



NOTA CLÍNICA (CHECKLIST) PARA LA INTERCONSULTA A NUTRICIÓN

DATOS DEL USUARIO		
Nombre y apellidos:		
NHC (o DNI):		
MOTIVO DE CONSULTA		
ANTECEDENTES PERSONALES		
TRATAMIENTO		
SITUACIÓN FUNCIONAL-- BARTHEL		
SITUACIÓN COGNITIVA -- GDS		
CRIBADO NUTRICIONAL -- MNA-SF		
NOTA CLÍNICA-CHECKLIST		
Hª clínica		
¿Tiene diabetes?	SÍ	NO
¿Tiene UPP?	SÍ	NO
¿Encamado?	SÍ	NO
¿Tiene diarrea?	SÍ	NO
Hª dietética		
¿Dieta terapéutica?	SÍ	NO
¿Cuál? _____		
¿Come triturado?	SÍ	NO
¿Disfagia a líquidos?	SÍ	NO
Antropometría		
Talla (cm)		
Peso actual (PA) (kg)		
IMC (kg/m2)		
Peso habitual o hace 6 meses (PH)		
¿Ha perdido peso?	SÍ	NO
¿Cuánto? (PH-PA/PH) _____%		
Circunferencia de pantorrilla (cm)		
DATOS DE LA RESIDENCIA		
Médico/Enfermero:		
Teléfono de contacto:		
Residencia:		
Fecha:		