|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del beneficiario: |  | | Documento de identificación: | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: |  | | Edad: | | | | | | | | | | | |
| Fecha de valoración: |  | | Número de petición: | | | | | | | | | | | |
| Tipo valoración: | Inicial Seguimiento Egreso | | | | | | | | | | | | | |
| Régimen de afiliación y EPS: |  | | IPS de Atención: | | | | | | | | | | | |
| Autoridad administrativa: |  | | Motivo de ingreso: | | | | | | | | | | | |
| **2. ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD:** Información solicitada únicamente en la valoración Inicial | | | | | | | | | | | | | | |
| Datos de nacimiento del beneficiario: Información sobre los datos de peso, talla al nacer y detalles del parto. | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Durante la gestación la madre consumió SPA?: ¿Cuál (es)? | | |  | | | | | | | | | | | |
| Durante el embarazo la madre, ¿asistió a controles prenatales? ¿A cuántos controles asistió?: | | |  | | | | | | | | | | | |
| En caso de que la madre no asistiera a controles prenatales ¿Cuál fue el motivo?: | | | \_\_Por desconocimiento  \_\_Por descuido  \_\_No tiene afiliación al SGSSS  \_\_No existe la oferta del servicio en el municipio o control de salud | | | | | | | | | | | |
| ¿El beneficiario ha presentado hospitalizaciones o requeridos procedimientos quirúrgicos? Describa | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿El beneficiario ha presentado alguna enfermedad relevante? ¿Cuál (es)? | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿El beneficiario presenta alergia o intolerancia (medicamentos y/o alimentos? ¿Cuál (es)? | | |  | | | | | | | | | | | |
| **3. INFORMACIÓN DE SALUD** | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa el estado de salud actual del beneficiario: | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿El beneficiario asiste a controles médicos?: Fecha y descripción del control o atención médica: | | |  | | | | | | | | | | | |
| En la actualidad el beneficiario ¿consume algún medicamento? ¿Cuál? | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿El beneficiario cuenta con el carné de crecimiento y desarrollo? ¿está actualizado según edad del beneficiario?: |  | | En caso de no contar con el carné de crecimiento y desarrollo o que no registre ninguna acción durante los últimos 6 meses ¿Cuál ha sido el motivo?: | | | | | | | \_\_No aplica  \_\_Pérdida  \_\_Por motivos culturales \_\_Por falta de interés \_\_Dificultad de acceso a los servicios de salud \_\_Desconocimiento de los cuidadores | | | | |
| ¿El beneficiario cuenta con valoración odontológica en el último año?: |  | | En caso de no contar con valoración odontológica ¿Cuál ha sido el motivo?: | | | | | | | \_\_Por desconocimiento  \_\_Por descuido  \_\_No tiene afiliación al SGSSS \_\_No existe la oferta del servicio odontológico en el municipio o centro de salud | | | | |
| ¿El beneficiario cuenta con valoración auditiva en el último año?: |  | | ¿El beneficiario cuenta con valoración visual en el último año?: | | | | | | |  | | | | |
| ¿El beneficiario ha recibido desparasitación según lo correspondiente a su edad?: |  | | ¿Cuenta con carné de vacunación? ¿se encuentra al día en vacunas y dosis correspondientes a la edad? | | | | | | |  | | | | |
| ¿Cuáles vacunas faltan? |  | | En caso de no contar con el carné de vacunación al día, según la edad del beneficiario ¿cuál ha sido el motivo?: | | | | | | | \_\_No aplica  \_\_Pérdida  \_\_Por motivos culturales \_\_Por falta de interés \_\_Dificultad de acceso a los servicios de salud \_\_Desconocimiento de los cuidadores | | | | |
| ¿El Beneficiario refiere consumo de sustancias psicoactivas? ¿Cuáles y con qué frecuencia? | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Presenta prueba de Toxicología? Describa resultado y fecha de toma | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Información ginecológica:** diligenciar sólo en género femenino, después de la menarquia. | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de la menarquia: | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál es la fecha de la última menstruación?: | | |  | | | | | | | | | | | |
| **4. VALORACIÓN ALIMENTARIA** | | | | | | | | | | | | | | |
| Duración de la lactancia materna exclusiva (en meses): |  | | Duración de la lactancia materna total (en meses): | | |  | | | | Edad de inicio de la alimentación complementaria (en meses): | | |  | |
