COMPONENTE 3. FORTALECER NUTRICIONALMENTE A LA POBLACION ADULTO MAYOR MEDIANTE VALORACIÓN NUTRICIONAL, ORIENTACIÓN SOBRE ADECUADA ALIMENTACIÓN Y ENTREGAS DE KITS NUTRICIONALES.

FORMATOS SEGUNDA VALORACIÓN PARA SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

ACTIVIDAD: Segunda jornada de valoración nutricional al adulto mayor - Componente 3

FECHA: Octubre 17 de 2024 **LUGAR:** MUNICIPIO DE LA JAGUA DEL PILAR

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	EDAD	GENERO	DIRECCION	TELEFONO	FIRMA
1	ADALIS MARIA BLANCO GARCIA	49693280	61	FEMENINO	CLL 9 # 5 48	3163325385	Adalis Blanco
2	ADAULFO MANUEL LAGO	5173123	86	MASCULINO	CALL 6 # 1A-41	3157881836	Raul Lago
3	ADELAIDA MENDEZ	28796106	71	FEMENINO	CALL 6 # 1-34	3227760197	
4	ALEJANDRO CALIXTO AMAYA MORON	12715997	73	MASCULINO	CALL 9 # 8-86	3187970837	
5	ALFREDO JOSE FERNANDEZ BERMUDEZ	17970954	67	MASCULINO	CLL 15# 8 19	3116816372	Alfredo Fernandez
6	ALVARO ENRIQUE CUJIA MARTINEZ	5162341	77	MASCULINO	CALL 7 # 1-113	3046067114	
7	ALVARO HERNANDO EXGUERRA SAMPER	17040655	83	MASCULINO	CALL 12 # 7-88	3002152235	
8	ANTONIO MARIA ROMERO BAQUERO	12717683	73	MASCULINO	CALLE 1 #1-21	3127311354	
9	ANSELMO EVARISTO NEGRETE LAGO	17970818	71	MASCULINO	CALLE 6 #1-73	3102423984	Ernesto Negrete
10	ARGEMIRO DE JESUS MARTINEZ	5173249	79	MASCULINO	KRA 5 # 3-75	3126842817	Argemiro Martinez
11	AMIN CAMILO ROMERO CASTILLA	17971055	65	MASCULINO	CRA 4 # 3 37	3016551963	Amin Romero
12	ANA DEL PILAR MOLINA CALDERON	40797415	67	FEMENINO	CRA 4 # 3 37	3016551963	Ana Molina C
13	ANA LUZ GUERRA	40801374	68	FEMENINO	CLL 4 # 1A 28	3116890994	
14	BEDEL JOSE DURAN LAGO	17971033	66	MASCULINO	CRA 5 #5-13	3137881465	Bedel Duran
15	BETTY SOTO PEREZ	27017232	75	FEMENINO	KRA 4 # 4-50	3165791588	Betty Soto

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

16	BLANCA NIEVES BONILLAS VILLA	27017301	76	FEMENINO	CRA 4 # 6-83	3152473727	
17	CARLOS ELIAS MOLINA VALDEZ	5173088	87	MASCULINO	KRA 3 # 3-58	3108988574	x
18	CENIA CELINA DURAN MURGAS	42498527	66	FEMENINO	CLL 7 # 1A 53	3164627089	Cenia C Duran Murga
19	DANILO FRANCISCO CASTILLA LAGO	5173269	74	MASCULINO	KRA 3 # 3-08	3212159142	x
20	DARIO ALFONSO NUÑEZ DURAN	5173237	79	MASCULINO	CLL 10 # 1 28	3128029766	
21	DEICY ARAUJO	49750689	62	FEMENINO	SAN BENITO	3133155168	x DEICY ARAUJO
22	DELCIRA ORTEGA ROMERO	23054102	67	FEMENINA	CALL 3 # 2-03	3126754148	x Delcira Ortega
23	DILA CHIRINO	4889843	68	FEMENINA	cll1 # 1 43	3244395584	DILIA CH
24	DIOMEDEZ BELLO GONZALEZ	12410341	75	MASCULINO	TRANQUILIDAD	3135433669	x
25	DIONICIA MARIA ROMERO DE CAMPO	27015192	71	FEMENINA	CLL 7 # 1A 84		x Dionicia Romero
26	DIONISIA DE JESUS BERMUDEZ	27013151	84	FEMENINA	CALL 6 # 1A-21	3162982759	x
27	DANIEL SERRANO	17970872	69	MASCULINO	CALL 14		x
28	EDITH DAVILA JIMENEZ	26722499	67	FEMENINO	CALL 3 # 1-93	3137907150	x
29	ELDA BEATRIZ GUERRA	27017256	75	FEMENINO	CALL 3 # 2 27	3136773519	- Eldo B Guerra
30	ELENA ESTHER MANJARREZ VEGA	42485409	76	FEMENINO	CALL 3 # 1-121	3172605876	x Elena Manjarrez
31	ELVIRA ISABEL RAMIREZ FUENTES	27014581	70	FEMENINO	SAN BENITO	3166095030	x
32	EMILSE ANGEL	39007019	76	FEMENINO	CALL 3 # 3-33	3126597508	x
33	ENAURA ELENA MOLINA CALDERON	27017259	71	FEMENINO	F. LA SOMBRA	3003471950	Enaura E Molina C
34	ERITH LUZ BELEÑO PINTO	27017328	62	FEMENINO	CRA 3 # 5 36	3017699610	x
35	ESTHER MARINA USTARIZ USTARIZ	27015548	69	FEMENINO	CLL 6 # 1A 33	3187970837	x Esther Ustáriz

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

36	ETILCIA LEON JIMENEZ	49607982	78	FEMENINO	CLL 14 # 9 47	3133490757	Etilcia
37	ETILSA SILVERA MELENDEZ	27015548	68	FEMENINO	CRA 6 # 9 57	3133490757	Etilsa Silvera Melendez
38	EVIS EDITH BARON BETIN	1065575561	65	FEMENINO	CLL 10 # 5 27	3187180399	Evis Baron
39	EUDALDO CUENTAS CARDENAS	5002253	80	MASCULINO	CLL 7 # 1 113	33046067114	Eudaldo
40	FRANCIA ELENA SAURITH	27017101	86	FEMENINO	CLL 8 # 1A 71	3235124578	
41	FELIX DE JESUS MOLINA CALDERON	5173251	78	FEMENINO	DG 3 # 1-84	3145011786	
42	MELQUIADES ORTEGA ZAMBRANO	5953951	71	MASCULINO	CLL 1 # 1 43	3244395584	
43	FLORENTINA MARIA MENDOZA CATAÑO	27002660	74	FEMENINO	CRA 4 3 - 37	3146950925	Florentina mendoza
44	FREDIS SALAS BAQUERO	17971136	68	MASCULINO	CLL 14 # 10 104	3116502129	Fredy Salas
45	GLADYS YANETH JIMENEZ AROCA	5171767	64	FEMENINO	CALL 4 # 2-35	3145630573	Gladis Jimenez aroca
46	TERSILIA HERNANDEZ PINEDA	36595016	77	FEMENINO	CALL 7 # 1-20	3177908635	Tersilia
47	GONZALO MOSQUERA GOMEZ	77011720	67	MASCULINO	EL PARAISO		Gonzalo
48	GUSTAVO USTARIZ RAMIREZ	5173301	63	MASCULINO	EL PLAN	3017907023	
49	HUMBER ELIAS DURAN MURGAS	18936605	67	MASCULINO	CALL 2 # 1 01	3105286763	
50	IDALIA LEONOR SERPA GARCIA	40797496	77	FEMENNINO	CLL 2 # 1 663	3008825040	Idalia Serpa
51	INOCENTA ISABEL CORDOBA LAGO	27015361	65	FEMENINO	CASA DE ZINC	3015164966	
52	ISABEL FELICIA ROMERO BAQUERO	27015194	69	FEMENINO	CLL 9 # 4 45	3170359838	Isabel f Romero
53	ISIDORA RAFAELA ROMERO BALCAZAR	27014794	71	FEMENINO	CLL 6 #	3218925824	Isidora Balcazar
54	MANUEL SANCHEZ	5173257	80	MASCULINO	CRA 2 # 5 - 74	3104373049	
55	MARIA VICTORIA REALES LAGO	27017272	62	FEMENINA	VILLA DURAN	3007840315	Maria Victoria Reales

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

56	JOSE ALEJANDRO CAMPO CABANA	1831380	76	MASCULINO	CALL 6 # 1A -24	3012773837	
57	JOSE DEL CARMEN PATIÑO FERRER	12441110	65	MASCULINO	KRA 4 # 5-21		
58	JOSE LUCAS RAMIREZ SAURITH	17970988	72	MASCULINO	CLL 5 # 2 07	3042013883	
59	JOSE SILVESTRE OLMEDO PEÑALOZA	5170319	79	MASCULINO	CLL 9 # 5 105	3106329983	
60	JUAN FRANCISCO BLANCO SALAS	12708960	81	MASCULINO	CRA 4 # 4 15	3145222319	
61	JUAQUIN DE JESUS PEÑA MANJARREZ	7411437	86	MASCULINO	KRA 4 # 2-40	3137650390	
62	JUDITH LAGO BALCAZAR	27017274	63	FEMENINO	CLL 10 # 5 27		
63	LEOMELDA LUZ GONZALEZ MANJARREZ	40800332	64	FEMENINO	KRA 5 # 6 85	3205236545	
64	LETICIA ISABEL MOLINA	27017262	85	FEMENINO	CALL 6 # 5-51	3128686916	
65	LUCILA VEGA VILLAZON	42491227	70	FEMENINO	CRA 3 # 5 35	3182946072	
66	LUIS CARLOS ROMERO BAQUERO	17970948	67	MASCULINO	SAN BENITO		
67	LUIS ROBERTO OLIVEROS HERNANDEZ	92185387	67	MASCULINO	CRA 4 # 451 15	3105311454	
68	LUISA MERCEDES SAURITH	27017190	83	MASCULINO	CRA 5 # 6 107	3013317190	
69	LUISA ELENA JIMENEZ DE DURAN	27017171	85	FEMENINO	CALL 6 # 6 107	3114263205	
70	LUIS ENRIQUE ESCOBAR	12714970	75	FEMENINO	CRA 5 # 6 107	3013317190	
71	LUZ MARIA MONTENEGRO SANTODOMINGO	36531630	72	FEMENINO	CLL 6 # 1A 41	3157881836	
72	LUZ MARINA JIMENEZ PALMEZANO	27017255	72	FEMENINO	CALLE 7 # 1-86		
73	LUZ MARINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	49732400	67	MASCULINO	CLL 9 # 5 63	3127283313	
74	ANA MARGARITA NEGRETE LAGO	27015360	68	MASCULINO	KRA 5 # 6- 106	3155853011	
75	MANUEL VANEGAS	84101448	72	FEMENINO	KRA 4 # 5 97	3187970837	

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

76	MARIA ESTHER NEGRETE LAGO	27017239	73	FEMENINA	CLL 9 # 4 45	3226003439	Maria Esther Negrete
77	MARIA LUISA USTARIZ USTARIZ	27017185	84	MASCULINO	CALL 15 # 10 105	3188691241	
78	MARIA LUZMILA QUINTERO GALVIS	21871506	67	MASCULINO	CALL 3 # 1 24	3146502593	Luzmila Quintero
79	MARIO CAMILO LAGO MANJARREZ	5173254	79	FEMENINO	KRA 5 # 6-56	3205193199	Mario Lago M.
80	MARLENIS ISABEL DIAZ	27017280	70	FEMENINO	EL PLAN	3153520440	
81	MARTHA CECILIA GUETE DE AVILA	40801605	70	FEMENINO	CLL 2 # 1 06	3205193199	Martha Guete
82	MAURICIA ELENA LAGOS CABANA	49731864	69	FEMENINO	CLL 6 1A 21	318672563	Mauricia Lagos
83	MAURICIA SOLANO	26994246	65	MASCULINO	KRA 4 # 3-51	3156828967	
84	MARTHA CECILIA GUTIERREZ VELASQUEZ	40801103	70	FEMENINO	CRA 5 # 6 107	3013317190	
85	MAXIMILIANO RAFAEL PINTO	1786270	92	MASCULINO	CRA 4 #	3122439504	
86	METIL JIMENEZ	27015524	69	MASCULINO	KRA 5 # 4-28	3135663424	Metil. Jimenez
87	MODESTO BRAVO TERAN	5006476	81	FEMENINO	CLL4 #1A 79	3126926234	
88	NANCY ESTER MAESTRE BALCAZAR	27017254	72	FEMENINO	CLL 14 # 9 41	3106023036	
89	NIVIA ROSA LAGO FRAGOZO	27015362	66	FEMENINO	Cra 2 # 5 150	3116862441	Nivia Lago F.
90	NOHEMI RICO CANTILLO	26752314	65	MASCULINO	CALLE 7 # 6-29	3116813675	Nohemi Rico
91	OCTAVIO RAFAEL PERPIÑAN NUÑEZ	77008229	68	MASCULINO	CALL 6 # 3-47	3007352487	Octavio Perpiñan
92	FERMIN PERALES SAAVEDRA	12575094	83	MASCULINO	CALL 6 # 1A-33	3187970837	
93	OVIDIO FANCISCO FRAGOSO ALVARADO	1786210	86	MASCULINO	CRA 5 # 5 105	3166055046	
94	PLINIO RAFAEL MENDOZA	1759029	92	MASCULINO	FINCA EL POSO	3226485052	Plinio Mendoza

