

Información del/la Alimentista

Número de Caso _____

Nombre del/la Alimentista: _____
Apellido Paterno Apellido Materno NombreDirección Residencial: _____
 _____Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Edad _____ Sexo M F Núm. de Hijos _____Estado Civil Casado/a No Casado/a Divorciado/a Viudo/aOcupación Empleado/a Pensionado/a
 Desempleado/a Incapacitado/a
 Trabaja por cuenta propia Jubilado/a
 Otro _____Ingresos: ¿Recibe ayudas económicas? Sí No Seguro Social _____ Renta _____
 Cupones _____ Pensión o Retiro _____
 Otros _____

Enfermedades o condiciones de salud:

<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Ceguera parcial o total	<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Problemas de Circulación	<input type="checkbox"/> Sordera parcial o total	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Salud Mental	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Alzheimer
<input type="checkbox"/> Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> Limitaciones Físicas _____	
<input type="checkbox"/> Demencia Senil	<input type="checkbox"/> Otros _____	

¿Tiene Plan Médico? Sí NoAtendido por: _____
Nombre_____
Posición_____
Fecha

Rev. 29/01/07