

**DIRECCION QUIRÚRGICA**

**DIVISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN**

**SERVICIO DE DIETOLOGIA**

 **CEDULA DE SUPERVISIÓN DE TIPO DE DIETA EN PISO**

 **FECHA**: / /

 PISO: DIA MES AÑO

**SERVICIO**: HORA DE SUPERVISIÓN DEL DIETISTA:

**DESAYUNO**  **COMIDA** **CENA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE DIETA | **PRESENTACIÓN** |  **CANTIDAD** |  **TEMPERATURA** | OBSERVACIONES |
| **B** | **M** | **S** | **I** | **A** | **I** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

DIETISTA SUPERVISA

NOMBRE Y FIRMA

 HORA DE ENTREGA DE DIETAS AL PISO POR COCINA: