ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: JORGE HERNANDO MEJÍA ESCOBAR

No DE IDENTIFICACIÓN: 19256875 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 27/06/1957

EDAD :64 AÑOS SEXO F __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA_____ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL ___ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL____

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 43.5 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96cm	TALLA EN m :1.78
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm):25 cm	PESO EN Kg : 69.1
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :28.5 cm	IMC : 22kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica, normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS IGNACIO MARIÑO MOLANO

No DE IDENTIFICACIÓN: 17184826 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC : X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 11/12/1947

EDAD :74 AÑOS SEXO F __ M : X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI __X___ NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA_____ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL: X EDENTULO TOTAL ___ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL____

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO: X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 36 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 111cm	TALLA EN m :1.65
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm):25 cm	PESO EN Kg : 73
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :34 cm	IMC : 26.8kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normaidad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica, normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Por petición del señor refiere que por las noches solo ofrecer verdura, bebida y proteina caliente

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS MARIA FORERO PINZON

No DE IDENTIFICACIÓN: 372555 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 02/03/1935

EDAD : 86 AÑOS | SEXO F __ M: X I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 | BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL : X HIPOREXIA_____ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL: X _ EDENTULO TOTAL ___ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL____

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 35.5 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 95cm	TALLA EN m :1.63
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm):25 cm	PESO EN Kg : 50
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :28 cm	IMC : 18 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Desnutrición Leve

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta hiperproteica, hipercalorica, normograsa, consistencia normal, Ofrecer refrigerio nocturno

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE ANGEL PARRA PULIDO

No DE IDENTIFICACIÓN: 2933746 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC : X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 16/06/1935

EDAD :86 AÑOS SEXO F __ M : X I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI __X___ NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL __X___ HIPOREXIA_____ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO __x__

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL __ EDENTULO TOTAL : X PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL____

HABITO INSTESTINAL NORMAL : __x___ DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO __X___

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO:_x__ CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 34.5 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO_x__ CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 100cm	TALLA EN m :1.49
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm):24 cm	PESO EN Kg : 60
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30 cm	IMC : 27kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Sobrepeso para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

4.Realizar actividad física diaria

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, hipocalorica,hipograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: JUAN ANDRES BETANCOURT

No DE IDENTIFICACIÓN: 5924229 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC : X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/12/1943

EDAD :77 AÑOS SEXO F __ M : X I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI __X___ NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL __X___ HIPOREXIA_____ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO __x__

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL __ EDENTULO TOTAL : X PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL____

HABITO INSTESTINAL NORMAL : __x___ DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO __X___

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO:_x__ CUAL?_____ Número de tomas al día: __

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 42 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO_x__ CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 94.5 cm	TALLA EN m : 1.58cm
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm):26 cm	PESO EN Kg : 58,7kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :34 cm	IMC : 23.5kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MIGUEL GARZON GUTIERREZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 19318535 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 20/10/1955

EDAD :65 AÑOS SEXO F __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA_____ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL ___ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL____

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 40.5 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 101cm	TALLA EN m :1.57
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm):29 cm	PESO EN Kg : 70,4
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :37 cm	IMC : 28kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Sobrepeso para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales
4. Realizar actividad física diaria

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, hipocalórica, hipograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: RAUL ANTONIO SANCHEZ FLOREZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 19227751 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 04/01/1954

EDAD :67 AÑOS SEXO F __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA____ NORMAL: X HIPOREXIA____ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: Refiere los ácidos por su gastritis

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI___ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL ___ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: x_

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 41 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 77.5cm	TALLA EN m :1,57
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm):26 cm	PESO EN Kg : 49.1 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :34 cm	IMC : 20kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Peso insuficiente para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta hiperproteica, hipercalorica, hipograsa, consistencia normal, gastroprotectora(no acidos, no irritantes)

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ILDEFONSO SILVA CALDERON

No DE IDENTIFICACIÓN: 13227505 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 20/01/1945

EDAD :76 AÑOS | SEXO F __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 | BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA____ NORMAL: X HIPOREXIA____ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI___ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL ___ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: x_

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 42.5 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 98 cm	TALLA EN m :1,65
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm):26 cm	PESO EN Kg : 73 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :31 cm	IMC : 27kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, hipocalorica, normograsa, consistencia normal, hipoglucida

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Diabetes

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: FRANCISCO VARGAS GALEANO

No DE IDENTIFICACIÓN: 5891804 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 22/10/1945

EDAD :75 AÑOS SEXO F __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: ____ HIPOREXIA: X ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL ___ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: x_

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 39 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 84 cm	TALLA EN m :1,45
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 24cm	PESO EN Kg : 51 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :29,5 cm	IMC : 24kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica, normograsa, consistencia normal, hipoglucido

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Diabetes

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MIGUEL ANGEL SILVA VILLANUEVA

No DE IDENTIFICACIÓN: 19412364 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 08/07/1957

EDAD :64 AÑOS SEXO F __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL ___ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 43 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 105.5 cm	TALLA EN m :1,60
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 74,6 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :35,5 cm	IMC : 24kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Sobrepeso para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales
4. Realizar actividad física diaria

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, hipocalorica,hipograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ALEJANDRINO RAMIREZ OSPINA

No DE IDENTIFICACIÓN: 6333551 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 27/02/1944

EDAD :78 AÑOS SEXO F __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL ___ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 43 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 87 cm	TALLA EN m :159
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 24cm	PESO EN Kg : 55.5kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :29 cm	IMC : 22 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normaliadad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALBERTO MARIN BUSTAMENTE

No DE IDENTIFICACIÓN: 17127516 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 19/08/1945

EDAD :75 AÑOS SEXO F __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI___ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL : X PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 39 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 105 cm	TALLA EN m :170
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 28cm	PESO EN Kg : 71.6 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30 cm	IMC : 24 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normaliadad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: CARLOS RODRIGUEZ MARQUEZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 19266259 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 16/03/1957

EDAD :64 AÑOS SEXO F __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 40 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 89 cm	TALLA EN m :157
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 24cm	PESO EN Kg : 61,4 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :32 cm	IMC : 25 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normaliadad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALBERTO SOTO RODRIGUEZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 19178796 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 21/11/1951

EDAD :69 AÑOS SEXO F __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 46 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 100 cm	TALLA EN m :178
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 30cm	PESO EN Kg : 75.3 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :38 cm	IMC : 23.7 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normaliadad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA CECILIA GARNICA COBA

No DE IDENTIFICACIÓN: 23620063 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 21/10/1951

EDAD :69 AÑOS SEXO F: X M: ___ I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: X PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 39 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 102 cm	TALLA EN m :165
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 26cm	PESO EN Kg : 63 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30 cm	IMC : 23kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normaliadad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: VIRGINIA ROJAS CASTRO

No DE IDENTIFICACIÓN: 20529642 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 14/11/1940

EDAD :80 AÑOS SEXO F: X M: ___ I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI ____ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 37 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 90 cm	TALLA EN m :142
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 25cm	PESO EN Kg : 58.9 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30 cm	IMC : 23kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal, hipoglucida

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Diabetes

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 08/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ENA CRISTINA JIMENEZ BENAVIDEZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 20529642 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 21/10/1951

EDAD :69 AÑOS | SEXO F: X M: ___ I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 | BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: X PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: X NO : ___

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 37 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 90 cm	TALLA EN m :156
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 25cm	PESO EN Kg : 59 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30 cm	IMC : 24kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

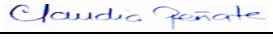
Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: VICTOR MANUEL RUBIANO MOLINA

No DE IDENTIFICACIÓN: 79130926 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 12/09/1960

EDAD :60 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: ___ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 39 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96 cm	TALLA EN m :160
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 26cm	PESO EN Kg : 70 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :32 cm	IMC : 25kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal, sin lacteos

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Persona mayor refiere que cada vez que consume leche le produce diarrea.

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: JUAN MANUEL RINCON RAMIREZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 19445656 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 20/06/1959

EDAD :62 AÑOS | SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 | BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: X PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 37 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 90 cm	TALLA EN m :155
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 26cm	PESO EN Kg : 49 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :32 cm	IMC : 20kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: SAUL CARDENAS

No DE IDENTIFICACIÓN: 79250377 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 20/10/1958

EDAD :62 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 43 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 90 cm	TALLA EN m :167
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 26cm	PESO EN Kg : 54,4 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :29cm	IMC : 19kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Peso insuficiente para la edad.