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

95	JEREMIAS PEREZ PEREZ	4988537	84	MASCULINO	CALL 4 # 1A-28		
96	RAFAEL DE JESUS JIMENEZ PINTO	5173178	85	MASCULINO	CALLE 10 #2-02	3135674286	x
97	ROLANDO ALBERTO ROMERO	5173032	86	FEMENINO	KRA 5 # 3-75	3126899605	x Rolando Romero
98	ROSA ELVIRA MARTINEZ CAMELO	27017179	85	FEMENINO	CRA 5 # 3 80	3166055046	x Rosa Elvira
99	ROSA MARIA LAGO BLANCO	27017270	69	FEMENINO	DIAGONAL AL DESAFIO	3114229883	x Rosa María Lago
100	ROSA PAULINA LOPEZ BALCAZAR	27014153	73	MASCULINO	KRA 5 # 4-28	31371253290	x Rosa P Lopez
101	SANTA ELVIRA CASTRO DE FUENTES	27001703	75	MASCULINO	KRA 5 # 8 25	30148669	* Santa Elvira Fuentes
102	SILVIO DE JESUS JIMENEZ PALMEZANO	5173272	74	MASCULINO	TRANQUILIDAD	3106521034	+
103	SILENIS DEL CARMEN HERNANDEZ LAGO	27015473	65	MASCULINO	CASA CAMPO NUEVA VAINA	3012222667	Silenis Hernandez
104	OMAR JOSE ARMENTA	5173211	81	MASCULINO	TRANQUILIDAD		x
105	TRINO LEIVA DIAZ	5008638	66	MASCULINO	KRA 5 # 3-51	3126140620	Trino Leiva Diaz
106	VICTORIA FUENTES LAGO	39475014	87	FEMENINO	CALL 8 # 1A - 146	3014712317	Victoria Fuentes
107	VICTOR CONTRERAS CARDENAS	12470057	77	FEMENINO	FINCA LA CURVA	3205428196	x
108	VICTOR JOSE SAURITH	5173131	91	MASCULINO	CALL 5 # 5-73	3158572186	x
109	WILMER MANJARREZ LAGO	5174297	63	MASCULINO	CLL 6 # 1A 11		Wilmer Manjarrez
110	ZENAIDA PADILLA CONTRERAS	36517045	66	FEMENINO	LA GRANJA		

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** 17/10/24

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Nohemi Rico

No. de Cédula: 26752314 Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 80.1	TALLA ACTUAL (CM): 173
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y Nutricional

Nohemi Rico

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct/17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Octavio Porpinon Nuñez

No. de Cédula: 77008129 Edad: 67 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 65 3	TALLA ACTUAL (CM): 17 1
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno, fué de Beneficio, económico y Nutricional.

Octavio Porpinon

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Fermin

No. de Cédula: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~)~~	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~)~~	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 52.4	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio económico y nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Plinio Rafael Mendoza

No. de Cédula: 11759024 Edad: 91 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~A~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~A~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 79.8	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejor mi apetito

Plinio Mendoza

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: ~~La Jagua del Pilar~~ **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rafael de Jesus Jimenez P.

No. de Cédula: 5193178 Edad: 85 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68.4	TALLA ACTUAL (CM): 171
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fue de beneficio economico y Nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rolando Alberto Romero

No. de Cédula: 10517303 2 Edad: 86 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Parkies, Prostata	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62.3	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno, fué de beneficio económico y nutricional

Rolando Romero

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa Elvira Martnez

No. de Cédula: 27012174 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 50	TALLA ACTUAL (CM): 143
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me ayudó para mejorar mi apetito

Rosa E Martnez C

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa María Lagos

No. de Cédula: 27017270 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 29.8	TALLA ACTUAL (CM): 171
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno, fué de beneficio económico y nutricional.

Rosa María Lago

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa Paulina Lopez B.

No. de Cédula: 27014153 Edad: 73 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Quistes - Seno	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60.6	TALLA ACTUAL (CM): 153
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Rosa P Lopez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Santa Elvira Castro

No. de Cédula: 27001703 Edad: 75 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 53.8	TALLA ACTUAL (CM): 156.
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Santa E. de Fuentes

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Silvio de Jesus Jimenez

No. de Cédula: 5173272 Edad: 64 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 64.8	TALLA ACTUAL (CM): 169
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y nutricional.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Omar Jose Armenta

No. de Cédula: 5173211 Edad: 81 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63.7	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y nutricional.



x

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Victor Manuel Contreiss C

No. de Cédula: 12470057 Edad: 77 Sexo: M.

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 65	TALLA ACTUAL (CM): 166.
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y nutricional

x

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Victor Jose Saurith

No. de Cédula: 12470057. Edad: 92 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) X (NO)	CUAL (ES): Cataratas Izq	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68.3	TALLA ACTUAL (CM): 161.
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, ya que no cuento con los medios economicos para suplir mis necesidades alimenticias en el mes.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Adelaida Mendez.

No. de Cédula: 28796106 Edad: 71 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me ayudó para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Alfredo Jose Fernandez Beimudez.

No. de Cédula: 17970954 Edad: 67 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Alfredo Fernandez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Betty Soto Perez

No. de Cédula: 27017232 Edad: 75 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Betty Soto

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Gonzalo Masgeis Gomez

No. de Cédula: 77011720 Edad: 68 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 101.8	TALLA ACTUAL (CM): 182
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, ya que me contribuyen en casa con estos alimentos

x GONZALO

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: ~~La Jagua del Pilar~~ **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Silenis Hernandez Iguas

No. de Cédula: 27015473 Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 97.8	TALLA ACTUAL (CM): 167
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, porque no consumimos en casa con esto ahuita

+ Silenis Hernández I.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: ~~La Jagua del Pilar~~ **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose Ramirez Scuntla

No. de Cédula: 17470988 Edad: 72 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 46.1	TALLA ACTUAL (CM): 175
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejor mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Carlos Elias Molina V

No. de Cédula: 5177088 Edad: 88 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 43.8	TALLA ACTUAL (CM): 174
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, ya que no contabamos en casa con estos alimentos.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ana luz Guerra

No. de Cédula: 40801374 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 45.3	TALLA ACTUAL (CM): 154
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente porque no contabamos en casa con estos alimentos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Alvaro Esquerra Simpas

No. de Cédula: 12040055 Edad: 83 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 35.2	TALLA ACTUAL (CM): 103
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

x Alvaro Esquerra

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Wilmer Manjarrez Lago

No. de Cédula: 5174247 Edad: 63 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Apendice	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 48	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente ya que no contabamos en casa con estos alimentos

Wilmer Manjarrez Lago

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Nivia Rosa Lago

No. de Cédula: 27015362 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~)~~	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~)~~	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 80.8	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno me sirvió para suplir necesidades alimentarios

Nivia R Lago F

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria Luisa Ostonz

No. de Cédula: 27017185 Edad: 84 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Varias	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO (X)	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 84	TALLA ACTUAL (CM): 160.
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, si el suplemento me ayuda para el apetito y comer mejor

x maría Luisa Ostonz

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Judith Lago Balcazar

No. de Cédula: 27017224 Edad: 63 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Tumor Cerebral, Apendice, Vesicula.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 72.6	TALLA ACTUAL (CM): 151
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y nutricional

Judith Lago Balcazar

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Daria Alfonso Nuñez Doran

No. de Cédula: 5173237 Edad: 79 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 65	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, ya que no contabamos con esto alimentos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Daniel Serrano

No. de Cédula: 17970892 Edad: 64 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas, Verduras y agua.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, ya que me contribuyo en consumir estos alimentos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elda Beatriz Guerra

No. de Cédula: 27017256 Edad: 75 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~A~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~A~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, ya que no contabamos en casa con estos alimentos

Elda B Guerra

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elvira Isabel Ramirez Fuentes

No. de Cédula: 27014581 Edad: 70 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: la Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Evis edith Baron Betin

No. de Cédula: 1065575561 Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 53	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me ayudó para mejorar mi apetito

EVIS VARON

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Felix de Jesus Molina Calderon

No. de Cédula: 5173251 Edad: 78 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Florentina María Mendoza Cortaño

No. de Cédula: 27002660 Edad: 74 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~A~~	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~A~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 79	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio económico y nutricional

Florentina Mendoza

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Gustavo Ustariz Ramirez

No. de Cédula: 5173301 Edad: 63 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio económico y Nutricional.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Isidora Romero Balcazar

No. de Cédula: 27014794 Edad: 71 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~A~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~A~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio asesorias y Nutricional

Isidora Balcazar

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria Victoria Reales Lago

No. de Cédula: 27017272 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y nutricional

Maria Victoria Reales

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jan Francisco Blanco Salas

No. de Cédula: 12908960 Edad: 81 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Sogua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Leomelda Luz Gonzalez Montañez

No. de Cédula: 40800332 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 59	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Leomelda Gonzalez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Leticia Isabel Molina

No. de Cédula: 29017262 Edad: 85 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente que servió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luisa Mercedes Saunth

No. de Cédula: 27017190 Edad: 83 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, porque me contribuyo en esa dieta estos alimentos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luz Marina Rodriguez Rodriguez

No. de Cédula: 49732400 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio económico y Nutricional

Luz Marina Rodriguez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ana Margarita Negrete Lago

No. de Cédula: 27015360 Edad: 68 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 54	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fue de beneficio económico y nutricional

Ana Negrete

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 17

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Modesto Bravo Teran

No. de Cédula: 5006476 Edad: 81 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 75	TALLA ACTUAL (CM): 172
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio económico y Nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jeremias Perez Perez.

No. de Cédula: 4988537 Edad: 84 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio económico y Nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Trino Leiva Diaz

No. de Cédula: 5008638 Edad: 66 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Victoria Fuentes Rayo

No. de Cédula: 39475014 Edad: 87 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me fue para mejorar mi apetito

Victoria Fuente

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Zenaida Padilla Contreras

No. de Cédula: 36517045 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(✓)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (✓)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58	TALLA ACTUAL (CM): 159
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente ya que nos contribuyen con esos con estos alimentos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Adalis Mónica Blanco García

No. de Cédula: 49693280 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 59.8	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio económico y nutricional

x ADALIS BLANCO

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Adolfo Manuel Lagos

No. de Cédula: 5173723 Edad: 75 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Prostata.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 51.1	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Adolfo Lagos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Alejandro Calixto Amaya Moron

No. de Cédula: 12715917 Edad: 73 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Artritis. Hern	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 75	TALLA ACTUAL (CM): 172
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frots y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Me sirvió ya que en mi hogar pasabamos necesidad alimentica

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** 04 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Alvaro Ospi Martinez.

No. de Cédula: 68.6 Edad: 72 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consuma de Frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Antonio Maria Romero

No. de Cédula: 12 7[illegible]683 Edad: 72 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 66.3	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, ya que no contaban en casa con estos alimentos



Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Anselmo Negrete Cacoutore

No. de Cédula: 17970118 Edad: 71 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Cataratas.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61.2	TALLA ACTUAL (CM): 172
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras - Agua

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio económico y Nutricional.

x Anselmo Negrete

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Argemiro Martinez

No. de Cédula: 5173491 Edad: 78 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Catetelismo	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56.1	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, ya que no contabamos en casa con estos alimentos

TA Argemiro Martinez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Amin Camilo Romero

No. de Cédula: 12971055 Edad: 65 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69.9	TALLA ACTUAL (CM): 161
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fue de beneficio economico y Nutricional

AMIN ROMERO

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ana Molina Calderon

No. de Cédula: 4747415 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cesarea.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60.3	TALLA ACTUAL (CM): 154
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Ana Molina

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Bodel Jose Duran Lopez

No. de Cédula: 17971033 Edad: 66 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74.8	TALLA ACTUAL (CM): 178
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Bodel Jose Duran

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Blanca Nieves Bonilla

No. de Cédula: 27017301 Edad: 78 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 48	TALLA ACTUAL (CM): 152
IMC:	

DX Nutricional: Consumo de Futs y Verduras. Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Futas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para estar mejor.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Cenia Celina Duran Murgas.

No. de Cédula: 42198527 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 53	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, me sirvió para alimentarme mejor.

Cenia C Durán Murga

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** OCT 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Danilo Francisco Castilla

No. de Cédula: 5173269 Edad: 74 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Apendice	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~)~~	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 64.4	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno, fué de beneficio economico y Nutricional.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Deicy Arauyo

No. de Cédula: 49750689 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61.7.	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas - Verduras - Agua

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno, fue de Beneficio económico y Nutricional

DEICI ARAUYO

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Delcira Ortega Romero

No. de Cédula: 23054102 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 59.9.	TALLA ACTUAL (CM): 156
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio económico y nutricional

Delcira ortega

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Diomedes Bello

No. de Cédula: 12410341 Edad: 75 Sexo: M.

