



MUTUALIDAD CFIA
TRANSFORMAMOS VIDAS

DECLARACIÓN JURADA DEL **NUTRICIONISTA** SUBSIDIO PLAN SALUD



♥ INFORMACIÓN PARA LLENAR POR COLEGIADO (A)

DD | MM | AAAA

Nombre del colegiado(a)

N° de Identificación

Edad

♥ MOTIVO DE LA CONSULTA

- Obesidad Desnutrición Enfermedad Crear plan alimenticio
 Recomendación médica Otro

♥ MOTIVO DE LA CONSULTA PARA EL PROFESIONAL EN SALUD

Peso en Kg

Altura / talla

IMC resultante

♥ ¿POSEE ALGÚN GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD CON EL COLEGIADO?

Sí No

Indique

Fecha de atención

DD | MM | AAAA

Código del nutricionista

Nombre del nutricionista

Firma y sello