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta hiperproteica, hipercalorica,normograsa, consistencia normal,

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: JESUS LOPEZ JARAMILLO

No DE IDENTIFICACIÓN: 4337001 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 24/12/1960

EDAD :60 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI___ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 35 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 90 cm	TALLA EN m :160
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 26cm	PESO EN Kg : 44 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :29cm	IMC : 17kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Delgadez

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta hiperproteica, hipercalorica,normograsa, consistencia normal, Gastroprotectora, refrigerio de noche

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: RAFAEL PUERTO

No DE IDENTIFICACIÓN: 19479363 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 31/06/1949

EDAD :72 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 33 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 93 cm	TALLA EN m :158
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 26cm	PESO EN Kg : 51 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :29cm	IMC : 20kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: JULIO ENRRIQUE MONROY ZANABRIA

No DE IDENTIFICACIÓN: 79251252 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 19/07/1959

EDAD :62 AÑOS | SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 37 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 122 cm	TALLA EN m :161
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 28cm	PESO EN Kg : 96 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :34cm	IMC : 37kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Obesidad grado II para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales
4. Realizar actividad fisica diaria

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, hipocalorica,hipograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: CESAR ARTURO VALLEJO MEJÍA

No DE IDENTIFICACIÓN: 17002933 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 11/04/1940

EDAD :82 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: X PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 40 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 88 cm	TALLA EN m :170
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 62,6 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :32cm	IMC : 22kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ALFREDO EDUARDO SASTOQUE GARCIA

No DE IDENTIFICACIÓN: 17056330 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 11/04/1940

EDAD :82 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: X PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 40 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 88 cm	TALLA EN m :170
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 62,6 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :32cm	IMC : 22kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA LUISA HERNANDEZ RODRIGUEZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 41553296 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 23/08/1950

EDAD :70 AÑOS SEXO F: X M: __ I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 36 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 122 cm	TALLA EN m :160
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 35cm	PESO EN Kg : 90 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :36cm	IMC : 35kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Obesidad grado II para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, hipocalorica,hipograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Persona mayor en silla de rueda

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA SALUTACION LEITON BERNAL

No DE IDENTIFICACIÓN: 52881293 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 25/10/1955

EDAD :65 AÑOS | SEXO F: X M: __ I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 | BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: __ HIPOREXIA: x ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 32 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 90 cm	TALLA EN m :150
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 27cm	PESO EN Kg : 48 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :29cm	IMC : 21kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

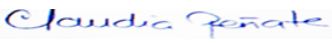
PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN
Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal
8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO
Tamizaje y seguimiento agosto del 2021
9. OBSERVACIONES
NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar
FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 
Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 14/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ALFREDO EDUARDO SASTOQUE GARCIA

No DE IDENTIFICACIÓN: 17056330 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 17/12/1947

EDAD :73 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: X PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: x NO : ___

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 42 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96 cm	TALLA EN m :175
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 31cm	PESO EN Kg : 78 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :33cm	IMC : 23kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia licuados y macerados por su disfagia

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ROBERTO ARTURO LOPEZ CUBIDES

No DE IDENTIFICACIÓN: 4125535 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 24/03/1952

EDAD :69 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 39 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 90 cm	TALLA EN m :160
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 62,7 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :31cm	IMC : 24kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: LEONARDO TORRES

No DE IDENTIFICACIÓN: 5662273 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 14/07/1949

EDAD :72 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 41 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 94 cm	TALLA EN m :164
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 51,4 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :32cm	IMC : 19kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Peso insuficiente para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta hiperproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal, hipoglucida

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Diabetes

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: OSWALDO DIAZ SANCHEZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 2868211 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 31/07/1937

EDAD :83 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: ___

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 45 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96 cm	TALLA EN m :170
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 63,5 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :32cm	IMC : 22 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal,

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Hipertensión

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: OMAR LOPEZ RODRIGUEZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 17070385 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 09/05/1942

EDAD :79 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI___ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 40 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 97 cm	TALLA EN m :163
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 59,2 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :32cm	IMC : 22 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal,

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MIGUEL ANTONIO NEIRA

No DE IDENTIFICACIÓN: 19058845 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/1948

EDAD :73 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : X DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: ____

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 36 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 97 cm	TALLA EN m :150
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 48,6 kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30cm	IMC : 21,5 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal,

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Hipertensión

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: JULIO CESAR ECHAVARRIA RAMIREZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 19235878 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 01/06/1954

EDAD :67 AÑOS | SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 | BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : __ DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: X

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 42 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 103 cm	TALLA EN m :160
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 66kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30cm	IMC : 25 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal, Rica en fibra

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MARCO ANTONIO ROMERO HERNANDEZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 10160450 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 05/12/1951

EDAD :69 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: Refiere no pescado

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 41 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96 cm	TALLA EN m :166
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 54,8kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30cm	IMC : 20 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal,

