



“Proporcionando las Herramientas y Enriqueciendo las Destrezas para Mejorar su Salud Nutricional”

Cuestionario de Alimentación por Tubo

Favor de llenar toda la información y firmar a continuación. Es obligatorio llenar este formulario antes de la primera cita.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la fórmula para la alimentación por tubo _____

Vía de Acceso (Gastrostomía, Yeyunostomía, etc.) _____

Velocidad de infusión _____

Enjuagadas con agua _____

Razón por tener el tubo alimenticio y la fecha que se anticipa discontinuar la alimentación por tubo (si corresponde) _____

Favor de notar si ha tenido una complicación o problema tolerando cualquier fórmula (náusea, vómito, diarrea, constipación, etc.) _____

Favor de notar su historial de peso antes y después de empezar la alimentación por tubo _____

¿Han habido cambios recientemente a la fórmula o la velocidad de infusión? _____

¿Quién le administra la alimentación por tubo? _____

¿Cual compañía de asistencia de salud a domicilio usa? _____

¿Puede comer algunas comidas por la boca? _____

Favor de notar cualquier otra información que podría ser útil compartir con la nutrióloga antes de la cita _____

Firma _____

Fecha _____ / _____ / 2022

Gracias por llenar este formulario! - El equipo de AM Nutrition