Programa Integral de Seguridad Alimentaria

COMPLEMENTOS

Dirección de Políticas Alimentarias

CERTIFICADO MÉDICO PARA SOLICITUD DE ALTA

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	LOCALIDAD	DEPARTAMENTO	FECHA
			/ /

DATOS PARTICULARES

CUIL	Tipo Doc.
- -	○ DNI ○ LC ○ LE

Apellido	Nombre	Fecha de Nac.	Edad
		/ /	

DOMICILIO

Departamento	Localidad	Calle y Nro

Referencia Domiciliaria

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO

☐ MENORES DE 18 (Percentiles)				☐ ADULTOS Según OMS de 18 a 59 años		☐ ADULTOS MAYORES Según OMS mayor a 60 años	
Peso (kg)		Peso (kg)		Peso (kg)		Peso (kg)	
Talla (m)		Talla (m)		Talla (m)		Talla (m)	
IMC		IMC		IMC		IMC	

Escolaridad ○ SI ○ NO

Vacunación al día ○ SI ○ NO

DIAGNOSTICO

SUGERENCIA PROFESIONAL

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE O LIC. EN NUTRICION

Apellido	Nombre	Matrícula

Firma y Sello