



Diario de Alimentación

Nombre:

Fecha de hoy:

Hoy es: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

¿QUÉ HE TOMADO HOY DÍA?

Indique el número de vasos que ha tomado hoy, luego indique qué fue lo que tomó.

<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Agua

¿QUÉ HE COMIDO HOY DÍA?

Escriba lo que comió para cada comida, o indique el tipo de alimento que tuvo en cada comida.

	Pan, Pasta, Arroz, Tortillas 	Queso, Huevos, Carne, Tofu 	Fruta 	Vegetales
Desayuno 				
Almuerzo 				
Cena 				
Meriendas (snacks) 				

Daily Food Diary