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 78.4	TALLA ACTUAL (CM): 177
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Dionicia de Jesus Basmudez

No. de Cédula: 22013151 Edad: 84 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56.6	TALLA ACTUAL (CM): 154
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Edith Davila Jimenez

No. de Cédula: 26722469 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58.3	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, ya que no contabamos en casa con estos alimentos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elena Esther Manjarrez

No. de Cédula: 42485409 Edad: _____ Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 54	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, Contiene alimentos nutritivos que ayudan a nuestra salud

Elena Manjarrez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Encura Elena Molina Calderón

No. de Cédula: 27017251 Edad: 70 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 64.2	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Encura E. Molina C.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Celi Luz Beleño

No. de Cédula: 24017328 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60.6	TALLA ACTUAL (CM): 154
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Esther Ustariz Ustariz

No. de Cédula: 27015548 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Mat	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58	TALLA ACTUAL (CM): 157
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frts y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, me sirvió ya que en casa no contabamos con estos alimentos y el suplemento para el apetito.

Esther Ustariz

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elilca León Jimenez.

No. de Cédula: 4607982 Edad: 78 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO (X)

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 43	TALLA ACTUAL (CM): 145
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de proteina de alto Valor Nutricional

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Maravilloso, me dan un mes y me siento economicamente y Nutricionalmente

Elilcaleon

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elisa Silvera Melendez

No. de Cédula: 22528916 Edad: 70 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67.9	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y nutricional

Elisa Silvera Melendez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Eudaldo Rentas

No. de Cédula: 5002253 Edad: 80 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61.1	TALLA ACTUAL (CM): 157
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Eudaldo Rentas

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Francia Elena Sunth

No. de Cédula: 27012101 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 51.2	TALLA ACTUAL (CM): 151
IMC:	

DX Nutricional: Desnutrido Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y Nutricional.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Melquicides Ortega Zambrano

No. de Cédula: 5953951 Edad: 72 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO (X)	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70.	TALLA ACTUAL (CM): 172
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente. Nos sirvió para alimentarnos mejor.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Fredy Francisco Salas

No. de Cédula: 17 971 136 Edad: 68 Sexo: M.

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Catarata	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente ya que nos contribuyen en casa con estos alimentos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Tersilia Hernandez Pineda

No. de Cédula: 36595016. Edad: 76 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL ( )	ESTREÑIMIENTO (X)	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 54.5	TALLA ACTUAL (CM): 163
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bien, me sirvió mucho para suplir necesidades alimenticias.

Tersilia Hernandez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Humberto Elias Duran M

No. de Cédula: 1893605 Edad: 67 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(A)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (A)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58.3	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Idalia Leonor Sarpa

No. de Cédula: 40792496 Edad: 77 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63	TALLA ACTUAL (CM): 154
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno. me sirvió para comer mejor.

Idalia Sarpa

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Inocencia Isabel Cordoba.

No. de Cédula: _____ Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 50.1	TALLA ACTUAL (CM): 165.
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, porque no consumo mucho con esto alimento

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose Angel Ocampo Cabana

No. de Cédula: 1831380. Edad: 76. Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): prostata	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 86.	TALLA ACTUAL (CM): 172.
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente Alimentos Nativos y el suplemento me ayuda con la prostata

José Alejandro Ocampo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose Silvestre Olmedo P

No. de Cédula: 5190319 Edad: 76 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74.2	TALLA ACTUAL (CM): 167
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente que fuimó para mejorar mi apetito

Jose S. Olmedo P.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua de IPilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Joaquin de Jesus Pena Montanez.

No. de Cédula: 7411432 Edad: 84 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Prostata, hernia, Vista.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 57	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de proteins, Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, ya que en mi casa pasamos necesidades alimenticias

X

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Lucila Vega V

No. de Cédula: 42491227 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63.8	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y nutricional

Lucila Vega V.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luis Carlos Romero

No. de Cédula: 77980948 Edad: 67 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74.8	TALLA ACTUAL (CM): 175
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas, Verduras - Agua.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fue de beneficio económico y nutricional.

Luis Romero B.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: ~~La Jagua del Pilar~~ **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luis Roberto Olivera

No. de Cédula: 92185387 Edad: 69 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 54	TALLA ACTUAL (CM): 163
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me serviró para mejorar mi apetito

x Luis Roberto Olivera

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luisa Elena Jimenez

No. de Cédula: 27012121 Edad: 85 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Corazon. Mal	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 53	TALLA ACTUAL (CM): 152
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fue de mucho beneficio para cumplir con la dieta en casa

Luisa E. Jim

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luis Enrique Escobar

No. de Cédula: 12714970 Edad: 73 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 84	TALLA ACTUAL (CM): 175
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno que sirvió para suplir Necesidades alimenticias

x LUIS ESCOBAR

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luz Marina Montenegro

No. de Cédula: 36531630 Edad: 71 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO (X)

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO (X)	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70.8	TALLA ACTUAL (CM): 163
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras, Agua

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, me sirvió para comer mejor.

Luz M. Montenegro S.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luz Marina Jimenez

No. de Cédula: 27017255 Edad: 72 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicolaritemia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70	TALLA ACTUAL (CM): 161
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para alimentarme mejor en casa

Luz marina Jiménez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Manuel Vanegas Julio

No. de Cédula: 84101448 Edad: 72 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63.6	TALLA ACTUAL (CM): 171
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria Esther Negrete Lago

No. de Cédula: 22012239 Edad: 73 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula. Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 151
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, Si ya que no contabamos en casa con estos alimentos.

María Esther Negrete

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose del Carmen Pitino F

No. de Cédula: 12441110 Edad: 63 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 82.6	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

x 12441110

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar. **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Isabel Felicia Romero B

No. de Cédula: 27015194 Edad: 68 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 89	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y y nutricional

Isabel F Romero

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Manuel Sanchez

No. de Cédula: 5173257 Edad: 80 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 93	TALLA ACTUAL (CM): 175
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fue de beneficio económico y nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Gladis Janeth Jimenez.

No. de Cédula: 40909368 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69.9	TALLA ACTUAL (CM): 152
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Gladis Jimenez Cano.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Emilse Angel

No. de Cédula: 39007019 Edad: 77 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas, Oido.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO (X)	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67	TALLA ACTUAL (CM): 145
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, el suplemento me sirvio para mi inapetencia.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Dionisia María Romero.

No. de Cédula: 27015192 Edad: 71 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Sinusitis, Mat	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 75.3	TALLA ACTUAL (CM): 153
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de proteina de alto valor biologico.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente. Para alimentarme, mejor, estoy contenta y me siento mejor alimentada

Dionisia Romero

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

18	ESTELLA ROMERO DE VASQUES	27014029	69	Calle 5 # 5 - 55	14 de junio	3022235875	Estela Romero
19	ANGEL HENRIQUEZ MUZA	5174312	65	Calle 4 # 5 -63	14 de junio	3014511096	angel Henriquez
20	MARIA INES GONZALES RIZO	40801472	63	Calle 4 # 4 - 63	14 de junio	3014511096	[illegible]
21	OLGA ESTHER ESCOBAR MENDOZA	27018982	67	Calle 4 # 5 - 14	16 de abril	3155088829	Olga E Escobar M.
22	CARMEN MARIA CELEDON RODRIGUEZ	27015010	60	Calle 14 # 7 - 10	16 de abril	3156242790	Carmen Celedón
23	SERGIO MARTINEZ VILLAR	1786375	74	Calle 6 # 3 -12	Flores	3173678724	Sergio Martinez
24	TOMAS VANEGAS FONTALVO	77141823	63	Calle 2A# 2 - 25	Porvenir	3235191029	Tomás Vanegas
25	EDITH GALE CANTILLO	26723984	60	Cll 6 A # 10 - 32	Caracas	3205797732	Edith Gale
26	MARITZA ESTHER ORTIZ LOPEZ	17970295	68	Calle 6B # 14 - 24	16 de abril	3158213242	Maritza E. Ort.
27	ELIZABETH ACOSTA DE MARTINEZ	27015282	74	Calle 10 # 5 - 45	San Roque	3145327039	Elizabeth Acosta
28	LEONOR RAUDALES MAESTRE	40800059	64	Calle 4 # 13 - 38	16 de abril	3152866049	Leonor Raudales
29	ASTRID SAURITH FRAGOZO	40800596	56	calle 16a #11-12	La Aurora	3005417374	Astrid Saurith F
30	JUDITH DEL CARMEN RICADO JIMENEZ	40800007	67	Calle 7 # 13 - 44	16 de Abril	3234646482	Judith Ricardo
31	AIDA ALICIA BARRO LIÑAN	40800141	62	Calle 4 # 2A - 76	Porvenir	3127910868	Aida Alicia Barro
32	JAIRO ANTONIO TRASLAVIÑA	13886274	68	calle 14 # 12 - 06	concordia	3107320892	Jairo Traslaviña
33	CONSUELO MARIA HERRERA DE MAESTRE	27018963	63	calle 3 #5-24	14 de junio	3242677626	Consuelo M Herrera
34	ADALBERTO ROJAS MAESTRE	1786268	83	Calle 7 # 5-44	14 de junio	3138805852	Adalberto
35	ARACELIS TELLEZ PEREZ	49685952	69	calle 14 #7a -16	16 de abril	3126386762	Aracelis Tellez Perez
36	LOURDES MAESTRE LIÑAN	40800448	63	cra 5a #13-32	16 de abril	3117936430	Lourdes Maestre Liñan
37	ENER CECILIA FRAGOZO ARGOTE	40801037	58	calle 4 #2a46	14 de junio	3114268402	Ener Cecilia

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

38	MARTHA CECILIA BROCHERO ERAZO ✓	40919247	59	calle 13 #6-114	16 de abril	3017756675	Martha C Brochero
39	MARGARITA DE JESUS MARTINEZ SAURITH ✓	40800404	69	cra 9 #12-17	el centro	3006712489	Margarita Martinez S
40	LEDIS MARGOTH RODRIGUEZ HERNANDEZ ✓	32624668	65	cra18 #14a -26	villa amparo	3135423516	Ledys M Rodriguez H
41	ESILDA MARIA OSPINO RODRIGUEZ ✓	40797076	64	cra 16314-43	villa amparo	3174140656	Esilda Ospino
42	YANIDES SAURITH PEÑA ✓	40800569	60	calle 10 #8a-42	san roque	3013414455	Yanitt
43	ANA ILSE ORTEGA MANESES ✓	40797490	69	calle 10#5-29	caracas	3006048589	Ana Ortega
44	MARIA CLARA MOLINA FRAGOZO ✓	40797135	64	Calle 12 # 5 - 44	16 de Abril	3016779132	x
45	ALBA ELENA CAMELO BENJUMEA ✓	27015908	68	Calle 5 # 4-50	14 de junio	3148403780	a b d c
46	MARIA DEL ROSARIO MURGAS MUEGUES ✓	40801361	70	Calle 7	San Roque	3205329371	x
47	EDELMA CRISTINA RAMOS ERIZO ✓	27018954	65	Calle 1 # 2A - 45	Delicias	3246108301	Edelma Ramos
48	ADELIA MARIA BROCHERO ACOSTA ✓	27015566	64	calle 10 #14a -09	delicias	3187176891	Adelia Brochero
49	ADALIS MURGAS ROMERO ✓	27014205	70	calle 1#2-24	porvenir	3185798396	Adalis Murgas R.
50	RAFAELA DEL ROSARIO RAMOS MOLINA ✓	27015495	66	Calle 10 # 09 - 05	Caracas	3155828571	x
51	SARA ELISA FUENTES ✓	42496627	68	Cra 11 # 14 - 56	La concordia	3043832164	Sara E Fuentes S.
52	ARMANDO LIÑAN HERRERA ✓	12716748	75	Carrera 3 # 0- 1	Mangos	3017954235	Armando Liñan
53	GERARDO ARSENIO BALAGUERA ✓	12720601	72	Cra 13 # 14 - 146	Los Mangos	3213613501	Gerardo Balaguera
54	TERESA DE JESUS OÑATE MARTINEZ ✓	27004468	61	Calle 6 # 6 - 53	14 de Junio	3172333779	Teresa Oñate M
55	LUZ MARINA MUEGUES FRAGOZO ✓	40800394	72	cra 9 #06-37	caracas	3014533630	Luz Marina Muegues F
56	SIXTO RAFAEL ATENCIO BARROS ✓	5174068	74	cr4 #5-35	14 de junio	3114310389	Sixto Atencio B
57	MANUELA BEATRIZ USTARIZ MAESTRE ✓	27018866	75	calle 15 #9a-22	la aurora	3106567718	Manuela Ustariz

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Dilia Chirino

No. de Cédula: 23054102 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO (X)

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 57.2	TALLA ACTUAL (CM): 149
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno, Me duro aproximadamen 2 meses y el Suplemento me ayuda con mi estado Nutricional

DILA JCH

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN VIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ovidio Francisco Fragoso Alvarado

No. de Cédula: 1786210 Edad: 86 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 90	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno, fué de beneficio económico y Nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: ~~La Jagua del Pilar~~ **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria Luzmila Quintero

No. de Cédula: 21871506 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL ( )	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bien, me sirvió para suplir necesidades alimenticias

Maria Luzmila Quintero

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Mario Camilo Lagos M.

No. de Cédula: 5173254 Edad: 79. Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):)	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60.4	TALLA ACTUAL (CM): 161
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y nutricional

x Mario M.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Marlenis Diaz.

No. de Cédula: 22017280 Edad: 70. Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Histerectomia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL ( )	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA (X)

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 173
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frts y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, me alimente mejor durante meses dias.

x

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Martha Cecilia Cuets de Avila

No. de Cédula: 40801605 Edad: 70. Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataracts	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Vedors.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Me sirvio para alimentarme mejor y el alimento siento que nutricionalmente me fortaleció.

Martha Cuets

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar. **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Mauricio Elena Ugus

No. de Cédula: 49731864 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Varices	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62.6	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Mauricio Elena Ugas

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagueda del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maricia Solano

No. de Cédula: 26994246 Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 47.8	TALLA ACTUAL (CM): 146.
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y nutricional.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Martha Cecilia Gutierrez

No. de Cédula: 40601103 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 50.6	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente ya que me contribuyo en casa con estos alimentos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: ~~La Jagua del Pilar~~ **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maximiliano Perez Pinto

No. de Cédula: 1786270 Edad: 013 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: ~~(SI)~~ ~~(NO)~~	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70.2	TALLA ACTUAL (CM): 170.
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio nutricional

+

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Metil Jimenez

No. de Cédula: 27015524 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )
	X				

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )
X		

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 59	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de proteina de alto valor biologico.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, las lentejas y frijoles, las vitaminas me ayudan pra mejorar mi estado nutricional.

Metil Jiménez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: La Jagua del Pilar **Fecha:** Oct 21

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Nancy Esther Maestre

No. de Cédula: 27012254 Edad: 72 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

ACTIVIDAD: Segunda jornada de seguimiento nutricional al adulto mayor

FECHA: Octubre 18 de 2024 **LUGAR:** MUNIICIPIO DE URUMITA, LA GUAJIRA

Nº	NOMBRE	CEDULA	EDAD	DIRRECION	BARRIO	TELEFONO	FIRMA O HUELLA
1	HELMER ACOSTA BRUGES	17970246	68	Kr. 3 # 7- 30	Raulopez	3012790906	Helmer Acosta B
2	MERCEDES LEONOR PINTO PALMEZANO	26993875	67	Kr.6 # 10 - 73	Caracas	3012790906	Leonor P
3	MARIA STELLA ATENCIO DE ROMERO	40797088	68	Kr. 14A # 0 - 5	Villamparo	3145140738	Maria atenc
4	RAFAEL TOMAS MAESTRE ORTIZ	17971414	65	Calle 14B # 6-05	16 de Abril	3023164573	
5	JOSE ENRIQUE FARFAN MUEGUES	17970885	75	Calle 12 # 7 - 60	Paraiso	3103773168	Jose Farfan
6	ANA ISABEL ROMERO FRAGOZO	40800080	62	kr. 14 # 14 - 53	Los mangos	3005311081	Ana Isabel Romero
7	EDIRA ESTHER SAURITH OSPINO	40800484	57	Kr. 7 # 4-37	14 de Junio	3016392036	Edira Saurith
8	FERMIN JOSE PINEDA ACOSTA	7884985	64	Calle 11 #440	Caracas	3042312575	
9	LUZ MARINA OROZCO SAGADO	40801421	66	Calle 18 # 6 -30	16 de abril	3128939480	Luz Marina Orozco
10	PEDRO RAMOS FLORIAN	85161878	60	kr. 18 # 12 - 05	Villamparo	3042439715	Pedro Ramos Florian
11	ROSA ISABEL BETIN PACHECO	42498468	65	Calle 2A # 4- 65	14 de Junio	3154844385	Rosa Betin
12	LEDA ISABEL GOMEZ LOPEZ	40800285	60	Calle 16 # 15 - 80	Aurora	3175857910	Leda GL
13	RUSMEIRA ROMERO FRAGOZO	40800177	60	Calle 14 # 13 - 31	Los mangos	3116814080	Rusmeira Romero
14	ROSA CARMELA OÑATE MUEGUES	51802963	58	Calle 13 #3B 04	16 de abril	3002057030	Rosa Oñate
15	MARY LUZ BELLO NIEVES	40800117	63	Calle 3 # 1 -25	Porvenir	3108253149	Mary Luz Bello
16	LEONOR BARROS DE DAZA	40800040	63	Calle 10 # 5 - 38	Caracas	3174162904	Leonor Barros
17	GLADYS CECILIA ROMERO ROMERO	40800135	62	Calle 3 # 2 - A64	Porvenir	3243048809	Gladys C Romero

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

58	OMAR ENRIQUE MARTINEZ HERNANDEZ ✓	9150448	75	calle 5 carrera 4	14 de junio	3215146646	Omar Martínez
59	ALCIRA ISABEL MAESTRE ANAYA ✓	270115866	64	cra6 a #9-40	caracas	3015995992	Alcira Maestre
60	JULIA MERCEDES GOMEZ CUELLO ✓	40800409	61	cra 6 #4-83	14 de junio	3045976759	Julia gómez
61	EDITH MARIA PANA HERRERA ✓	40800157	60	calle 3 #2a -55	porvenir	3023822936	Edith María Pana H.
62	JOSE ALFONSO ALVARADO NIEVES ✓	17971591	64	calle3#2a-55	porvenir	3178117603	José A A N
63	ANGELA LUCIA RAMOS PEÑATE ✓	40800468	60	cra 12 #15-31	las flores	3006763198	Angela Lucia Ramos Peñate
64	DENIS MARIA OÑATE MARTINEZ ✓	27002931	70	Calle 8 # 5 - 47	14 de junio	3004881818	Denis Moñate
65	REBECA FATIMA MARDACH VERGEL ✓	22395573	74	Cra 4A # 9 - 64	Caracas	3182164416	Rebeca Fatima Mardach
66	RAMON RACEDO NIEBLES ✗	7479045	71	Cra 4A # 9 - 65	Caracas	3182164416	
67	MARIBED LIÑAN ✓	27015118	72	Cra 13 # 11- 23	Flores	3024594810	[illegible]
68	ROSA TOMAZA OROZCO MOLINA ✓	27014597	74	Carrera 11 # 5-65	Aurora	3045786619	Rosa Tomaza O.
69	JOSEFA MARIA RUMBO DE ACOSTA ✓	27015011	74	Calle 15 # 11- 43	Aurora	3014694962	Josefa Rumbo
70	✓ DEYSY BEATRIZ ARAUJO ACOSTA ✓	40800497	57	Cra 12 # 14 -69	Concordia	3176120736	[illegible]
71	MARIA ELSY PLATA DAZA ✓	40801178	58	Carrera 5 # 4 - 14	14 de junio	3136762049	Maria Elsy Plata D
72	DENNIS LEONOR DAMIAN MURGA ✓	40800029	62	Calle 9 # 8 -24	San Roque	3222394632	Dennis Damián
73	FANNY PEREA TORRES ✓	27014811	66	Cra 12 # 16 -7	Concordia	3013892915	Fanny Perea Torres
74	EULALIA ISABEL RAUDALES MAESTRE ✓	40801498	63	Calle 2A # 4- 65	Porvenir	3106726050	Eulalia Raudales
75	LUBIS IBETH BERMUDEZ ZUBIRIA ✓	27014365	67	Calle 12 # 10 -01	Flores	3172411291	Lubis Bermudez
76	AMANDA RAMOS ARAUJO ✓	27018802	75	Calle 11 # 9 -56	Centro	3177440480	Amanda Ramos
77	ELIA MARIA ROJAS GONZALES ✓	40801287	77	Cra 11 # 11- 43	Aurora	3185740046	

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

78	MARTHA CECILIA NEGRETE DE BALCAZAR	40800010	67	carrea 11#10-35	las delicias	3104530272	Marta Cecilia
79	JOSE EDUARDO LOPEZ MORON	17970771	65	cra1 2-35	porvenir	3162721854	JOSE EDUARDO LOPEZ
80	ARMANDO JESUS CARDONA	15185043	66	calle 5 #13-73	16 de abril	3136686325	Armando Cardona
81	YADIRA DEL CARMEN MARTINEZ TRESPALACIOS	40800760	59	Calle 7 # 1 -23	Raulopez	3006971349	
82	MARIA ESTELA FUENTES MURGAS	36488452	74	Calle 14 # 38 - 77	16 de abril	3022245119	Maria Fuentes
83	LUZ VELIA ARRIETA FRAGOZO	40800584	55	calle 16a#11-12	la aurora	3127752623	Luz Velia Arrieta F
84	ROSA ISABEL GOMEZ CUELLO	22621701	60	cra5 #4-83	14 de junio	3014895006	Rosa Gomez
85	MARLENIS RAMIREZ SERPA	49686975	66	cra5a#13-23	16 de abril	3135033564	marlenis Ramirez
86	AMALIA ISABEL RAMOS ESCOBAR	40800624	60	cra8#2-24	San Roque	3147109036	Amalia Ramos
87	MADELINE FARFAN DE FUENTES	27015898	65	calle13#6-63	16 de abril	3128836124	Madeline
88	ADALUZ MURGAS HENRIQUEZ	39475177	64	Calle 7 # 7 -25	14 de junio	3126868556	Adaluz
89	LIBARDO MURGAS ROMERO	17970313	69	calle 3 #2a-45	porvenir	3187420698	Libardo Murgas Romero
90	ZOILA DEL CARMEN GUERRA MILIAN	27018517	91	Calle 6 # 7 - 42	14 de junio	3045254307	"
91	NALVIS MERCEDES OROZCO MOLINA	27015629	64	Calle 17 # 7 - 37	San Roque	3008255833	Nalvis M Orozco
92	SALVADORA FRANCISCA SUAREZ	1,068E+09	74	Cra 14 # 13 - 64	Mangos	3014605576	
93	RAMON MANJARREZ MAESTRE	17970256	66	calle15 #9a-22	la aurora	3233607993	Ramon Manjarrez
94	ELINA MARIA ROJAS CONTRERAS	27014776	66	calle 11#5-45	caracas	3163897586	Elina M. Rojas C.
95	DENIS ESTHER ROJAS SUESCUN	40800096	62	Cra 8#12-31	centro	3014526293	Denis Rojas
96	MIRSA MODESTA BENJUEMA FUENTES	27018710	81	cra11#13-17	concordia	3145600456	Mirsa Benjuema F.
97	YENIS LEONOR ORTIZ FRAGOZO	40800544	57	calle12#3a-51	jose prudencio	3117516571	Yenis Leonor Ortiz Fragozo

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

98	MARIELA MORA BARROS	27018507	84	Carrera 14 #10 - 08	Flores	3174736160	Mariela Mora
99	TERESITA RUMBO HERRERA	40800210	65	calle 10#10-03	san roque	3023672516	Teresita Rumbo
100	ROSA ELENA ROMERO ROJAS	40800235	59	Cra 8 # 10 - 37	San Roque	3002385213	Rosa Elena Romero
101	AMELIA DE LA CRUZ BALCARZAR BAQUERO	27018653	84	Calle 10 # 8ª - 51	San Roque	3166679427	amelia Balcazar
102	ROSA ESTELA TORRES DE AMAYA	27015728	64	Cll 14a # 16 - 04	Villamparo	3206325843	Rosa Estela Torres
103	ROSA LEONIDAS CAMARGO	27018881	76	Calle 14 # 6 - 46	16 de abril	3166536423	Rosa L Camargo
104	AUGUSTO ARAUJO RAMOS	5174306	68	Calle # 9 - 99	Centro	3012763580	x
105	CELIA VICTORIA FRAGOZO DE FUENTES	27015871	72	Calle 16 # 11- 12	Aurora	3164109729	x
106	CELINIA MURGAS APONTE	27015897	68	Calle 13 # 8 - 20	Paraiso	3233109078	x
107	MERCEDE ISABEL PAVAJEAU FERREIRA	57429673	59	Kr. 6 # 14B - 41	16 de Abril	3023965229	Mercedes pavajeau
108	MIGUEL ANTONIO LOPEZ ATENCIO	5174155	68	calle14 #6-73	16 de abril	3012085656	Miguel Lopez
109	MARILUZ USTARIZ ARRIETA	40800722	79	Calle 14 # 13 - 24	Los Mangos	3014237129	x
110	BELISA MARIA MURGAS FRAGOZO	49730916	63	calle 1 #2a-44	porvenir	3152621844	Belisa Murgas

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÒN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Dnmita **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luz Velia Arieta F

No. de Cédula: 40800584 Edad: 55 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 122	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fue de beneficio economico y nutricional

x Luz Velia Arieta F

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose Eduardo Lopez

No. de Cédula: 12490771 Edad: 65 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 92.2	TALLA ACTUAL (CM): 159
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

JOSE LOPEZ

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ledi Isabel Gomez C

No. de Cédula: 40800285 Edad: 61 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 44.9	TALLA ACTUAL (CM): 163
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fue de beneficio economico y Nutricional

Leda

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Yrumita **Fecha:** oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Leonor Rauclales Maestre

No. de Cédula: 40800059 Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56.3	TALLA ACTUAL (CM): 140
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Leonor Rauclales M

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Arcelis Perez

No. de Cédula: 49085252 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO (X)	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 36.1	TALLA ACTUAL (CM): 157
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Aracelis Perez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria Stella Fuentes

No. de Cédula: 36488452 Edad: 74 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 35.6	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi Apetito

María Fuentes

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Dolores Muza

No. de Cédula: 27018189 Edad: 90 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 32.5	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Dolores Muza

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Mercedes Pavajeau

No. de Cédula: 57429673 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 41.1	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso.

Recomendaciones: Consumo de Frts y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

me sirvió mucho para mi apetito

Mercedes Pavajeau

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Celinia Morgas Aponte

No. de Cédula: 27015897 Edad: 72 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 38.4	TALLA ACTUAL (CM): 140 .
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y energía

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita. **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa Leonidas Camargo

No. de Cédula: 27018881 Edad: 76 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para alimentarme mejor. El suplemento me ayudó mucho con mi apetito.

Rosa L Camargo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Helmer Acosta Bruges

No. de Cédula: 17990246 Edad: 68 Sexo: M.

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 64.2	TALLA ACTUAL (CM): 172
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Fruta y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, económicamente solvente muchas necesidades.

Helmer Acosta Bruges

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Mercedes Leonor Pinto

No. de Cédula: 26993875 Edad: 68 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (X) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL ( )	ESTREÑIMIENTO (X)	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67.1	TALLA ACTUAL (CM): 152
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Leonor Pinto

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rafael Tomas Maestre Ortiz

No. de Cédula: 1793414 Edad: 65 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose Enrique Farfan

No. de Cédula: 17900885 Edad: 75 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67.7	TALLA ACTUAL (CM): 170.
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno el Suplemento me Sirvió Para tener mejor apetito

Jose Farfan

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ana Isabel Romero Fragozo

No. de Cédula: 40800080 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74.7	TALLA ACTUAL (CM): 163
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi Apetito

*Ana Isabel Romero Fragozo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Edira Esther Saurith.

No. de Cédula: 40800484 Edad: 57 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL( )	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58.	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y Nutricional

Edira E Saurith

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Fermin Pineda

No. de Cédula: 788485 Edad: 64 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cabeza.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68	TALLA ACTUAL (CM): 170.
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, el suplemento me sirvió para tener mejor apetito.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luz Marina Ovezo

No. de Cédula: 40801421 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL( )	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 153
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fue de beneficio económico y nutricional

Huella

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosmeyra Romero Fragozo

No. de Cédula: 40800197 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69.6	TALLA ACTUAL (CM): 160.
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me ayudó para engordar mi Apetito

Rosmira Romero Fragozo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Fonseca **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Mary Luz Bello

No. de Cédula: 40800117 Edad: 63 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Descenso.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO (X)	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 65.5	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

MARY LUZ BELLO

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Angel Henriquez Muzci

No. de Cédula: 5174312 Edad: 63 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia, Colitarcitis	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 64	TALLA ACTUAL (CM): 174
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno que de beneficio económico y Nutricional

Angel Henriquez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Riohacha **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria Ines Gonzalez.

No. de Cédula: 40801472 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL ( )	ESTREÑIMIENTO (X)	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 50.5	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y Nutricional



Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Olga Esther Escobar

No. de Cédula: 27018182 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62.8	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente que sirvió para mejorar mi apetito

Olga E Escobar M.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Sergio Martinez.

No. de Cédula: 1786375 Edad: 76 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 65.9	TALLA ACTUAL (CM): 171
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, aquí de beneficio económico y nutricional

Sergio martinez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Edith Gale Cantillo

No. de Cédula: 26723984 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) (NO) X	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO X	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL X	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56.9	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y nutricional

Edith Gale

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Yumoita **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maritza Ester Ortiz

No. de Cédula: 49729293 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 73.6	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me ayudó para mejorar mi apetito

Maritza E. Ortiz Ortiz

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elizabeth Acosta de Martinez

No. de Cédula: 27015282 Edad: 74 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60.3	TALLA ACTUAL (CM): 167
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Elizabeth Acosta

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Astrid Sourith Fragozo

No. de Cédula: 40800396. Edad: 56 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cistes en los senos	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67.3	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Astrid Sourith F

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Judith Ricardo Jimenez

No. de Cédula: 40800007 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 51.9	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me ayudó para mejor mi apetito

Judith Ricardo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Aida Barros Liñan

No. de Cédula: 40800141 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) (NO) X	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61.5	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de Beneficio economico y Nutricional

Aida Barros Liñan

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jairo Antonio Traslaviña

No. de Cédula: 13886274 Edad: 68 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy buenos, fué de beneficio económico y nutricional

Jairo Antonio Traslaviña

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Consuelo Herrera Fragozo

No. de Cédula: 27018963 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cateteres Vesicales	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 79.8	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me ayudó para mejorar mi apetito

Consuelo H Herrera

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Adalberto Rojas Maestre

No. de Cédula: 1786208 Edad: 83 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (X) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 59.6	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente ese servicio para mejorar mi apetito

A. Adalberto.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Martha Brochero

No. de Cédula: 40919242 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56.5	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fue de beneficio economico y Nutricional

Martha C Brochero G

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Margarita Martinez

No. de Cédula: 40800404 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Esilda Ospino Rodriguez.

No. de Cédula: 40792076 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) X (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO X	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL X	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56.6	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno fué de beneficio economico y nutricional

Esilda Ospino

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ana Ilse Ortega

No. de Cédula: 40797490 Edad: 70 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Histerectomia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL ( )	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55.3	TALLA ACTUAL (CM): 153
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me ayudó para mejorar mi apetito

x Ana Ilse Ortega Meneses

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Yanicle Sarith Peña

No. de Cédula: 40800569 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58.5	TALLA ACTUAL (CM): 159
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frts y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Me sirvió para mejorar mi apetito, en speed el suplemento alimenticio.

x Yanicle

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Alba Elena Camelo

No. de Cédula: 27015908 Edad: 68 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Apendice.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 52.3	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Alba

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria del Rosario Murgas

No. de Cédula: 40801361 Edad: 70 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 48.4	TALLA ACTUAL (CM): 153
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Edelma Cristina Ramos

No. de Cédula: 27018954 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55.9	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Edelma Ramos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uramita **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Adalis Murgas

No. de Cédula: 27014205 Edad: 70 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 66.6	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy buenos fué de beneficio economico y Nutricional

Adalis Murgas P.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rafaela Ramos Molina

No. de Cédula: 22015495 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hidrocefalia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 57.6	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio económico y nutricional

x

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Armando Liñan

No. de Cédula: 12716248 Edad: 74 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Triciqeo	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~)~~	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~)~~	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): ~~000~~ 66.1	TALLA ACTUAL (CM): 166
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Armando Liñan. M

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Gerardo Balaguera

No. de Cédula: 12920601 Edad: 72 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Apendice	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61.7.	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y Nutricional

Gerardo A Balaguera

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Dibulla **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luz Marina Muegues

No. de Cédula: 40800394 Edad: 71 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69.3	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y Nutricional.

Luz Marina Muegues

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Oromita **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Teresa de Jesus Ovate M

No. de Cédula: 27004468 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74.9	TALLA ACTUAL (CM): 141
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio económico y Nutricional

Teresa Ovate

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Sixto Rafael Atencio Barros

No. de Cédula: 5144068 Edad: 72 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Catetersmo.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 75.3	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me Sirvió para mejorar mi Apetito.

Sixto Barros

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Manuela Beatriz Ustariz F

No. de Cédula: 27018196 Edad: 74 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Catetismo. Est.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 65.5	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y Nutricional

Manuela B Ustariz M

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Omar Enrique Martinez

No. de Cédula: 9150448 Edad: 75 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74.1	TALLA ACTUAL (CM): 172
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verdura

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y Nutricional.

Omar martinez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Dibulla **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Julia Gomez

No. de Cédula: 40800409 Edad: 61 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO ( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55.7	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

× Julia Gómez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Edith Maria Pana H

No. de Cédula: 40800157 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Histerectomia, hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (✓)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (✓)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62.6	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Edith María Pana H

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 18

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose Alfonso Alvarado

No. de Cédula: 17971591 Edad: 64 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 81.7	TALLA ACTUAL (CM): 177
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fue de beneficio economico y Nutricional

Jose Alv

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Angela Lucia Ramos

No. de Cédula: 40800468 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas, hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 42.6	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi Apetito

Angela Lucia Ramos Epiayu

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Estela Romero

No. de Cédula: 29014923 Edad: 70 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58.2	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Peso Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y nutricional.

Estela Romero S

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Cnomita **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Teresita Rumbo

No. de Cédula: 40800210 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 81.5	TALLA ACTUAL (CM): 154
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente que Sirvió Para mejorar mi apetito

Teresita Rumbo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Salvadora Francisca Suarez

No. de Cédula: 1067803397 Edad: 74 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74	TALLA ACTUAL (CM): 153
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fue de beneficio economico y Nutricional.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Madeline Farfan

No. de Cédula: 27015898 Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 76.9	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y Nutricional

Madeline Farfan

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Marlenis Ramirez Cerpa

No. de Cédula: 49686975 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): -	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 82	TALLA ACTUAL (CM): 157
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fue de beneficio economico y nutricional

Marleni Ramirez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Yadira Martinez

No. de Cédula: 40800760 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70.3	TALLA ACTUAL (CM): 159
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumir de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me Sirvió para mejorar mi apetito



Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Martha Cecilia Negrete de Balcazar

No. de Cédula: 40800010 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62	TALLA ACTUAL (CM): 146
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Martha Negrete

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Amanda Ramos Araoto

No. de Cédula: 22018802 Edad: 74 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Histerectomía	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(✓)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (✓)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 76	TALLA ACTUAL (CM): 157
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consuma de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fue de beneficio Economico y Nutricional

Amanda. Ramos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Lubis Bermudez.

No. de Cédula: 27014136S Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 72.8	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de Fruta y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi Apetito

Lubis Bermudez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria Elsa Plata Daza

No. de Cédula: 40801178 Edad: 58 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Tiroides	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 71.3	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Marias Elsa Plata D.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Deicy Beatriz Arroyo

No. de Cédula: 27018106 Edad: 57 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70.2	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fue de beneficio economico y nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa Tomasa Olivero

No. de Cédula: 27014574 Edad: 74 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 72	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio económico y nutricional.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Alcira Maestre Anaya

No. de Cédula: 27015866 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Neuralgia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y nutricional

Alcira Maestre

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Sara Elisa Fuentes

No. de Cédula: 42496627 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Histerectomía	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO (X)	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 76.3	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Sara E Fuentes

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Adelia Brochero

No. de Cédula: 27015566 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Apendice	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 71.3	TALLA ACTUAL (CM): 153
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito.

Adelia Brochero

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÒN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria Clara Molina

No. de Cédula: 40797135 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Des. Vaginal	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 72.2	TALLA ACTUAL (CM): 153
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y Nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ledis Margoth Rodriguez

No. de Cédula: 32624668 Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 71.9	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Ledys M Rodriguez H

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ener Cecilia Fragozo

No. de Cédula: 40801037 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 71.1	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Ener Cecilia

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Yurmita **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Lourdes Maestre Liñan

No. de Cédula: 40800448 Edad: 63 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL ( )	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 72.2	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y Nutricional

Lourdes Maestre Liñan

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Carmen Celedon Rodriguez

No. de Cédula: 27015010 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Histerectomia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68.8	TALLA ACTUAL (CM): 149
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

Carmen Celedon

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Leonor Barros

No. de Cédula: 40800040 Edad: 63 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) X (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL X	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 81	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y nutricional

Leonor Barros

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Riohacha **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa Betin Pacheco

No. de Cédula: 42498468 Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 76.5	TALLA ACTUAL (CM): 151
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y nutricional

Roca Betin Pacheco

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rebeca Mardach Vergel

No. de Cédula: 22395563 Edad: 74 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(√)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (√)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74.8	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Rebeca F Mardach.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Denis Maria Oñate

No. de Cédula: 27002931 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 57.6	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y Nutricional

Denis Oñate

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Onmita **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maribeth Liñan

No. de Cédula: 2701518 Edad: 71 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 72.6	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para aumentar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN VIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Josefa Maria Rumbo

No. de Cédula: 27015011 Edad: 74 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Reconstruccion de cadera	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56.8	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y nutricional.

Josefa Maria Rumbo de Pesto

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Deris Leonor Damian

No. de Cédula: 40800029 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Histerectomia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 66	TALLA ACTUAL (CM): 161
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno fué de beneficio economico y Nutricional

X Deris Damian

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Fanny Perea Torres

No. de Cédula: _____ Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69.6	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y Nutricional

Fanny Perea Torres

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria stella Atencio

No. de Cédula: 40797088 Edad: 68 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 93	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Maria Atencio

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Libardo Murgas Romero

No. de Cédula: 17690313 Edad: 68 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 72.7	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Libardo Murgas Romero

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Adalys Murgas Hoiquez

No. de Cédula: 39475177 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) (NO) X	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 53.4	TALLA ACTUAL (CM): 149
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y energía

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fue de beneficio económico y nutricional

Adalys Murgas

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Zoila Guerra Milian

No. de Cédula: 27018517 Edad: 91 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 52.4	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Nalvis Mercedes Ariza

No. de Cédula: 27015624 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consuma de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno fué de beneficio economico y Nutricional.

