

INFORME MÉDICO PARA SOLICITUD DEL SERVICIO DE COMIDAS A DOMICILIO

Versión 01

A rellenar por el facultativo que atiende habitualmente al solicitante

SERVICIO DE COMIDAS A DOMICILIO PARA PERSONAS MAYORES Y DEPENDIENTES.

D/Dña:
Nº de Afiliación Seguridad Social:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO.

DIETA

Debe seguir una dieta del tipo:

- | | | | |
|--------------------------|----------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> | NORMAL | | |
| <input type="checkbox"/> | HIPOSÓDICA | | |
| <input type="checkbox"/> | POBRE EN GRASA | _____ | Kcal. |
| <input type="checkbox"/> | DIABÉTICA | _____ | Kcal. |

Y además de

- FACIL MASTICACIÓN

OBSERVACIONES

AYUNTAMIENTO DE DERIVACIÓN:

NOMBRE TRABAJADOR SOCIAL:

TELÉFONO:

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo: