| **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 |