| ¿Quién es la persona encargada de apoyar el proceso de alimentación del beneficiario?: |  | | ¿Cuál es la vía de alimentación del beneficiario?: | | | | | | | \_\_Vía oral sin apoyo \_\_Vía oral con apoyo \_\_Alimentación mixta: vía oral y enteral \_\_Alimentación enteral | | | | |
| **Recordatorio 24 horas:** | Realizar el registro amplio de la información del consumo de alimentos por tiempo de comida, cantidades, horarios de suministro, etc. | | | | | | | | | | | | | |
| Desayuno Hora: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Refrigerio mañana Hora: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Almuerzo Hora: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Refrigerio tarde Hora: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Cena Hora: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Refrigerio Nocturno Hora: |  | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El beneficiario consume suplementos y/o complementos?: |  | | ¿Cuáles consume, cómo y quién los prepara?: | | | | | | |  | | | | |
| **Frecuencia de consumo:** no aplican en Lactancia Materna Exclusiva. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Menos de 1 vez al mes | | 1 vez al mes | 2 a 3 veces al mes | | 1 vez semana | 3 a 4 veces semana | Entre 5 a 6 veces semana | | 1 vez al día | 2 veces al día | | 3 veces o más al día |
| Cereales, tubérculos, raíces y plátanos | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| Verduras y hortalizas frescas | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| Frutas | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| Carnes, Huevo, leguminosas secas | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| Lácteos y derivados | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| Grasas | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| Azucares | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| Alimentos preferidos: |  | | Alimentos rechazados: | | | | | | |  | | | | |
| ¿Quién prepara los alimentos para el beneficiario?: |  | | ¿El beneficiario recibe algún programa de apoyo o asistencia alimentaria? ¿Cuál (es)? | | | | | | |  | | | | |
| **5. VALORACIÓN FÍSICA** | | | | | | | | | | | | | | |
| El beneficiario presenta signos clínicos de malnutrición: Describa todos los signos físicos de malnutrición observados durante examen físico, **ver instructivo**. | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿El beneficiario presenta signos de maltrato físico? Describa los Signos de maltrato físico: | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuáles son las condiciones de higiene y presentación personal del beneficiario?: | | |  | | | | | | | | | | | |
| **6. VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA** | | | | | | | | | | | | | | |
| Peso actual: |  | | Talla actual: | | | | | | |  | | | | |
| ¿Cuál fue la forma de obtención del peso?: | \_\_Medición directa \_\_Medición por diferencia \_\_Estimación de peso corporal con altura de rodilla: CP(cm): \_\_\_, AR(cm): \_\_\_, CB(cm): \_\_\_, PSE(cm): \_\_\_ \_\_Estimación de peso corporal con circunferencias: CB(cm): \_\_\_, CC(cm): \_\_\_, CP(cm): \_\_\_, | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?: | \_\_Medición directa  \_\_Envergadura o brazada \_\_Media envergadura (cm): \_\_\_\_\_  \_\_Largo de tibia o tibia maléolo (cm): \_\_\_\_\_ \_\_Altura de rodilla (cm): \_\_\_\_\_ \_\_Longitud hombro-codo (cm): \_\_\_\_\_ \_\_Altura de pierna (cm): \_\_\_\_\_ \_\_Longitud rodilla maléolo externo (cm): \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| **Patrones de Referencia** | **INDICADOR** | | **PERCENTIL Y/O D.E.** | | | | | | | **CLASIFICACIÓN** | | | | |
| \_\_Síndrome de Down  \_\_Parálisis Cerebral  \_\_Acondroplasia  \_\_Patrones OMS adaptados para Colombia (Res. 2465/2016) |  | |  | | | | | | |  | | | | |
| **7. ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | |
| Concepto valoración nutricional y de realizaciones del programa de vida saludable desde Nutrición (para operadores de los servicios de protección y primera infancia): |  | | | | | | | | | | | | | |
| Propuesta de Atención y Recomendaciones para el proceso de Atención |  | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de próxima valoración: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Personas involucradas: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Profesional que realiza la valoración: |  | | | | | | | | | | | | | |

**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD**

**De acuerdo con la Directiva Presidencial Nro. 9 del 09/11/2018 sobre las directrices de austeridad del gasto, para el instructivo de diligenciamiento se debe utilizar medios digitales, de manera preferente y evitar impresiones.**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. DATOS GENERALES** | |
| Nombre del beneficiario: | Registrar el nombre completo del beneficiario. |
| Documento de identificación: | Registrar el documento de identificación del beneficiario. |
| Fecha de nacimiento: | Registrar la fecha de nacimiento del beneficiario. |
| Edad: | Registrar edad en años y meses |
| Fecha de valoración: | Registrar fecha de realización de la valoración nutricional (formato DD/MM/AAAA) |
| Número de petición: | Registrar el número de la historia en el SIM del beneficiario de protección. |
| Régimen de afiliación y EPS: | Registrar el régimen y EPS de afiliación a salud |
| IPS de Atención: | Registrar la IPS en donde se realiza la atención en salud del beneficiario. |
| Autoridad administrativa: | Registrar el nombre completo del defensor de familia que remite. |
| Motivo de ingreso | Información referida en la historia de atención. |
| **2. ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD:** Información solicitada únicamente en la valoración Inicial | |
| Datos de nacimiento del beneficiario: | Diligenciar en beneficiarios menores de 5 años. |
| Durante el embarazo la madre, ¿asistió a controles prenatales?: | Diligenciar en beneficiarios menores de 5 años. |
| ¿A cuántos controles asistió?: | Diligenciar en beneficiarios menores de 5 años. |
| En caso de que la madre no asistiera a controles prenatales ¿Cuál fue el motivo?: | Diligenciar en beneficiarios menores de 5 años. |
| ¿El beneficiario ha presentado hospitalización o requeridos procedimientos quirúrgicos? | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda.  Describir todas las hospitalizaciones hospitalización o procedimientos quirúrgicos realizados al beneficiario. Registrar para todas las edades. |
| ¿El beneficiario ha presentado alguna enfermedad relevante?, ¿Cuál (es)?: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda. Describir las enfermedades relevantes que ha presentado el beneficiario. |
| ¿El beneficiario presenta alguna alérgica o intolerancia?, ¿Cuál (es)?: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda. Describir las alergias o intolerancias a medicamentos y/o alimentos que presente el beneficiario. |
| **3. INFORMACION DE SALUD** | |
| Describa el estado de salud actual del beneficiario: | Describir si el beneficiario presenta alguna condición física o mental que afecte su estado de salud o estado nutricional, al momento de realizar la valoración nutricional. Para instituciones de protección que cuenten con profesional en medicina, referir la ubicación de la información, la cual siempre debe estar disponible. |
| ¿El beneficiario asiste a controles médicos? Fecha y descripción del control, o atención médica. | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda. Registrar la fecha y concepto de la valoración médica, historia clínica o epicrisis del beneficiario, así como, tratamiento o terapia que se encuentre recibiendo. Si no cuenta con soporte, registrar la información del acudiente y precisar que no se cuenta con soporte. Para instituciones de protección que cuenten con profesional en medicina, referir la ubicación de la información, la cual siempre debe estar disponible. |
| En la actualidad el beneficiario ¿consume algún medicamento?, ¿cuál?: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda. Registrar todos los medicamentos que se encuentra consumiendo el beneficiario al momento de la valoración, así como, horario de administración y posología. Para instituciones de protección que cuentan con profesionales en medicina y/o enfermería referir la ubicación de la información, la cual siempre debe estar disponible. |
| ¿El beneficiario cuenta con el carné de crecimiento y desarrollo? ¿está actualizado según edad del beneficiario?: | Diligenciar para menores de 10 años, según aplique de acuerdo con la discapacidad presentada. |
| En caso de no contar con el carné de crecimiento y desarrollo o que no registre ninguna acción durante los últimos 6 meses ¿Cuál ha sido el motivo?: | Marcar con una X el motivo que describe la situación del beneficiario.}  Diligenciar para menores de 10 años, según aplique de acuerdo con la discapacidad presentada. |
| ¿El beneficiario cuenta con valoración odontológica en el último año?: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda. Para instituciones de protección que cuentan con profesionales en medicina y/o enfermería referir la ubicación de la información, la cual siempre debe estar disponible. |