Nalvis M Ariza M

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ramon Manjarez

No. de Cédula: 17990256 Edad: 66 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Catetersmo	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67	TALLA ACTUAL (CM): 176
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno me sirvió para mejorar mi apetito.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Denis Rojas

No. de Cédula: 40800096 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63.3	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verdura.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me Sirvió para mejorar mi Apetito

xDenis Rojas

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Mirsa Modesta Benjumea Fuentes

No. de Cédula: 22018710 Edad: 80 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56.8	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio económico y nutricional

Mirsa Benjumea B.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Yenis Leonor Ortiz

No. de Cédula: 40800544 Edad: 57 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Histerectomia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 71	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y verdura.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y Nutricional

Yenis L. Ortiz Fragoso

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Pedro Ramos Florian

No. de Cédula: 25161878 Edad: 60 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 81.5	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me ayudó para mejorar mi apetito

Pedro Ramos Florian

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundacion Social Vision Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumeta **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa Carmela Oñate

No. de Cédula: 51802968 Edad: 58 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 87.9	TALLA ACTUAL (CM): 1.60
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito

ROSA OÑATE

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Gladys Cecilia Romero

No. de Cédula: 40800136 Edad: 63 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 82.6	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me fueron para mejorar mi apetito

Gladys Cecilia Romero

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Tomas Vanegas

No. de Cédula: 77141823 Edad: 63 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 95.8	TALLA ACTUAL (CM): 178
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Tomas Vanegas

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elina María Rojas

No. de Cédula: 27014776 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 100	TALLA ACTUAL (CM): 157
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de fruta y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi Apetito

x Elina M. Rojas C.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Eulalia Rondales

No. de Cédula: 40801498 Edad: 63 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 59.2	TALLA ACTUAL (CM): 154
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Eulalia Rondal

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elia Maria Rojas G.

No. de Cédula: 40601287 Edad: 77 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Tiroides, Est.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56.5	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y Nutricional.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Almando de Jesus Cardona

No. de Cédula: 15185043 Edad: 66 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 80	TALLA ACTUAL (CM): 175
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Almando Cardona

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Urumita **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa Gomez. Cuello

No. de Cédula: 22621701 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Histerectomia.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO (X)	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67.3	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno fué de beneficio economico y nutricional

ROSA GOMEZ

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Amalia Ramos

No. de Cédula: 40800624 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 75.6	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Me Sirvio Para mejorar mi apetito, en Especial el Suplemento Alimenticio

Amalia Ramos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Manela Mora Bornos

No. de Cédula: 27018507 Edad: 84 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Tiroides, Apendice,	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67.3	TALLA ACTUAL (CM): 159
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi apetito

Manela Mora

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Riohacha **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Amelia Balcazar

No. de Cédula: 27018653 Edad: 84 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Colelitiasis	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 48.6	TALLA ACTUAL (CM): 140
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno fué de Beneficio Economico y Nutricional

Amelia Balcazar

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa Elena Romero R

No. de Cédula: 40800235 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Catetarismo, Glaucoma	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 53.1	TALLA ACTUAL (CM): 154
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvio para mejorar mi Apetito

Rosa Elena Romero

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa Estela Torres

No. de Cédula: 27015428 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 47.7	TALLA ACTUAL (CM): 147
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, me sirvió para mejorar mi apetito.

Rosa Estela Torres

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Augusto Arcuto Ramos

No. de Cédula: 5194306 Edad: 66 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 65	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió para mejorar mi Apetito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Celia Victoria Fragozo

No. de Cédula: 22015871 Edad: 72 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69	TALLA ACTUAL (CM): 161
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió para mejorar mi apetito.



Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Miguel Antonio Lopez Atencio

No. de Cédula: 5194155 Edad: 68 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) X (NO)	CUAL (ES): Cataratas mo	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 80	TALLA ACTUAL (CM): 173
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fué de beneficio economico y Nutricional

x miguel lopez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Mari Luz Ustariz Arieta

No. de Cédula: 40800722 Edad: 79 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Amputacion Pierna derecha	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 72	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bien fué de beneficio los suplementos y Nutricosmetico

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Uribia **Fecha:** Oct 22

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Belisa Maria Morgas Fragozo

No. de Cédula: 49730916 Edad: 63 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 64.2	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me servió para mejorar mi apetito

x Belisa Fragozo.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

ACTIVIDAD: Segunda Jornada de valoración nutricional al adulto mayor

FECHA: Octubre 19 de 2024 **LUGAR:** MUNICIPIO DE DISTRACCIÓN, LA GUAJIRA

No.	NOMBRE	APELLIDOS	CEDULA	EDAD	SEXO	CELULAR	FIRMA
1	AGRIPINA DEL CARMEN	BARROS PINTO	26994177	70	F	3233171035	Agripina Barros
2	ALBA LEONOR	MOVIL OÑATE	26995180	61	F	3246088951	Alba Leonor Movil Oñate
3	ALCIDES RAFEL	NIEVES FUENTES	17951235	65	M	317884468	
4	AMARILIS MARIA	DAZA LOPEZ	26993778	67	F	3106158155	Amarilis Daza
5	ANA LUZ	SALINAS SOLANO	56054156	58	F	3013241335	Ana Ls Salinas
6	APOSTOL	HERNANDEZ NIETO	77008216	67	M		~~Apostol~~
7	ARAMINTA ELENA	MARTINEZ BRITO	26998748	56	F	3024044697	Araminta elena martinez Brito
8	ARGEMIRO JESUS	MENDOZA	17950184	66	M	3044727389	
9	ARNOLDO RAFAEL	MARTINEZ MATINEZ	17952036	62	M	3007506495	Arnoldo R Martinez M
10	ARTURO	ARIAS MARTINEZ	3946510	63	M	3103938368	
11	BEATRIZ DOLORES	BENJUMEA GUERRA	40791766	78	F	3135572898	Beatriz Benjumea
12	BEATRIZ DOLORES	MORA OÑATE	26994384	66	F	3114237247	Beatriz mora Oñate
13	BEXY SULAY	NIEVES FUENTES	56057503	58	F	3242419167	Bexy Nieves
14	BIENVENIDA	BRITO VILLAR	26994586	66	F	3116631553	Bienvenida Brito
15	BOLIVAR	BONILLA GUTIERREZ	17841047	73	M	3107249661	
16	CARLOS PASTOR	LEVETE BRITO	5161761	78	M	3045435609	Carlos P Levete Brito

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

17	CARMEN	GAMEZ	26995915	70	F	3205195818	Carmen Gámez
18	CARMEN SOFIA	DIAZ GOMEZ	56055869	60	F	3215636288	Carmen Sofia Diaz Gomez
19	CECILIA LEONOR	ORTIZ MENDOZA	56056598	57	F	3158258632	Cecilia ortiz M
20	CIELO LUZ	MARTINEZ MOLINA	26998906	57	F	3207457315	+
21	DAMIAN JOSE	CAICEDO GRANADOS	17950471	67	M	3007111519	-
22	DELQUIS	BRITO JIMENEZ	40793584	68	F	3008451481	Delquis Brito
23	DENIS ESTHER	VIDAL SALINA	26995466	60	F	3043766141	Denis Esther Salina
24	DILIA ESTHER	TONCEL	40925578	61	F	3145823416	Dilia Toncel
25	DORIS ESTHER	SALINAS SOLANO	26995631	61	F	3116659410	Doris Salina
26	EDUIN JOSE	GONZALEZ BRITO	17952289	60	M	3006544680	Eduin Gonzalez B
27	EFRAIN DE JESUS	MENDOZA ACOSTA	12565103	76	M	3135545398	
28	EFRAIN ELIAS	GOMEZ TORRES	17815101	67	M	3022002135	Efrain Elias Gomez Torres
29	IVIS MARIA	BRITO	26998661	76	M	3145422436	Ivis Brito
30	ELIDA JOSEFA	ARGUELLES DE PEREZ	26992901	81	F	3007654644	Elida J Arguelles de P
31	ELIDA ROSA	TUIRAN BOLAÑO	34820271	66	F		Elida Rosa Tuiran
32	ELIMELEC	MARTINEZ OÑATE	17952171	62	M	3207457312	
33	ELIZABETH	BENJUMEA GAMEZ	26995482	68	F	3152427327	Elizabeth Benjumea
34	ELOISA MERCEDES	YADURO	27002002	66	F	3128474932	Eloisa Mercedes
35	ENA LUZ	BRITO GONZALEZ	52000134	63	F		Ena Luz Brito G
36	ENAIDA MARIA	SARMIENTO	56054398	65	F	3136494459	

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

37	ESCILDA MARIA	RODRIGUEZ PERARTAL	26995914	59	F	3023996656	Escilda Rodriguez
38	ESTHER JULIA	SALAZAR TAVARES	56056443	56	F	3147656384	Esthers
39	FELIX EDUARDO	ACOSTA AVILA	5163425	65	M	3137178615	
40	FRANCINA	BRITO PUSHAINA	26998653	73	F		
41	FREDI JOSE	JIMENEZ MOLINA	17815169	60	M		Fredy Jimenez
42	GEORGINA ISABEL	HERNANDEZ	56054806	71	F	3132801537	Georgina Hernandez
43	HELDA ROSALIA	LOPEZ SOLANO	26992143	85	F	3206930302	
44	HERNAN JOSE	MARTINEZ GONZALEZ	17 950880	68	F	3126373645	
45	HILVA LEONOR	GONZALEZ	26998699	67	F	3011900124	Hilvas Leonor Gonzalez.
46	HUGUES MANUEL	FERNANDEZ PINTO	17951125	65	M	3116664484	
47	IDANIRIS CECILIA	MARTINEZ BORREGO	26995586	59	F	3042178269	Idaniris Martinez
48	ISOLINA TERESA	LOPEZ DE DAZA	26998520	82	F	3043871719	Isolina Lopez
49	JACOB JOSE	BRITO BENJUMEA	17953276	59	M	3243448284	Jacob Brito
50	JAVIER DE JESUS	MARTINEZ	5158891	73	M	3107382815	Javier de Jesus Martinez
51	JESUS	OÑATE APUANA	5159936	70	M	3215958715	Jesús Oñate Apuana
52	JESUS ALBERTO	MANJARREZ VIDAL	5161852	63	M	3224466371	
53	JOSE ALFREDO	MARTINEZ GAMEZ	17950224	66	M		JOSÉ MARTINEZ
54	JOSE ANTONIO	CAMARGO VIDAL	5159643	70	M	3013919546	
55	JOSE DE JESUS	OÑATE	5161820	71	M	3135297013	Jose Onate
56	JOSE DEL CARMEN	VIZCAINO MONTENEGRO	19580707	73	M		

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

57	JOSE ELIECER	CASALLAS GOMEZ	14316970	66	M	3232346629	Jose E Casallas Gomez
58	JOSEFA CRISTINA	PERALTA RODRIGUEZ	26998518	83	F	3006266807	Josefa
59	JUANA JOSEFA	CAMARGO DE SOLANO	26993513	72	F	3007568009	Juana J. Camargo
60	JULIA MERCEDES	MARTINEZ BRITO	26998709	57	F	3106627180	Julia martinez
61	UBALDINA ESTHER	RUEDAPLATA	56055295	61	F	3148755443	Ubaldina Rueda plata
62	LIBIA ESTHER	GUERRA PEÑARANDA	26994647	72	F	3204467600	Libia Guerra
63	LILIA CONSUELO	NIEVES NIEVES	26997138	64	F	3205065421	Lilia C. nieves
64	LILIA MECEDEZ	REINA SOLANO	26995187	64	F	3017966285	Lilia Reina solano
65	LUCAS TOMAS	CORDOBA CHINCHIA	17950310	68	M	3126827796	Lucas cordoba
66	LUIS ALFONSO	MEJIA CAICEDO	17955116	70	M	3206283662	Luis ALFONSO MEJIA
67	LUIS ANTONIO	PADILLA VALDES	73265374	64	M	3122795786	
68	LUIS ARMANDO	MARTINEZ MARTINEZ	17952049	61	M		Luis Armando MM
69	LUISA ELENA	BARRO MENDOZA	56053734	67	F		Luisa Barros
70	LUZ ANGELA	CORONADO VILLAMIL	49693575	58	F	3046309975	LUZAMELA
71	LUZ CELINA	OPINTO	56054706	62	F	3004362943	Luz celina pinto
72	LUZ MARINA	GAVIRIA MENDOZA	40916216	62	F	3157671949	Luz Marina Gaviria
73	LUZ MARINA	BRITO VEGA	27003064	66	F	3013318946	Luz marina Brito
74	MAGALIS	MARTINEZ MARTINEZ	56055686	60	F	3136194461	Magalis Martes
75	MANUEL ANTONIO	MOLINA CARRILLO	17951980	62	M	3170828769	manuel molina
76	MANUEL DE JESUS	NIEVES MARTINEZ	17951249	63	M	3004906587	Manuel Nieves



PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

77	MANUEL ESTEBAN	GAMEZ	15195024	83	M	3196676810	Manuel esteban G.
78	MARIA DEL CARMEN	SUAREZ PINTO	40922993	56	F	3008024837	Maria Suarez P.
79	MARIA DOLORES	GUERRA ARGUELLES	40790039	72	F	3003556312	Maria Arguelles
80	MARIBETH	RICARDO	40807124	68	M	3205166213	Maribeth Ricardo
81	MARILUZ	MURILLO GONZALES	26997137	65	F	3233171035	Mariluz Murillo
82	MARLENE MARIA	MOLINA	26994387	69	F	3001482586	Marlene Molina.
83	MARTIN ENRIQUE	SIERRA MENDOZA	84036012	62	M	3135028083	Martin Sierra
84	MARUJA	MOLINA FRAGOZO	26994827	65	F	3135462696	Maruja Molina Fragoza
85	MELBA BEATRIZ	AMAYA SOLANO	26998638	74	F	3137489009	Melba Beatriz Amaya
86	NANCY MERCEDES	LOPEZ GONZALEZ	40796932	71	F		Nancy Lopez
87	NELYS MILAGROS	DIAZ GOMEZ	36709842	57	M	312284385	Nelis Diaz
88	NOLVIS	CORDORA CHINCHIA	26995964	59	F		Nolvis Cordoba Ch.
89	NORA MERCEDES	BRITO TONCEL	26995483	62	F		Nora Brito T.
90	NORMA ELENA	MANJARRES VIDAL	26995629	60	F	3014226521	Norma E Manjarres V
91	NUBIA ESTHER	SOLANO MOLINA	26998682	64	M	3205384732	Nubia Solano
92	OLENIS MARIA	MARTINEZ	26998702	60	F	3008818944	Olenis Martinez
93	OMAR	GAMEZ GAMEZ	17954340	57	M	3196676810	Omar Gamez G.
94	OSCAR ENRIQUE	GONZALEZ GRANADOS	5159273	72	M	3235138436	Oscar Gonzalez
95	OSCARIS FILOMENA	MOLINA	26993572	71	F	3207353987	Oscaris Molina
96	PRAXEDIS	BRITO BENJUMEA	26997134	65	M	3136968436	Praxedis Brito B

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

97	RAFAEL ENRIQUE	CAMARGO MINDIOLA	17950925	67	M	3117158511	Rafael Camargo
98	RITA ELENA	MARTINEZ	26995604	63	F	3003593468	Rita Martinez
99	ROSA LAUDITH	YAGUNA PERALTA	26998602	77	F	3016765664	Rosa L Yaguna P
100	ROSMERYS ELENA	ORTIZ VAQUERO	56053591	59	F	3015706769	Rosmy Ortiz V.
101	RUTH MARIA	MANJARRES CAMARGO	26998552	80	F	3024893909	Ruth Marina Manjarres
102	RUTH MARIA	SOLANO SOLANO	26994727	66	F	3132689628	Ruth Solano A.
103	RUTH MIRA	CAICEDO MURGAS	40978962	64	F	3012775073	Ruth Mira Caicedo
104	SANTA SOFIA	AMAYA	42496518	69	F	3232346629	Santa Sofia Amaya
105	SNEIDER ANTONIO	BRITO FUENTES	1725283	63	M	3004014090	SBF
106	SOCORRO	BAQUERO MARTINEZ	26998634	60	F	3136194461	Socorro Baquero
107	SONIA AMPARO	RODRIGUEZ URBINA	26993753	67	F	3024539284	Sonia Rodriguez
108	VILMA ROSA	MARTINEZ	26998704	63	F		Vilma Rosa Martinez
109	YASMINA MARIA	PEREZ ARGUELLES	56054648	59	F	3135792216	Yasmina Perez A
110	YESENIA BEATRIZ	AÑEZ SUARES	56055314	58	F	3004468830	Yesenia Añez Suarez

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Agripina del Carmen Bonos

No. de Cédula: 26994177 Edad: 68 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58.6	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayudó mucho con mi inapetencia.

x Agripina Bonos

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Alba Leonor Movil Oñate

No. de Cédula: 26915180 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 64.4	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayudó mucho con mi inapetencia

Alba. Leonor Movil. Oñate

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Alcides Rafael Nieves Fuentes

No. de Cédula: 17951235 Edad: 65 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 65	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Realizar actividad física, Consumir frutas y verduras. Consumir proteínas de Alto valor biológico.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me fue de mucho beneficio económico y nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ana Loz Salinas

No. de Cédula: 36054156 Edad: 58 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62	TALLA ACTUAL (CM): 159
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió económicamente y nutricionalmente

Ana Loz Salinas

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Apostol Hernandez Nieto

No. de Cédula: 7700 8216 Edad: 67 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayudo mucho con mi inapetencia

A. Apostol Hernandez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Araminta Elena Martinez.

No. de Cédula: 26998748 Edad: 56 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55	TALLA ACTUAL (CM): 159
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el suplemento me ayudo mucho con mi competencia

Araminta Elena MARTINEZ BRITO

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Argemiro Mendoza

No. de Cédula: 17950184 Edad: 66 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

El Complemento me ayudo con mi inapetencia.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Beatriz Dolores Bentumeq

No. de Cédula: 40791766 Edad: 78 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55.9	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

El Complemento me ayuda con mi inapetencia

Beatriz Bentumeq

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Beatriz Mora Onate

No. de Cédula: 26994380 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

El Complemento me ayuda con mi inapetencia

Beatriz mora oñate

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN VIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Baxy Julay Nieves

No. de Cédula: 56057503 Edad: 58 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56	TALLA ACTUAL (CM): 156
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho económico y nutricionalmente

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Bolivar Bonilla Gutierrez

No. de Cédula: 12841021 Edad: 73 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia Columna	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 66.3	TALLA ACTUAL (CM): 172
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno Me sirvió notablemente para alimentarme mejor

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Carmen Gamez

No. de Cédula: 26995915 Edad: 68 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, fue de beneficio economico y nutricional

Carmen Gámez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Cecilia Leonor Ortiz.

No. de Cédula: 56056598 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Varices	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Futas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió mucho económica y nutricionalmente

Cecilia Ortiz

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Denis Esther Vidal

No. de Cédula: 26995466 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió mucho económica y nutricionalmente

Denis Vidal Solano

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Dilia Esther Toncel

No. de Cédula: 40925598 Edad: 61 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )
	X				

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )
X		

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56.4	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente. Me sirve de beneficio nutricionalmente

Dilia Toncel

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Doris Esther Salinas Solano

No. de Cédula: 26995631 Edad: 61 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58.4	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el Suplemento me ayudó con mi inapetencia.

- Doris Salina

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Delquis Brito

No. de Cédula: 40793584 Edad: 68 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 65	TALLA ACTUAL (CM): 177
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Consumo de frutas y suplemento que ayudo mucho en mi inapetencia

Delquis Brito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Edwin Jose Gonzalez.

No. de Cédula: 17952289 Edad: 60 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70.7	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayudo mucho con mi inapetencia

Edwin Gonzalez 13

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Efrain de Jesus Mendoza A

No. de Cédula: 12565103 Edad: 75 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Varices	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 78	TALLA ACTUAL (CM): 187
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió de beneficio Nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Efrain Elias Gomez Torres

No. de Cédula: 12815101 Edad: 67. Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (X) (NO)	CUAL (ES): Lipoma	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70	TALLA ACTUAL (CM): 183
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente que Sirvió mucho económico y Nutricional

Efraín Elías Gómez Torres.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Amarilis Maria Daza

No. de Cédula: 26993778 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 36.9	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de proteina de alto valor Biologico

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el suplemento, me sirvió de bastante nutricionalmente

Amarilis Daza

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elida Josefa Arguelles

No. de Cédula: 26992901 Edad: 80 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 45.7	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió económica y nutricionalmente

Elida J Arguelles

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Josefa Peralta

No. de Cédula: 26998518 Edad: 83 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 46.7	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, fue de mucho beneficio economico y nutricional.

Josefa Peralta

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luisa Elena Barros

No. de Cédula: 56053734 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 54	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y agua Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, Si sirvió mucho económica y nutricionalmente

Luisa Barros

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luz Angela Coronado

No. de Cédula: 49693575 Edad: 58 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Apendice	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 48.6	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho económico y Nutricionalmente

LuzAngela

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Santa Sofia Amaya

No. de Cédula: 42496518 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hemorroides	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 49.6	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Bajo Peso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplento me ayudó mucho con mi Suplento

Santa Sofia Amaya

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elida Rosa Tuiran

No. de Cédula: 34820271 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el suplemento me ayuda mucho con mi apetencia

x Elida Rosa Tuiran

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elizabeth Bermudez Gamez

No. de Cédula: 26995482 Edad: 68 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas.	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 77	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el Suplemento me ayudo mucho con mi inapetencia.

Elizabeth Bermudez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ema Luz Brito Gonzalez

No. de Cédula: 52000134 Edad: 63 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62.5	TALLA ACTUAL (CM): 156
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente. Me sirve de beneficio Nutricionalmente

Ema Luz Brito G

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Esther Julia Salazar

No. de Cédula: 36056443 Edad: 56 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el Suplemento me ayudó mucho con mi inapetencia

Esthers

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Felix Eduardo Acosta Avila

No. de Cédula: 5163425 Edad: 65 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 79.4	TALLA ACTUAL (CM): 173
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho económico y Nutricional

Felix Eduardo Acosta Avila

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Francina Brito Pushaina

No. de Cédula: 26998653 Edad: 73 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el suplemento me ayudo mucho con mi inapetencia

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Fedri Jose Jimenez Molinci

No. de Cédula: 17815169 Edad: 60 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70	TALLA ACTUAL (CM): 167
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayudo mucho con mi inapetencia

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Helda Rosalia Lopez Solano

No. de Cédula: 26992143 Edad: 84 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Catetarismo Tiroides	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno me sirvió económico y Nutricionalmente

Helda Rosalia Lopez S.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Heinam Jose Martinez Gonzalez

No. de Cédula: 17950880 Edad: 65 Sexo: M.

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) X (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO X	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL X	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 93	TALLA ACTUAL (CM): 185
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente fué de beneficio económico y Nutricional



Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jacob Jose Brito B

No. de Cédula: 17953276 Edad: 59 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60.	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno me sirvió económica y nutricionalmente

Jacob Brito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Javier de Jesus Martinez

No. de Cédula: 5158891 Edad: 73 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(A)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(A)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 51	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayudó mucho con mi inapetencia

Javier de Jesus Martinez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jesus Oñate Apuc

No. de Cédula: 5715936 Edad: 70 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58.5	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el Suplemento me ayudo mucho por mi inapetencia

Jesús Oñate Apuc

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose Antonio Camargo

No. de Cédula: 5159643 Edad: 70 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió mucho económico y nutricionalmente

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose del Carmen Vizcaino

No. de Cédula: 19580707 Edad: 73 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR (X)	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 52.8	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente de Beneficio económico y Nutricional

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose Eliecer Casalls

No. de Cédula: 14316970 Edad: 66 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (X) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62	TALLA ACTUAL (CM): 176
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayudo mucho en mi inapetencia

Jose Eliecer Casalls Jaimes

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN VIGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Juana Josefa Camargo

No. de Cédula: 26993513 Edad: 72 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) (NO) X	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO X	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL X	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 72	TALLA ACTUAL (CM): 163
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayudó mucho con mi inapetencia

Juana Camargo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Julia Mercedes Martinez Brito

No. de Cédula: 26998709 Edad: 57 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió mucho económico y nutricionalmente.

Julia Martinez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Libia Esther Guerra

No. de Cédula: 26994647 Edad: 72 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: ~~Sobrepeso~~ Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayudó mucho con mi inapetencia

Libia Guerra

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Lilia Mercedes Reina

No. de Cédula: 26995187 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 65	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho económico y nutricionalmente

Lilia Mercedes Reynas

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Lilia Consuelo Nieves.

No. de Cédula: 26947138 Edad: 64 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Disco Vesicular	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente fué de Beneficio económico y Nutricional

- Lilia C Nieves

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Lucas Tomas Cordoba

No. de Cédula: 12950310 Edad: 67 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55	TALLA ACTUAL (CM): 174
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Para Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, sirvió económico y nutricionalmente

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luis Alfonso Mejia Acuicedo

No. de Cédula: 17955116 Edad: 70 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Hernia	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 49.8	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho, económico y Nutricionalmente

- Luis ALFONSO MEJÍA C

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luis Armando Martinez.

No. de Cédula: 17952049 Edad: 61 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 57.9	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho económico y Nutricionalmente

Luis Armando MM.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luz Marina Gaviria

No. de Cédula: 40916G216 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Cataratas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayudó mucho con mi apetencia

Luz Marina Gaviria

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Magalis Martnez

No. de Cédula: 36055686 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayudo con mi dropetencia

. Magalis Martnez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Manuel Antonio Molina

No. de Cédula: 1795198O Edad: 62 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68	TALLA ACTUAL (CM): 174
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me Surtió mucho económico y Nutricionalmente

Manuel A Molina

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Manuel Esteban Gamez

No. de Cédula: 15195028 Edad: 83 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 62	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el suplemento me ayuda mucho con mi apetencia

Manuel Esteban G.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 19

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Marica Dolores Guerra

No. de Cédula: 40790039 Edad: 72 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 64	TALLA ACTUAL (CM): 154
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho económico y nutricionalmente

María Dolores Guerra

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Mari Luz Murillo Gonzalez

No. de Cédula: 26997137 Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) X (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69	TALLA ACTUAL (CM): 159
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayuda con mi inapetencia

Mariluz Murillo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Marlene Maria Molina

No. de Cédula: 26994387 Edad: 69 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) ~~X~~	ALERGIAS: (SI) (NO) ~~X~~
QX: (SI) (NO) ~~X~~	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO ~~X~~	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL ~~X~~	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 164
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno me sirvió de mucho beneficio económico y nutricionalmente

Marlene Molina

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria Molina Fragoso

No. de Cédula: 26994827 Edad: 65 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61.7	TALLA ACTUAL (CM): 159
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho economico y Nutricionalmente.

