



Solicitud de extensión de COBERTURA NUTRICIONAL

Nombre y apellido de afiliado: _____

Tipo: _____ N° de Doc: _____ Edad: _____ años Localidad: _____

Teléfono: (_____) - _____ Fecha

✦ Inscrito en el Programa:

HTA:

DBT:

OBESIDAD:

ATENDER:

✦ Tratamiento nutricional:

Fecha de Inicio:

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ P. de Cintura: _____ HbA_{1c}: _____

✦ Características del tratamiento:

Consulta Nutricional:

N° de Consultas realizadas _____ Plan alimentario actual _____ kcal/día.

Registro Alimentario: Sí No

✦ Adherencia al plan alimentario:

Clasifique según la sumatoria de los siguientes ítems:

a) buena predisposición al tratamiento

c) cumple con pautas alimentarias

b) concurre a las consultas

d) tendencia positiva al cambio en el estilo de vida

Muy Buena 4

Buena 3

Regular 2

Mala 1

Actividad Física: Tipo: _____ N° de estímulos semanales _____

Curso de Educación: Completo Incompleto No lo realizó

Consulta Psicológica: Sí No Consulta Médica: Sí No

Medicación: No Sí ¿Cual? _____

✦ Evolución:

Tiempo de permanencia bajo tratamiento nutricional: _____

Peso Actual: _____ Descenso de Peso: _____ kg _____ %

Talla: _____ IMC: _____ P.de Cintura: _____ Última HbA_{1c}: _____

✦ Comentarios: _____



Instituto de Seguridad
Social del Neuquén

Firma Auditoría de
Programas Especiales ISSN

Firma y sello del profesional

Sentite | NEUQUEN

Ministerio de Salud y Seguridad Social