

FORMULARIO DIETOTERÁPICO

Datos del afiliado:

Apellido y nombre del titular: _____

N° de Afiliado: _____ Documento N°: _____ Sexo: ☒ M ☐ F

Edad: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Diagnóstico Clínico

Otras patologías asociadas: _____

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: Talla Peso I.M.C.: _____

Peso habitual: Peso en seco (dializado): Peso ideal:

DESCRIPCIÓN DEL NUTROTERÁPICO

Fundamentación del suplemento dietario: _____

Requerimiento Calórico total: _____ Calorías suplementadas: _____

Fecha Inicio del tratamiento nutricional: ____/____/____/ Tempo estimado de suplementación: _____

Vía de alimentación:

- ☐ Oral
☐ SNG
☐ Gastronomía
☐ Yeyunostomía
☐ Parental

NUTROTERÁPICO	PRESENTACIÓN	DOSIS / DÍA	Cantidad envases por mes

Modo de administración: _____

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS (Adjuntar los siguientes análisis de laboratorio)

Albúmina	Colesterolemia	Glucemia	Hemograma	Proteínas Totales
Trigliceridemia	Hb A1c (en DBT)	Transferrina	Linfocitos	Calcio (en IRC)
Creatininemia	Fósforo (en IRC)	Potasio (en IRC)	Uremia	Cl. creatinina (en IRC)

Declaro que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de salud del afiliado.

Nutricionista: _____

Matrícula:

Firma y sello

Fecha: ____/____/____/

Lugar: _____

Firma del afiliado, padre o tutor legal