Maria Molina F.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Melba Beatriz Amaya

No. de Cédula: 26998638 Edad: 74 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 56	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, fue de beneficio económico y Nutricional

Melba Beatriz Amaya

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Nancy Mercedes Lopez.

No. de Cédula: 40796932 Edad: 71 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesícula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63.9	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayuda mucho con mi inapetencia

Nancy López

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Nelis Milagros Diaz

No. de Cédula: 36709842 Edad: 57 Sexo: F.

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Amp pierna	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 58	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayuda mucho con mi apetencia

nelis milagro Diaz S

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Nolvis Cordoba

No. de Cédula: 26995964 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho económico y nutricionalmente.

. Nolvis Cordoba Ch.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Nubia Ester Solano

No. de Cédula: 26998682 Edad: 64 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 77	TALLA ACTUAL (CM): 163
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, fué de beneficio economico y Nutricional

Nubia E Solano

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distraccion **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luz Marina Brito Vega

No. de Cédula: 27003064 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 83	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: ~~Sobre~~ Obesidad

Recomendaciones: Consumo de proteina de alto Valor Biologico

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, fue de mucha ayuda para alimentarme mejor.

Luz Marina Brito

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Oscaris Molina Filomena

No. de Cédula: 26993572 Edad: 71 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Lipomas	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 83	TALLA ACTUAL (CM): 153
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayudó mucho en mi mantenimiento

Oscaris Molina

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Norma Elena Martinez Vidal

No. de Cédula: 26995629 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 91.7	TALLA ACTUAL (CM): 163
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno me sirvió económico y Nutricional

Norma E. Martinez V.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maribeth Ricardo

No. de Cédula: 40807124 Edad: 68 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 97.8	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho económico y Nutricionalmente.

Maribet Ricardo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Idaniris Martinez Borrego

No. de Cédula: 26995586 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Lipoma	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 104.5	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayudó mucho con mi inapetencia

Idaniris MARTINEZ

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Esilda Rodriguez Peralta

No. de Cédula: 26995914 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 91.3	TALLA ACTUAL (CM): 169
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy Bueno me sirvio economico y Nutricional

Esilda Rodriguez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Eloisa Maduro

No. de Cédula: 27002002 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 76.6	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno me sirvió económico y nutricional

EDWIN ACUÑA

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Cielo luz Martinez Molina

No. de Cédula: 26998906 Edad: _____ Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 91	TALLA ACTUAL (CM): 161
IMC:	

DX Nutricional: Obesidad

Recomendaciones: Recomen Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, me sirvió economica y nutricionalmente



Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Carmen Sofia Diaz Gomez

No. de Cédula: 36055869 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69	TALLA ACTUAL (CM): 150
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, fué de beneficio economico y nutricional

Carmen Sofia Diaz Gomez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Carlos Pastor

No. de Cédula: 5161761 Edad: 78 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 80	TALLA ACTUAL (CM): 172
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayudó mucho con mi apetencia

Carlos P Jerez Prado

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Bienvenida Brito

No. de Cédula: 26994586 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Varicela	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67.9	TALLA ACTUAL (CM): 149
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumir frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

El Complemento me ayuda con mi inapetencia

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Arturo Arias Martinez

No. de Cédula: 3946510 Edad: 64 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Prostata. Apendicitis	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 86	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de Futs y Verdura.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió mucho Nutricionalmente.

Arturo Arias

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Arnoldo Rafael Martnez.

No. de Cédula: 17952036 Edad: 62 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Corazón	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 87.	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, fue de beneficio para mi consulta y nutricional

Arnoldo R Martinez M

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción. **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Damian Jose Caicedo Granados

No. de Cédula: 1950471 Edad: 67 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO) X	DIARREICAS: (SI) (NO) X	ALERGIAS: (SI) (NO) X
QX: (SI) (NO) X	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO X	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL X	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 97	TALLA ACTUAL (CM): 180
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho economico y nutricionalmente

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Enaicla Maria Sarmiento Guerra

No. de Cédula: 56054398 Edad: 65 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74.8	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió mucho económico y nutricional

X

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Hugues Manuel Fernandez.

No. de Cédula: 1795125 Edad: 65 Sexo: M.

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Vesícula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 85	TALLA ACTUAL (CM): 172
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayudo mucho con mi impotencia

HUGUES FERNANDEZ.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Georgina Isabel Hernandez

No. de Cédula: 5605480 6 Edad: 72 Sexo: ____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 84	TALLA ACTUAL (CM): 156
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el Suplemento me ayudó con mi inapetencia

Georgina Hernandez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jesus Alberto Montero

No. de Cédula: 5161852 Edad: 62 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68	TALLA ACTUAL (CM): 125
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió economico y nutricionalmente

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose Alfredo Martinez Gomez

No. de Cédula: 17950224 Edad: 66 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 98	TALLA ACTUAL (CM): 173
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

El Complemento me ayudo mucho en mi inapetencia

JOSÉ MARTÍNEZ

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luis Alfonso Padilla

No. de Cédula: 73265374 Edad: 64 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 80	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho económico y nutricionalmente

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ubaldina Rueda Plata

No. de Cédula: 56055295 Edad: 61 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 82	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el suplemento me ayudo mucho con mi inapetencia

Ubaldina Rueda Plata

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Maria del Carmen Suarez

No. de Cédula: 40922993 Edad: 56 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 89	TALLA ACTUAL (CM): 152
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayudó mucho con mi dispepsia

María del Carmen Suarez P.C

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Martn Enrique Sierra

No. de Cédula: 84036012 Edad: 62 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO( )	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL ( )	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 91.7	TALLA ACTUAL (CM): 175
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente fué de beneficio economico y Nutricional

Martín E Sierra

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Olenis Maria Martinez

No. de Cédula: 26998702 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: ~~(SI)~~ (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~A~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 82.8	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayudó mucho con mi inapetencia

Olenis Martinez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN GUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Yesenia Beatriz Añez Suarez

No. de Cédula: 56055314 Edad: 58 Sexo: F.

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 75	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Sobrepeso

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el suplemento me ayudó mucho en mi mejoramiento

Yesenia Añez Suarez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Omaiv Gamez Gamez.

No. de Cédula: 17954340 Edad: 57 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me brindó mucho económico y nutricionalmente

Omar Gamez G.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Oscar Enrique Gonzalez

No. de Cédula: 5159273 Edad: 72 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

O Stor Gonzalez – Excelente el Suplemento me ayuda con mi empetencia

Oscar Gonzalez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Praxedis Brito Bertumea

No. de Cédula: 26997134 Edad: 65 Sexo: M.

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 52.4	TALLA ACTUAL (CM): 151
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayuda mucho en mi trabajo

Praxedis Brito B

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rafael Enrique Camargo Mindiola

No. de Cédula: 17950925 Edad: 67 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 74	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, me sirvió económica y Nutricionalmente

Rafael Camargo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rita Elena Martnez.

No. de Cédula: 26995604 Edad: 63 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61	TALLA ACTUAL (CM): 161
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplento me ayudó mucho con mi molestia

Rita E martinez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosa Laudith Yaguna

No. de Cédula: 26998602 Edad: 77 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 78	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayudó mucho con mi inapetencia

Rosa L Yaguna P

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Rosmery Ortiz Vagens

No. de Cédula: 56053591 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70	TALLA ACTUAL (CM): 170
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayudó mucho con mi inapetencia

Rosmy Ortiz V.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ruth María Manjares Camargo

No. de Cédula: 26998552 Edad: 80 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno me sirvió económica y nutricionalmente

Ruth Marina Manjarez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ruth Mira Caicedo

No. de Cédula: 40978962 Edad: 64 Sexo: _____

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 57.9	TALLA ACTUAL (CM): 161
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho nutricionalmente

Ruth Mira Caicedo

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Ruth Maria Solano

No. de Cédula: 26994727 Edad: 66 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES): Vesicula	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 63.4	TALLA ACTUAL (CM): 155
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de fruta y Verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvió mucho, económico y Nutricionalmente.

Ruth Solano Solano

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Sneider Brito Fuente.

No. de Cédula: 1725283 Edad: 63 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente el Suplemento me ayudo mucho con mi impotencia

SBF

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Socorro Baquero Martinez

No. de Cédula: 26998634 Edad: 60 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 158
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el Suplemento me ayudó mucho con mi apetencia

Socorro Baquero

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Sonia Amparo Rodriguez

No. de Cédula: 26993753 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (~~SI~~) (NO)	CUAL (ES): Apendice	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(~~X~~)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(~~X~~)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 55.5	TALLA ACTUAL (CM): 157
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente me sirvio mucho economico y Nutricionalmente

Sonia Rodriguez V.
Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Vilma Rosa Martinez

No. de Cédula: 26998704 Edad: 63 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: ~~(SI)~~ ~~(NO)~~	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL ~~(X)~~	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 73.6	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de frutas y verduras.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, me sirvió mucho económico y Nutricionalmente

Vilma Rosa Martinez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracion **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Nora Mercedes Brito Toncel

No. de Cédula: 26995483 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (~~NO~~)	DIARREICAS: (SI) (~~NO~~)	ALERGIAS: (SI) (~~NO~~)
QX: (SI) (~~NO~~)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 49.8	TALLA ACTUAL (CM): 145
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Proteina de alto Valor Biologico.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno, me ayudó mucho para alimentarme mejor.

269 Nora Brito T

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracion **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Yasmina Maria Perez Arguelly

No. de Cédula: 56054698 Edad: 59 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 66	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frts y Verduras
Proteina de Alto valor Biologico

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento aperitivo mi apetito

Yasmina Perez A

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luis Mona Bruto

No. de Cédula: 26992901 Edad: 76 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO (X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 66	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frts y Verduras diariamente.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente. los alimentos fuera de ayuda económica y nutricional. Muy Agradecida

Luis Bruto

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracion **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Elmelec Martinez Oñate.

No. de Cédula: 17952171 Edad: 62 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 68	TALLA ACTUAL (CM): 169
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, el suplemento me ayuda a aumentar mi apetito.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distraccion **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Hilva Leonor Gonzalez.

No. de Cédula: 26998699 Edad: 67 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 60	TALLA ACTUAL (CM): 162
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, muy agradecida. Me sirvió para mejorar mi alimentacion

Hilva leonor gonzalez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUNVIGUAJIRA Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Isolina Teresa Lopez Daza

No. de Cédula: 26998520 Edad: 82 Sexo: F.

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 61	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frts y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, fue de mucha ayuda economica y nutricional.

Isolina Lopez

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distraccion **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Jose de Jesus Ordte.

No. de Cédula: 5161820 Edad: 71 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 67	TALLA ACTUAL (CM): 165
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de proteina de Alto Valor Biologico.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Muy bueno. Fue de mucho beneficio para alimentarme mejor diariamente

Jose Ordte.

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distraccion **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Luz Celina Pinto

No. de Cédula: 56054706 Edad: 62 Sexo: F

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL(X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 69.5	TALLA ACTUAL (CM): 160
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de Frutas y Verduras

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente, Fue de mucha ayuda economica y nutricional.

Luz celina Pinto

Firma o huella del beneficiario

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

FUN IGUAJIRA
Fundación Social Visión Guajira

FORMATO DE VALORACIÓN POR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Segunda valoración individual

Municipio: Distracción **Fecha:** Oct 23

Datos personales del beneficiario:

Nombre completo: Manuel de Jesus Nieves McAnez

No. de Cédula: 17951249 Edad: 63 Sexo: M

Antecedentes Personales:

PATOLÓGICOS (MARCAR CON UNA X):		
RESPIRATORIAS: (SI) (NO)	DIARREICAS: (SI) (NO)	ALERGIAS: (SI) (NO)
QX: (SI) (NO)	CUAL (ES):	
OTRAS:		

Hábitos Alimentarios:

APETITO:	BUENO(X)	REGULAR ( )	MALO ( )	AUMENTADO ( )	DISMINUIDO ( )

Hábito Intestinal:

NORMAL (X)	ESTREÑIMIENTO ( )	DIARREA ( )

Datos Antropométricos:

PESO ACTUAL (KG): 70	TALLA ACTUAL (CM): 168
IMC:	

DX Nutricional: Adecuado

Recomendaciones: Consumo de proteina de alto valor Biologico.

¿Cómo le pareció el kit nutricional y el suplemento alimenticio que entregamos durante el programa? ¿Fue de beneficio para usted?

Excelente. Fue de mucho beneficio economico y nutricional para mi

Manuel Nieves

Firma o huella del beneficiario