

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ **Teléfono** _____

e-Mail: _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Edad** _____

Talla de Ropa _____ Altura _____ Peso Actual _____ Peso Ideal _____ Sobrepeso _____

FECHA DE EVALUACION

IMC _____ **% Grasa** _____

ANTECEDENTES

Depresión Ulcera Diabetes, antecedentes Colesterol Alto Estreñimiento Medicamentos Dolores cabeza, jaquecas, migrañas

Ansiedad Fuma Problemas al corazón Mucho sueño Osteoporosis Alergias Hambre antes menstruación

Gastritis Anemia Falta de Energía Insomnio Colon Irritable Estrés Hipertensión, antecedentes

HABITOS NUTRICIONALES

Productos	1/mes	1/semana	3/semana	Todos los días	Productos	1/mes	1/semana	3/semana	Todos los días
Hamburguesas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pollo, pavo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papas Fritas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pescados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hot dog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastas, tallarines, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ensaladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasteles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dulces, chocolates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aceite de Oliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes rojas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yogurts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Productos de soya, tofu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENEFICIADOS CON EVALUACION

Beneficiarios Evaluación Electrónica de Porcentaje de Grasa Corporal



Beneficiario 1: _____ Teléfono: _____

Beneficiario 2: _____ Teléfono: _____

Beneficiario 3: _____ Teléfono: _____

Beneficiario 4: _____ Teléfono: _____

Beneficiario 5: _____ Teléfono: _____

EVALUACION ELECTRONICA
De porcentaje de grasa corporal e Índice de Masa Corporal (IMC)

Nombre: _____

Fecha Evaluación: _____ **FOLIO:** _____

IMC _____ **% Grasa** _____

IMC	Porcentaje de grasa		Clasificación	Relación entre Porcentaje de Grasa y el Índice de Masa corporal (IMC) y predisposición a enfermedades(*)
	MUJER	HOMBRE		
Menor a 18,5	Menor a 15	Menor a 10	Delgado	Trastornos digestivos, Debilidad, Fatiga crónica, Estrés, Ansiedad y Disfunción hormonal.
18,5 a 24,9	15	10	Estado Optimo	Atlético, Excelente estado físico.
	15 a 20	10 a 15	Normal	Buen nivel de energía, Vitalidad, Resistencia a enfermedades y buena condición física.
25 a 29,9	20 a 25	15 a 20	Sobrepeso	Fatiga, Enfermedades digestivas, problemas circulatorios y Varices.
	25 a 30	20 a 25	Sobrepeso Mayor	
30 a 34,9	30 a 35	25 a 30	Obesidad 1	Diabetes, Hipertensión, Enfermedades Cardiovasculares, Embolias, Problemas articulares, Rodilla y columna.
35 a 39,9	35 a 40	30 a 35	Obesidad 2	Diabetes, Cáncer, Angina de pecho, Infartos, Tromboflebitis, Ateroesclerosis y Embolias.
Mayor 40	Mayor a 40	Mayor a 35	Obesidad Mórbida	Riesgo MAXIMO de todas las complicaciones de la obesidad. Falta de aire, Apnea, Somnolencia, Trombosis pulmonar, Ulceras Varicosas, Cáncer de Próstata, Colon, Uterino y Mamario, Reflujo Esofágico, Discriminación Social, Laboral y Sexual, susceptible a accidentes

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



HERBALIFE®
Distribuidor Independiente
DEPARTAMENTO DE CUIDADO AL CLIENTE

Para mayor información Contacte a su Distribuidor Independiente