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA TEREZA DIAZ

No DE IDENTIFICACIÓN: 35468045 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 27/11/1958

EDAD :62 AÑOS SEXO F: X M: __ I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI___ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 31 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96 cm	TALLA EN m :130
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 47kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30cm	IMC : 27 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Sobrepeso para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal, No lácteos

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: LUCILA CAMPOS BARRERO

No DE IDENTIFICACIÓN: 20146380 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 01/06/1931

EDAD :90 AÑOS SEXO F: X M: __ I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI___ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 31 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96 cm	TALLA EN m :130
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 33kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30cm	IMC : 19,5 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Peso insuficiente para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: EVANGELINA FORERO ALBAN

No DE IDENTIFICACIÓN: 31222963 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 06/05/1950

EDAD :71 AÑOS SEXO F: X M: __ I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 38 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 94 cm	TALLA EN m :140
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 47,5kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :30cm	IMC : 24 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ELISIO GARCIA GIRALDO

No DE IDENTIFICACIÓN: 7504249 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 05/12/1947

EDAD :73 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: Refiere no pescado

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 36 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96 cm	TALLA EN m :156
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 28cm	PESO EN Kg : 40kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :26cm	IMC : 16,4 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Desnutrición moderada para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta hioerproteica, hipercalorica,normograsa, consistencia normal, refrigerio nocturno, solo bebidas calientes por el Epoc mientras llega el oxigeno

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230



Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE APOLINAR CABAL CASTAÑO

No DE IDENTIFICACIÓN: 128297 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 19/01/1933

EDAD :88 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: Refiere no pescado

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI___ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: X PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 36 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96 cm	TALLA EN m :158
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 28cm	PESO EN Kg : 41kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :26cm	IMC : 16,4 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Desnutrición moderada para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta hiperproteica, hipercalorica,normograsa, consistencia normal, refrigerio nocturno, solo bebidas calientes por el Epoc mientras llega el oxigeno

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: JULIA INES MARTINEZ CEPEDA

No DE IDENTIFICACIÓN: 41530320 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 19/11/1951

EDAD :69 AÑOS | SEXO F: X M: __ I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 | BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 39,5 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 97 cm	TALLA EN m :162
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 57kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :31cm	IMC : 22 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN
Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal, no lácteos, no queso
8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO
Tamizaje y seguimiento agosto del 2021
9. OBSERVACIONES
NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar
FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 
Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: GLORIA AMPARO LOPEZ GARCIA

No DE IDENTIFICACIÓN: 51661413 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 25/10/1959

EDAD :61 AÑOS | SEXO F: X M: __ I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 | BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : X EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: __

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 39 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 98 cm	TALLA EN m :156
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 57kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :31cm	IMC : 23kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN
Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal
8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO
Tamizaje y seguimiento agosto del 2021
9. OBSERVACIONES
NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar
FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 
Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA DE LOS ANGELES MANCERA SANTOS

No DE IDENTIFICACIÓN: 41361995 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 23/02/1946

EDAD :77 AÑOS SEXO F: X M: __ I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL :__ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: x

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 39,6 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 99 cm	TALLA EN m :165
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 72.3kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :31cm	IMC : 26kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: EMELINA LOPEZ ALARCON

No DE IDENTIFICACIÓN: 35461153 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 07/02/1959

EDAD :62 AÑOS SEXO F: X M: __ I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL :__ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: x

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 39,6 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 99 cm	TALLA EN m :141
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 51,8kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :31cm	IMC : 26kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Sobrepeso para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN
Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal
8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO
Tamizaje y seguimiento agosto del 2021
9. OBSERVACIONES
NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar
FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 
Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA CATALINA ALARCON

No DE IDENTIFICACIÓN: 23674885 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 07/11/1930

EDAD :90 AÑOS | SEXO F: X M: __ I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 | BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL :__ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: x

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 35,6 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 99 cm	TALLA EN m :140
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 29cm	PESO EN Kg : 48kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :31cm	IMC : 24kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal, hipoglucida

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Diabetes

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: JULIO CESAR ENCIZO ENCIZO

No DE IDENTIFICACIÓN: 447108 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 02/02/1956

EDAD :65 AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: Refiere no pescado

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 41 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96 cm	TALLA EN m :170
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 28cm	PESO EN Kg : 53kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :26cm	IMC : 18,5 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Peso insuficiente para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, hipercalorica,normograsa, consistencia normal,

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ENIVER RAIGOZA CIFUENTES

No DE IDENTIFICACIÓN: 10069720 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 06/01/1950

