

## INFORME MÉDICO PARA EL SERVICIO DE COMIDA A DOMICILIO DEL AYUNTAMIENTO DE LA SOLANA. SERVICIOS SOCIALES

Efectuado por el Doctor/Doctora D./Dña .....  
Colegiado n.º.....médico del Centro de Salud de Atención Primaria de La Solana.

El/la ..... paciente D./Dña.  
.....solicitante del Servicio de Comida a Domicilio,

Es Diabético	Sí	No
Mastica con dificultad	Sí	No
Necesita comida triturada	Sí	No
Es alérgico a algún alimento	Sí ¿Cuál/es? .....	No
Es intolerante a algún alimento	Sí ¿Cuál/es? .....	No

Otras observaciones médicas consideradas sobre la dieta a seguir:.....

.....

La Solana, a ..... de 2.0

Firma