

SISTEMA INTEGRAL MODELO PACHUCA.
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA.

HOJA DE BIENVENIDA.

San Agustín Tlaxiaca Hgo. a: _____ de: _____ del: _____

Fecha de ingreso. _____ N° de expediente. _____

Estimado paciente:

El departamento de Nutrición le da la más cordial bienvenida, esperando que durante su estancia en esta clínica reciba la atención adecuada y el tratamiento nutricional en base a su padecimiento.

Le informo que el tipo de dieta indicada junto con su médico tratante es:

En caso de intolerancia o alergias de alimentos indique cual.

Se le informa que su dieta será modificada en base a su evolución.

Cualquier duda o aclaración sobre su tratamiento nutricional favor de solicitarlo a su nutriólogo (a) responsable.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y firma del Nutriólogo (a)