EDAD :71AÑOS SEXO F: __ M: X I___

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: Refiere no pescado

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL : __ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: X

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 41 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 96 cm	TALLA EN m :163
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 28cm	PESO EN Kg : 52,5kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :26cm	IMC : 20 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Peso insuficiente para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, hipercalorica,normograsa, consistencia normal,

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ANA TULIA SALAZAR

No DE IDENTIFICACIÓN: 28527296 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 23/12/1937

EDAD :80 AÑOS | SEXO F: X M: __ I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 | BALANCEADAS : SI : X NO_____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL :__ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: x

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 34,6 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 101cm	TALLA EN m :158cm
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 30cm	PESO EN Kg : 71,5kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :33cm	IMC : 28 kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Normalidad para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad

2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada

3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN
Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal, hiposodica
8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO
Tamizaje y seguimiento agosto del 2021
9. OBSERVACIONES
Hipertension
NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar
FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate
Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ FORMATO - VALORACION INICIAL POR NUTRICIÓN	

FORMATO NO CONTROLADO

NOMBRE DEL ASOCIADO O CONTRATISTA: HOGARES SI A LA VIDA

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO GRATITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (dd/mm/aaaa): 26/07/2021

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa): 15/07/2021

1. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA AMINTA PULECIO

No DE IDENTIFICACIÓN: 41409847 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC: X CE ___ PASAPORTE ___

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): 13/01/1948

EDAD :73 AÑOS SEXO F: X M: __ I____

MODALIDAD DE ATENCIÓN: M : X S_____

2. ANTECEDENTES DE SALUD

2.1 DATOS BIOQUIMICOS		2.2 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS
FECHA DE LOS RESULTADOS:		FECHA DE LA EPICRISIS O HISTORIA CLINICA:
HEMOGLOBINA		
PROTEINAS TOTALES		
GLICEMIA		
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL LDL		
HEMATOCRITO		
CREATININA		
ACIDO URICO		
TRIGLICERIDOS		
COLESTEROL HDL		
NO TRAE		

3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

No DE COMIDAS EN EL DIA : 5 BALANCEADAS : SI : X NO____

APETITO : HIPERFAGIA_____ NORMAL: X HIPOREXIA: ___ ANOREXIA_____

ALIMENTOS NO TOLERADOS: No refiere

ALIMENTOS RECHAZADOS: No refiere

ALERGIAS ALIMENTARIAS: No refiere

PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN: SI____ NO: X

MASTICACIÓN EDENTULO PARCIAL :__ EDENTULO TOTAL: __ PROTESIS DESADAPTADA ____ PROTESIS ADAPTADA FUNCIONAL: x

HABITO INSTESTINAL NORMAL : x DIARREA: ____ ESTREÑIMIENTO: __

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES GASTRÁLGIA _____ NAUSEAS _____ VÓMITO _____ FLATULENCIA_____ NA: X

REQUIERE ASISTENCIA PARA ALIMENTARSE : SI: __ NO : X

CONSUME COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SI: ___ NO: X CUAL?_____ Número de tomas al día:_____

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

LONGITUD RODILLA MALEOLO (cm): 37,6 cm	AMPUTACION O FRACCIÓN CORPORAL AUSENTE SI ___ NO: X CUAL?
PERIMETRO DE CINTURA (cm): 86 cm	TALLA EN m :148
CIRCUNFERENCIA DE BRAZO (cm): 28cm	PESO EN Kg : 41,2kg
CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA (cm) :29cm	IMC : 19kg/m2

5. CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Peso insuficiente para la edad

PLAN DE ATENCIÓN COMPONENTE NUTRICIONAL

6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

1. Brindar alimentación completa, equilibrada, saludable y adecuada a las necesidades energeticas de la edad
2. Ofrecer cinco tiempos de comida de manera fraccionada
3. Ofrecer preparaciones de consistencia normales

7. PLAN DE ALIMENTACIÓN

Brindar dieta normoproteica, normocalorica,normograsa, consistencia normal, hipoglucida

8. SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y ALIMENTARIO

Tamizaje y seguimiento agosto del 2021

9. OBSERVACIONES

Diabetes

NOMBRE DE LA PROFESIONAL NUTRICIONISTA: Claudia Peñate Tovar

FIRMA Y No MATRICULA: TP: MND 03230 Claudia Peñate

Objetivo: Realizar la valoración inicial por Nutrición para incorporar a su proceso de atención en el servicio social, las acciones desde el componente nutricional que contribuyan a su bienestar integral.