



REGISTRE
Informe Mèdic
SERVEI:
TOTS ELS SERVEIS

Codi: R- INFMED
Data impressió: 4/9/2023
Pàgina: 1 de 2

Realitzat pel dr./dra.: _____

CAP: _____ Telèfon: _____

Unitat de: _____ del Centre: _____

DADES PERSONALS DE L'INTERESSAT/ADA	NOM I COGNOMS: DATA DE NAIXEMENT: _____ DNI: _____ Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL: _____ DOMICILI: _____ LOCALITAT: _____		
MALALTIES ACTIVES			
ATENCIÓ SANITARIA O D'INFERMERIA			
AL·LÈRGIES I CONTRAINDICACIONS			
PLA NUTRICIONAL	DIETA Basal <input type="checkbox"/> Hiposòdica <input type="checkbox"/> Hipocalòrica <input type="checkbox"/> Diabètica <input type="checkbox"/> Altres _____	TEXTURA Normal <input type="checkbox"/> Fàcil masticació <input type="checkbox"/> Xafat <input type="checkbox"/> Triturat <input type="checkbox"/> Altres _____	LÍQUIDS Fina <input type="checkbox"/> Nèctar <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Púding <input type="checkbox"/>
COMPLEMENTS : 			



REGISTRE
Informe Mèdic
SERVEI:
TOTS ELS SERVEIS

Codi: R- INFMED
Data impressió: 4/9/2023
Pàgina: 2 de 2

MEDICACIÓ
PRESCRITA

RECOMANACIONS

Data, signatura i nº de Col·legiat

***Nota:** si s'imprimeix en 2 fulls, cal que el metge signi i posi la data als 2 fulls. Gràcies.*

*Us informem que totes les dades que ens faciliteu en aquest document s'incorporaran al fitxer de **la Fundació Hospitalitat**, amb la finalitat de poder atendre-us correctament. Podeu accedir, rectificar, cancel·lar i oposar-vos a que tractem les vostres dades dirigint-vos a les nostres oficines situades a **Barcelona, C/ Consell de Cent 224-228, Baixos.***