

INFORME MÉDICO

MOTIVO: VALORACIÓN DEL CATERING SOCIAL PARA BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE COMIDA A DOMICILIO PERSONAS DEPENDIENTES DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS ALTAMIRA-LOS VALLES.

SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA NACIMIENTO:

Nº SEGURIDAD SOCIAL:

PRESCRIPCIÓN ALIMENTICIA:

Tipo de menú

- Normal
- Sin sal
- Ácido úrico
- Colesterol/bajo en grasas
- Facil Masticacion
- Turmix
- Diabético
- Otros:

INTOLERANCIA A ALGÚN ALIMENTO:.....
.....
.....

OBSERVACIONES:
.....
.....

En, ade 2009

Informe emitido por el Dr.....

Centro de Trabajo.....

N º Colegiado.....

Sello, firma y fecha