

**REGISTRO DE ALIMENTACION PARA ACOMPAÑANTES AUTORIZADOS****Ministerio de Salud Pública**
Hospital General Docente de Calderón**Código: HGDC-GA-GCQ-FORM-RAPAA-002****Versión: 002****Página 1 de1**

UNIDAD: _____

RESPONSABLE: _____

FECHA: _____

Nº	CAMA (PCTE.)	NOMBRES Y APELLIDOS ACOMPAÑANTE	CEDULA	DESAYUNO	FIRMA	ALMUERZ O	FIRMA	MERIENDA	FIRMA
1									
2		REGISTRO DE ALIMENTACION PARA ACOMPAÑANTES AUTORIZADOS							
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
TOTAL DE DIETAS POR TIEMPO DE COMIDA									
NOTA: La dieta establecida para acompañantes es DIETA NORMAL , se entrega en hospitalización									
FIRMA Y SELLO ENFERMERIA:						FIRMA Y SELLO NUTRICIONISTA:			