



INFORMACION DEL/LA ALIMENTISTA

Nombre completo: _____ Edad: _____

Dirección residencial: _____

Dirección postal: _____

Fecha de nac. _____ Lugar: _____ Género: ___M ___F ___otro

Correo electrónico: _____

Composición familiar: _____ (incluido/a usted) dependientes de usted: _____

Residente en hogar de cuidado: ___ sí ___ no Hospicio ___ sí ___ no

Si contestó sí digamos cuál y dónde: _____

Debe completar y someter en su totalidad la Planilla de Ingresos y Gastos de la Persona de Edad Avanzada

Información sobre enfermedades o condiciones médicas			
Alzheimer		Circulación	Presión Arterial
Arteriosclerosis		Enf. Cardiacas	Reumatismo
Artritis		Enf. Respiratorias	Salud Mental
Cáncer		Osteoporosis	Sordera parcial o total
Ceguera parcial o total		Hepatitis	Toroides
Demencia senil		HIV	Amputaciones
Derrame cerebral		Parkinson	Úlceras en las piernas
Diabetes tipo I		Fallo renal	Limitaciones físicas
Diabetes tipo II		Diálisis	Prostatitis
Distrofia Muscular		Migraña	Otro

Tiene plan médico ___sí ___no	Medicare A ___ B___	Vital (reforma)
Cuál _____	Advantage ___ Platinum___	_____

Tiene algún/a tutor legal _____

Ha otorgado algún Poder ___ sí ___ no Nombre: _____

Firma del/la alimentista o su representante

Fecha