| **DIRECCIÓN QUIRÚRGICA****DIVISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN****SERVICIO DE DIETOLOGIA****VALE DE DIETA Y/O COMPELEMENTO PARA COCINA****SS 2020**  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ **DESAYUNO COMIDA CENA** **DIA MES AÑO**   TIPO DE DIETA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: **TIPO Y CANTIDAD** **NO. DE PISO: SERVICIO: NO. DE CAMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA DE NACIMIENTO:**  **MOTIVO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **DIETISTA SOLICITANTE ENFERMERA RECIBE** **NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA**F02-PR-DIH-06 Rev.03 DIC 20 |
| --- |
|  |

| **SS 2020**  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**DIRECCIÓN QUIRÚRGICA****DIVISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN****SERVICIO DE DIETOLOGIA****VALE DE DIETA Y/O COMPELEMENTO PARA COCINA**  **DESAYUNO COMIDA CENA** DIA MES AÑO  TIPO DE DIETA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: **TIPO Y CANTIDAD** **NO. DE PISO: SERVICIO: NO. DE CAMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **NOMBRE DEL PACIENTE: FECHA DE NACIMIENTO:**  **MOTIVO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **DIETISTA SOLICITANTE ENFERMERA RECIBE** **NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA** |
| --- |
| F02-PR-DIH-06 Rev.03 DIC 20 |