



UNIDAD MÉDICA MUNICIPAL  
 H. HOSPITAL GENERAL MUNICIPAL  
 IGUALA DE LA SIERRA  
 2015-2016

### CONSULTA NUTRICIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ kg      TALLA: \_\_\_\_\_ cm      EDAD: \_\_\_\_\_ años

%MASA GRASA: \_\_\_\_\_ %      % MASA MUSCULAR: \_\_\_\_\_ %      IMC: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

CIRCUNFERENCIA DE CINTURA: \_\_\_\_\_ cm      T/A: \_\_\_\_\_ mmHg

DX NUTRICIONAL: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO MEDICO: \_\_\_\_\_

### PLAN DE ALIMENTACIÓN

DESAYUNO		NUMERO DE RACIONES		CENA	
PLATILLO:	HORA: _____	COMIDA	HORA: _____	PLATILLO:	HORA: _____
FRUTAS	_____	FRUTAS	_____	FRUTAS	_____
VERDURAS	_____	VERDURAS	_____	VERDURAS	_____
CEREAL	_____	CEREAL	_____	CEREAL	_____
CEREAL C/G	_____	CEREAL C/G	_____	CEREAL C/G	_____
LEGUMINOSAS	_____	LEGUMINOSAS	_____	LEGUMINOSAS	_____
AOA M. BAJO	_____	AOA M. BAJO	_____	AOA M. BAJO	_____
AOA BAJO	_____	AOA BAJO	_____	AOA BAJO	_____
AOA MEDIO	_____	AOA MEDIO	_____	AOA MEDIO	_____
AOA ALTO	_____	AOA ALTO	_____	AOA ALTO	_____
GRASAS S/P	_____	GRASAS S/P	_____	GRASAS S/P	_____
GRASAS C/P	_____	GRASAS C/P	_____	GRASAS C/P	_____
AZUCARES	_____	AZUCARES	_____	AZUCARES	_____
<b>COLACION 1</b>		<b>COLACION 2</b>		<b>RECOMENDACIONES:</b>	
FRUTAS	_____	FRUTAS	_____	_____	
VERDURAS	_____	VERDURAS	_____	_____	
GRASAS C/P	_____	GRASAS C/P	_____	_____	
AZUCARES	_____	AZUCARES	_____	_____	