

HISTORIA CLINICA NUTRICIONAL

Apellido y nombre: _____ *Edad:

Afiliado OSEP N°:

*Documento N°:

Sexo: M F

Diagnóstico Clínico:

TIPO DE DIABETES	Tipo 1 <input type="checkbox"/>	Tipo 2 <input type="checkbox"/>	Gestacional <input type="checkbox"/>	Hipoglucemiante <input type="checkbox"/>	Insulina <input type="checkbox"/>
-------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------

Último valor de glucemia en ayunas: _____ Último valor Hg glicosilada: _____

Hipertensión Arterial: Dislipidemia:

Otras patologías asociadas: _____

Datos Antropométricos:

Peso:

Talla:

I.M.C:

Valoración Nutricional: _____

Actividad física: _____

Anamnesis nutricional: _____

Objetivos del tratamiento nutricional: _____

Fecha: ___/___/___/

Firma