



SISTEMA INTEGRAL MODELO PACHUCA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA
ALIMENTACION PACIENTES DURANTE PLAN DE EMERGENCIA

Datos Generales

Nombre			Fecha de nacimiento		
Edad	Servicio/Habitación		Numero de expediente:		
¿Actualmente usted presenta alergias a alimentos?			DESAYUNO	COMIDA	CENA
¿Cuál?					
¿Actualmente usted presenta intolerancias a alimentos?					
¿Cuál?					
Tipo de dieta indicada por el medico tratante					
Nombre			Fecha de nacimiento		
Edad	Servicio/Habitación		Numero de expediente:		
¿Actualmente usted presenta alergias a alimentos?			DESAYUNO	COMIDA	CENA
¿Cuál?					
¿Actualmente usted presenta intolerancias a alimentos?					
¿Cuál?					
Tipo de dieta indicada por el medico tratante					

Nombre			Fecha de nacimiento		
Edad	Servicio/Habitación		Numero de expediente:		
¿Actualmente usted presenta alergias a alimentos?			DESAYUNO	COMIDA	CENA
¿Cuál?					
¿Actualmente usted presenta intolerancias a alimentos?					
¿Cuál?					
Tipo de dieta indicada por el medico tratante					

Nombre			Fecha de nacimiento		
Edad	Servicio/Habitación		Numero de expediente:		
¿Actualmente usted presenta alergias a alimentos?			DESAYUNO	COMIDA	CENA
¿Cuál?					
¿Actualmente usted presenta intolerancias a alimentos?					
¿Cuál?					
Tipo de dieta indicada por el medico tratante					