



APELLIDO Y NOMBRE: _____ **N° IPS** _____ :

Diagnostico Nutricional

ADULTOS	Peso actual Kg.	Peso Habitual Kg.	Talla cm	BMI	%PP: (Tiempo):
NIÑOS	P/E	T/E	P/T	Obs:	
Glucemia	Uremia		Albúminas		
Prot. Totales	Proteinograma		Opcional:		

Para Diagnostico de Desnutrición, explicar parámetros utilizados:

Plan Terapéutico Nutricional

Calorías Totales Requeridas /Kg./ día	Requerimiento de macronutrientes Grs/Kg/Dia		
	H de C.	Prot.	Grs.

Formula desarrollada de alimentación

Alimentos/ Tipo	Cantidad
• LECHE	
• QUESO	
• YOGURT	
• CARNE	
• FRUTAS	
A	
B	
• VERDURAS	
A	
B	
C	
• HARINAS	
• PREMEZCLAS	
• PASTAS PREFACTURADAS	
• OTROS CEREALES	
• PANES Y DERIVADOS S/TACC	

Observaciones:

Etapa actual de tratamiento nutricional:

____/____/____ Hs.: ____:____ Fecha y hora	Firma y sello del profesional Nutricionista.
---	--