

## REPORTE DE ALIMENTACIÓN POR PACIENTE

NOMBRE: CAIZA ROSA CAMA: 315

N° DE HISTORIA CLINICA: 317547 SERVICIO: ONCOLOGICA CLINICA

	TIEMPO DE COMIDA								
	PACIENTE					FAMILIAR			
FECHA	DESAYUNO	COLACION AM	ALMUERZO	COLACION PM	MERIENDA	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	OBSERVACIONES
17/08/2023	NPO		Х	-	X			_	
18/08/2023	NPO	Х	NPO	-	Х				
19/08/2023	Х	х	X	-	Х		-		
20/08/2023	X	Х	Х	•	Х				··· <u>-</u>
21/08/2023	X	X	Х	-	Х				
22/08/2023	X	X	Х	-	Х				
23/08/2023	X	Х	Х	-	Х				<del></del>
24/08/2023	X	Х	Х	-	Х				
25/08/2023	X	Х	Х	-	Х				
26/08/2023	x	X	Х	-	Х				
27/08/2023	X	X	Х	•	Х				
28/08/2023	X	Х	Х	-	Х				
29/08/2023	Х	х	X	-	ALTA				<u> </u>
NUTRICIONIST	A RESPON	ISABLE : K	ATHERI	VE TAIP	E E		_		

SOLCA Cutherine Turning Turnin

SOLCA