

# Formulario de control Nutricional

**Fecha** : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **AÑO 2024**

Apellido y nombre : \_\_\_\_\_  
N° de afiliado : \_\_\_\_\_  
DNI : \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_

## Diabetes

Tipo 1  Tipo 2  Tipo 2 c/ insulina  Gestacional  Otra/ notas  \_\_\_\_\_  
Inyectables : No  Si  Cuál? \_\_\_\_\_  
Hipo. Orales : No  Si  Cuál? \_\_\_\_\_

## Antropometría

Talla (cm) : \_\_\_\_\_ Peso (kg) : \_\_\_\_\_  
Circunf. Cadera (cm): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Circunf. cintura (cm): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
IMC : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signos/síntomas : \_\_\_\_\_

## Laboratorio | Monitoreo

Glucosa T1	: _____ / _____	C. HDL	: _____ / _____
Glucosa T2	: _____ / _____	C. LDL	: _____ / _____
HbA1c	: _____ / _____	C. Total	: _____ / _____
Triglicéridos	: _____ / _____	Glucosa post :	: _____ / _____
Creatinina	: _____ / _____		

## Recordatorio 24 hs

## Diagnóstico | Observaciones

\_\_\_\_\_  
Firma/ sello del Nutricionista

\_\_\_\_\_  
Validación del Centro Preventivo