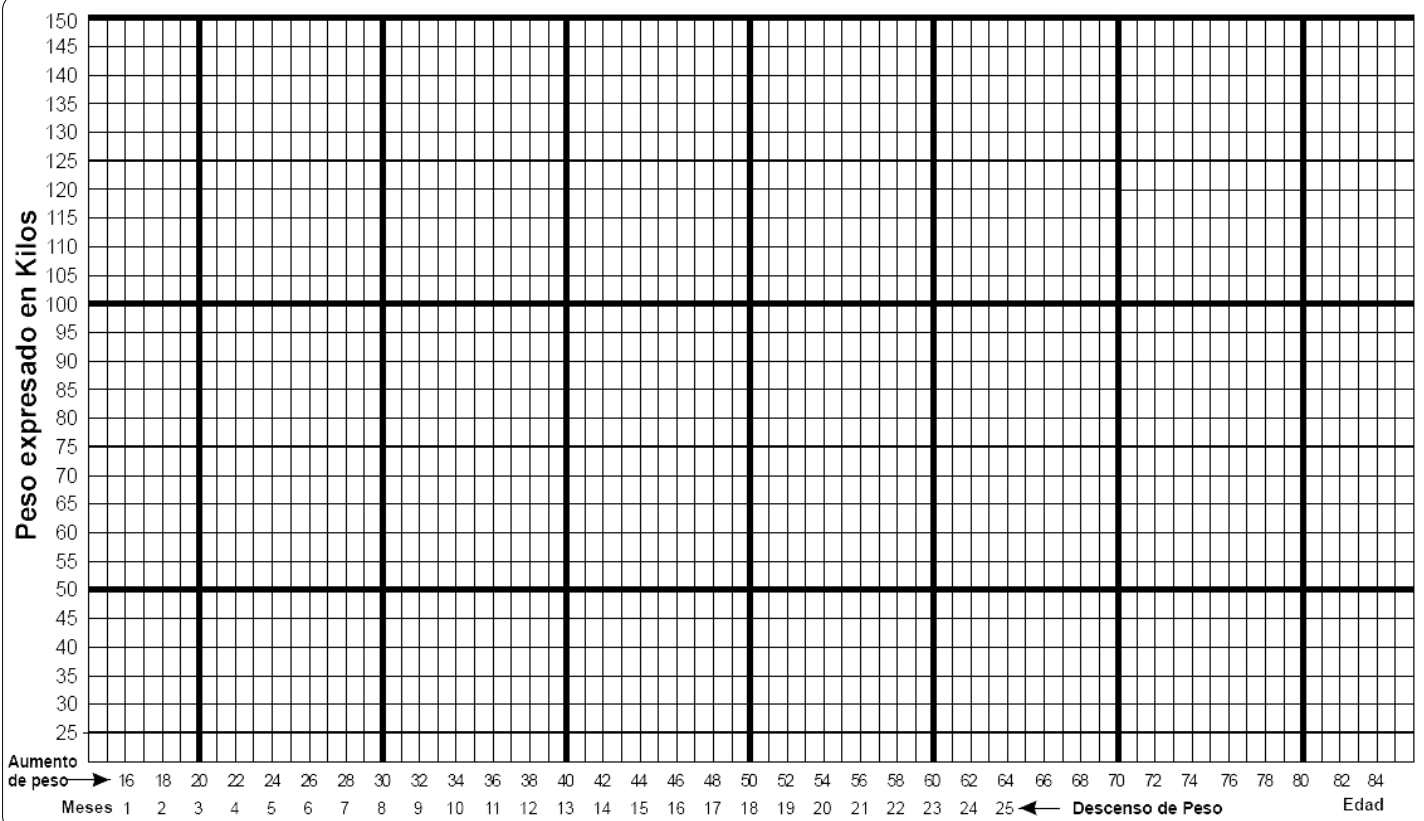
EVALUACION Electrónica de Salud y Condición Física

5 EXCESOS Y DEFICIENCIAS

¿PORQUE LA GENTE ENGORDA?



6 GRAFICO DE PROYECCION DE PESO



7 ¿ESTA INTERESADO EN SOLUCIONAR SU SITUACION ACTUAL?

Kilos a perder	Pérdida + Mantenimiento (meses)
1 - 4	1 + 2
5 - 8	2 + 3
9 - 13	3 + 3
14 - 18	4 + 4
19 - 25	5 + 5
26 - 35	6 + 6
36 - 49	7 + 7
50 - 65	8 + 8
66 - 85	9 + 9
86 - 99	10 + 10
100 - 120	11 + 11
121 - 150	12 + 12

Programa Elegido	Descripción	Costo ↓	Costo ↔	Tiempo de uso ↓ para ↔	Costo Total

(*) Esta Evaluación no constituye un diagnóstico de enfermedades ni reemplaza la visita a su médico.

