

## Community Servings - Cuestionario Nutricional

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Peso Actual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Preguntas de Nutrición – por favor marque si o no	SI	NO
Ha perdido usted peso en los últimos 6 meses? Sí, si, cuanto?		
Ha aumentado peso en los últimos 6 meses? Sí, si, cuanto?		
Ha cambiado su apetito en los últimos 6 meses? Sí ,si, describe como:		
Tiene usted problemas con masticar o tragar o comer? Sí si, describe:		
Le sabe o huele diferente la comida? Sí ,si, describe como:		
Siente nausea o ganas de vomitar? Sí si, por cuanto tiempo y con que frecuencia?		
Tiene diarrea o esta constipada/o? Sí si, por cuanto tiempo y con que frecuencia?		
Bebe usted Boost o Ensure?		

Por favor indica aquí cualquier otra preocupación nutricional o de comida: \_\_\_\_\_

---



---



---

Nuestra Dietista Registrada talvez se comunicará con usted para revisar éste cuestionario con usted. Nuestros servicios nutricionales incluyen responder a sus preguntas acerca de nutrición o comida, planeamiento de comidas, modificaciones de recetas, consejo nutricional y clases de nutrición. Si usted esta interesado en cualquier de estos servicios nutricionales, por favor llame nuestra Dietista Registrada al 617-522-7777 x 221 o avísanos si usted quiere recibir una llamada.

Sí, Yo quisiera recibir una llamada de la Dietista Registrada para poder hablar de la nutrición.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_