**Unidad de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CLUES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** | | | **Expediente:** | |
| **Fecha de nacimiento: / /** | **Edad:** | **Hora:** | | **Fecha de ingreso: / /** |
| **Peso:** | **Talla:** | **TA:** | | **IMC**\***:** |
| **Peso para la talla:** | **Talla para la edad:** | | | |
| **Signos vitales:** | **Pérdida de peso (Kg y en %)**\***:** | | | |
| **Motivo de consulta:** | | | | |

\*Usa las tablas de la OMS para encontrar el percentil del IMC según la edad y el sexo.  
\*Mencionar el tiempo en el que ha tenido la pérdida de peso.

|  |
| --- |
| **Subjetivo:** |
|  |
|  |
| **Objetivo:** |
|  |
|  |
|  |
| **Análisis:** |
|  |
|  |
|  |
| **Plan y estudios complementarios:** |
|  |
|  |
|  |
| **Diagnóstico: (PESS)** |
|  |
|  |
|  |
| **Objetivos y/o Metas:** |
|  |
|  |
| **Próxima cita:** |
| **Referencia:** |

Nombre y firma del Nutriólogo/a Cédula profesional