

Información de Alimentista

Número de Caso _____

Nombre de Alimentista: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Edad _____ Sexo M F Núm. de Hijos _____

Estado Civil Casado/a No Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Ocupación Empleado/a Pensionado/a

Desempleado/a Incapacitado/a

Trabaja por cuenta propia Jubilado/a

Otro _____

Ingresos: ¿Recibe ayudas económicas? Sí No

Seguro Social _____ Renta _____

PAN _____ Pensión o Retiro _____

Otros _____

Enfermedades o condiciones de salud:

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Ceguera parcial o total | <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Circulación | <input type="checkbox"/> Sordera parcial o total | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> Limitaciones Físicas _____ | |
| <input type="checkbox"/> Demencia Senil | | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

¿Tiene Plan Médico? Sí No _____

Atendido por: _____
Nombre

Posición

Fecha

Rev. 26/jun./12