

N° BENEFICIO

Datos personales

1. Apellidos:

Nombres:

2. Documento de Identidad

LE LC DNI

Número:

3. Fecha de nacimiento:

Edad:

4. Domicilio:

Número:

Piso:

Dpto:

Entrecalle 1

Entrecalle 2

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

Contacto Familiar

5. Apellidos:

Nombre:

Parentesco:

Teléfono:

Antecedentes patológicos Diabetes Dislipemia HTA Insuf. cardíaca IRC Diálisis Trasplante renal Dif. resp. EPOC Hepatitis Otro Diagnóstico principal Patologías asociadas**Síntomas gastro intestinales** Disfagia Náuseas Saciedad precoz Hiporexia/Anorexia Gastroparesia Vómitos Constipación Diarrea

Datos antropométricos

Peso actual	Peso habitual	Talla aproximada/real	
Pérdida de peso	<input type="radio"/> <5%	<input type="radio"/> 5 al 10%	<input type="radio"/> >10%
Tiempo	<input type="radio"/> < 3 meses	<input type="radio"/> 3 a 5 meses	<input type="radio"/> > de 5 meses

Datos clínicos

Cambios en la ingesta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Edema / Ascitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fiebre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pérdida adiposa /muscular	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Capacidad funcional

Buena
 Disminuida
 Nula

Laboratorio

Fecha	G. rojos	G. blancos	Hb
Hto	Urea	Albúmina	Linfocitos
Transferrina	Otro		

Diagnóstico nutricional

Bien nutrido
 Sin riesgo nutricional
 Con riesgo nutricional

Moderadamente desnutrido
 Severamente desnutrido

 Observaciones

Plan de cuidado nutricional

<input type="radio"/> Soporte enteral	<input type="radio"/> Soporte parenteral	<input type="radio"/> Suplementación oral
Consejo dietético	Calorías/Kg/d	Proteínas/Kg/d
Volumen	Fórmula especial	

Fecha

Firma del profesional