

INFORME DE SALUD MENJAR A CASA

DATOS DEL/A MÉDICO/A: _____ Nº COLEGIADO/A: _____

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE: _____ DNI: _____

A continuación se detallan las dietas que ofrece el Menjar a Casa. Este documento ha de ser cumplimentado por el facultativo responsable. Márquese **una sola "X"** en la casilla Dieta Usuario.

Marcar X	Codigo	DIETA
	0	Basal o Normal
	1	Basal Normal Sin Sal
	2	Régimen
	3	Régimen Sin Sal
	4	Fácil Masticación
	5	Fácil Masticación Sin Sal
	6	Diabética
	7	Diabética Sin Sal
	8	Baja En Grasa
	9	Baja En Grasa Sin Sal
	10	Baja En Ácido Úrico
	11	Baja En Ácido Úrico Sin Sal
	12	Protección Renal
	13	Protección Renal Sin Sal
	14	Protección Gástrica
	15	Protección Gástrica Sin Sal
	16	Sin Legumbres
	17	Sin Legumbres Sin Sal
	18	Vegetariano Con Pescado
	19	Vegetariano Con Pescado Sin Sal
	20	Sin Pescado
	21	Sin Pescado Sin Sal
	22	Triturado
	23	Triturado Sin Sal
	24	Astringente
	25	Astringente Sin Sal
	26	No Cerdo
	27	No Cerdo Sin Sal
	28	No Cítricos
	29	No Cítricos Sin Sal
	99	Personalizada: (indicar)

- En caso de dieta 99 Personalizada, especificar en la misma casilla el Nombre de Dieta.

OBSERVACIONES (ALERGIAS, INTOLERANCIAS U OTROS DATOS RELEVANTES PARA EL SERVICIO): _____

Fecha: _____ a _____ de _____ de 20__

Firma y cuño médico/a: _____