



Fecha: _____
Nombre y Apellido: _____ **Paciente N:** _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ **Derivado Por:** _____
Diagnósticos: _____
Motivo de Referencia: _____

DIARIO DE 24 HORAS					
Primera Ingesta		Segunda Ingesta		Tercera Ingesta	
Alimentos	Cantidad	Alimentos	Cantidad	Alimentos	Cantidad
Entre Comidas		Entre Comidas		Entre Comidas	



¿Quién cocina?	<input type="radio"/> Restaurante <input type="radio"/> Comidas rápidas <input type="radio"/> Comida para llevar	<input type="radio"/> Yo mismo/a <input type="radio"/> Un familiar <input type="radio"/> Persona a cargo del cuidado
¿Fuma?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Drogas de tipo recreacional	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Actividad Física	<input type="radio"/> Si <i>(Especifique)</i>	<input type="radio"/> No
Comentarios		

FRECUENCIA DE LAS COMIDAS			
¿Cada cuánto ingiere los siguientes alimentos?	Diaria	Alg. Veces	Nunca
Leche, yogurt, queso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carne, pescado, pollo, huevos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantequilla de maní, frutos secos, arroz y frijoles, tofu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan blanco, bagels, cereal dulce, arroz, pasta, papas/patatas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pan de harina de trigo/centeno, arroz tostado, pastas con harinas integrales, harina de avena, cereal integral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verduras, ensalada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frutas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jugos, limonada, bebidas frutales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snacks (papas, pretzels, galletitas dulces, tortas, golosinas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Café, té, seltzer, té helado, gaseosa dietética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snapple, Malta, sports drinks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cerveza, vino, licores, tragos mezclados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantequilla, aceite, queso crema, mayonesa, salsa, comida frita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTARIOS			
<input type="radio"/> Sin plan de comidas			



- Sin variedad
- Otros:

EVALUACION

Factores de Riesgo (<i>marque todas las que correspondan</i>)	
<input type="radio"/> recursos financieros limitados <input type="radio"/> inseguridad alimentaria	<input type="radio"/> vivo solo/a <input type="radio"/> sin sistema de apoyo
<input type="radio"/> no puedo cocinar <input type="radio"/> no puedo hacer las compras	<input type="radio"/> no tengo lugar para cocinar <input type="radio"/> acceso limitado a la comida
<input type="radio"/> cuestiones psicosociales <input type="radio"/> limitación cognitiva	<input type="radio"/> depresión <input type="radio"/> enfermedad mental
<input type="radio"/> dolor <input type="radio"/> fatiga	<input type="radio"/> necesito ayuda con ADLs <input type="radio"/> necesito ayuda con IADLs
<input type="radio"/> mala dentición <input type="radio"/> necesito atención bucal	<input type="radio"/> problemas para tragar los alimentos <input type="radio"/> poco apetito
<input type="radio"/> aumento de peso <input type="radio"/> náuseas <input type="radio"/> constipación	<input type="radio"/> pérdida de peso <input type="radio"/> vómitos <input type="radio"/> diarrea
<input type="radio"/> limitación visual <input type="radio"/> dificultad para leer	<input type="radio"/> cuidado con dificultades visuales <input type="radio"/> cuidador que no puede leer
<input type="radio"/> Medicamentos recetados, de venta libre, suplementos que afectan los síntomas GI y/o el estado nutricional (especifique)	
<input type="radio"/> intolerancia a la lactosa	<input type="radio"/> intolerancia a algunos alimentos (especifique)
Alimentación Actual (<i>marque todo lo que corresponda</i>)	
<input type="radio"/> adecuada	
<input type="radio"/> inadecuada en	
<input type="radio"/> fluidos <input type="radio"/> calcio <input type="radio"/> proteína <input type="radio"/> frutas <input type="radio"/> verduras <input type="radio"/> granos <input type="radio"/> fibra	
<input type="radio"/> excedida en	
<input type="radio"/> dulces <input type="radio"/> bebidas dulces <input type="radio"/> alcohol <input type="radio"/> snacks salados <input type="radio"/> comidas rápidas	
<input type="radio"/> cafeína <input type="radio"/> otras	
<input type="radio"/> saltea comidas	
<input type="radio"/> porciones grandes	
<input type="radio"/> sin plan	
<input type="radio"/> Fuma	



<input type="radio"/> Drogas de tipo Recreacional
<input type="radio"/> Actividad Física
Otros:

RECOMENDACIONES <i>(marque todo lo que corresponda)</i>	
Derivación a	<input type="radio"/> Asistencia Social <input type="radio"/> Nutricionista <input type="radio"/> Terapista Ocupacional <input type="radio"/> Terapista Físico <input type="radio"/> Salud Mental <input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Programa para Dejar de Fumar <input type="radio"/> Oftalmólogo <input type="radio"/> Otros
Aumentar:	<input type="radio"/> fluidos <input type="radio"/> calcio <input type="radio"/> proteína <input type="radio"/> frutas <input type="radio"/> verduras <input type="radio"/> fibra <input type="radio"/> actividad física
Disminuir:	<input type="radio"/> dulces <input type="radio"/> bebidas dulces <input type="radio"/> alcohol <input type="radio"/> snacks salados <input type="radio"/> comidas rápidas <input type="radio"/> comidas fritas <input type="radio"/> porciones <input type="radio"/> cafeína
<input type="radio"/> Comer en horarios regulares <input type="radio"/> Comer con mayor frecuencia	
Ayuda con	<input type="radio"/> selección de alimentos <input type="radio"/> plan de comidas <input type="radio"/> enseñar al cuidador <input type="radio"/> las compras <input type="radio"/> cocinar <input type="radio"/> obtener Meals on Wheels*
Aumentar la supervisión:	<input type="radio"/> ayuda domiciliaria <input type="radio"/> programa diario <input type="radio"/> vida asistida <input type="radio"/> instalaciones con enfermera calificadas
Interrumpir suplementos _____	
Considerar suplementos para _____	

Otros:

Intervención:



Firma: _____

Fecha: _____

Meals on Wheels* es un programa que se encarga de proporcionar alimentos a aquellas personas que no pueden preparar sus propios alimentos y que viven solas.

Autorización concedida por la Pagina del CMSC y Susan Goodman, MA, RD, CDN, CDE (Nutricionista y autora del documento) para reimprimir copias de este formulario.