



## SERVICIO DE COMIDA A DOMICILIO

### A CUMPLIMENTAR POR EL/LA INTERESADO/A

NOMBRE:	
DIRECCIÓN:	
TELEFONO:	MÓVIL:

### A CUMPLIMENTAR POR EL/LA D.U.E./ENFERMERA

D.U.E./ENFERMERA:
CENTRO DE SALUD:

¿Considera que el paciente padece limitaciones físicas y/o psíquicas que le impidan preparar la comida?

LEVE  MODERADA  SEVERA

ALERGIAS A ALIMENTOS: No  Si  Cuales:

<b>NECESIDADES CALÓRICAS:</b>	<b>1000</b>	<b>1250</b>	<b>1500</b>	<b>1750</b>	<b>2000</b>	
-------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--

### PREPARACION ESPECIAL

LIQUIDA  BLANDA  TRITURADA  LACTEA

### RECOMENDACIONES ESPECIALES

DIETA HIPERPROTEICA  DIETA HIPERCALORICA

PREPARACIÓN DE PRUEBAS ESPECIALES  Indicar:

### RESTRICCIONES

BAJA EN SAL  SIN GLUTEN  SIN AZUCARES  SIN LACTOSA

DIETA HIPOPROTEICA  BAJA EN GRASAS (protección hepática/biliar)

OTROS  (especificar):

Ciudad Real, a            de            de 2010

EL/LA D.U.E./ENFERMERA,