| En caso de no contar con valoración odontológica ¿Cuál ha sido el motivo?: | Marcar con una X el motivo que describe la situación del beneficiario. |
| ¿El beneficiario cuenta con valoración auditiva en el último año?: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda. Para instituciones de protección que cuentan con profesionales en medicina y/o enfermería referir la ubicación de la información, la cual siempre debe estar disponible. |
| ¿El beneficiario cuenta con valoración visual en el último año?: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda. Para instituciones de protección que cuentan con profesionales en medicina y/o enfermería referir la ubicación de la información, la cual siempre debe estar disponible. |
| ¿El beneficiario ha recibido desparasitación según lo correspondiente a su edad?: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda. |
| ¿El beneficiario cuenta con carné de vacunación?, ¿se encuentra al día en las vacunas y dosis correspondientes a la edad del beneficiario?: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda |
| En caso de no contar con el carné de vacunación al día, según la edad del beneficiario ¿cuál ha sido el motivo?: | Marcar con una X el motivo que describe la situación del beneficiario. |
| ¿Cuáles vacunas faltan?: | Registrar las vacunas que a la fecha de la valoración nutricional no han sido aplicadas, de acuerdo con la edad del beneficiario. |
| ¿El Beneficiario refiere consumo de sustancias psicoactivas? ¿Cuáles y con qué frecuencia? | Diligenciar para beneficiarios mayores de 5 años a la fecha de la valoración. |
| ¿Presenta prueba Toxicología? Describa resultado y fecha de toma | Diligenciar para beneficiarios mayores de 5 años a la fecha de la valoración. |
| **Información ginecológica:** | Se debe diligenciar solo SI es género femenino. |
| Fecha de la menarquía | Registrar la fecha en la cual presento la primera menstruación. |
| ¿Cuál es la fecha de la última menstruación?: | Registrar información sobre la fecha de la última menstruación. |
| **4. VALORACIÓN ALIMENTARIA** | |
| Duración de la lactancia materna exclusiva (en meses) | Registrar información para beneficiarios menores de 5 años a la fecha de la valoración. |
| Duración de la lactancia materna exclusiva (en meses) | Registrar información para beneficiarios menores de 5 años a la fecha de la valoración. |
| Edad (en meses) de inicio de la alimentación complementaria: | Reportar en meses a qué edad el beneficiario empezó a recibir alimentos diferentes a la leche materna, la pregunta se realiza en todos los beneficiarios menores de 5 años a la fecha de la valoración. |
| ¿Cuál es la vía de alimentación del beneficiario?: | Marcar con una X el motivo que describe la situación del beneficiario. |
| ¿Quién es la persona encargada de apoyar el proceso de alimentación del beneficiario?: | Registrar quien es la persona encargada de apoyar el proceso de alimentación del beneficiario con discapacidad. |
| **Recordatorio 24 horas:** | Descripción de las características de alimentación del beneficiario: Realizar el registro amplio del consumo de alimentos por tiempo de comida, cantidades, horarios de suministro, etc. |
| Desayuno | Describir todos los alimentos consumidos durante el tiempo de comida, así como las cantidades aproximadas y el horario de consumo. En caso de que el beneficiario este recibiendo lactancia materna registrar información relacionada con Duración de la toma, número de tomas, horarios, experiencia de práctica. |
| Refrigerio mañana |
| Almuerzo |
| Refrigerio tarde |
| Cena |
| Refrigerio Nocturno |
| ¿El beneficiario consume suplementos y/o complementos?: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda |
| ¿Cuáles consume, cómo y quién los prepara?: | Registrar todos los suplementos y complementos nutricionales que consume el beneficiario; horarios de consumo, forma y persona encargada de su preparación. |
| **Frecuencia de consumo:** | no aplica en Lactancia Materna Exclusiva. |
| Cereales, tubérculos, raíces y plátanos | Marcar con una X. |
| Verduras y hortalizas frescas |
| Frutas |
| Carnes, Huevo, leguminosas secas |
| Lácteos y derivados |
| Grasas |
| Dulces y postres |
| Alimentos preferidos: | Escribir los alimentos preferidos del beneficiario. |
| Alimentos rechazados: | Escribir los alimentos rechazados por el beneficiario. |
| ¿Quién prepara los alimentos para el beneficiario?: | Escribir quién es la persona encargada de preparar los alimentos consumidos por el beneficiario. |
| ¿El beneficiario es beneficiario de algún programa de apoyo o asistencia alimentaria?, ¿Cuál (es)?: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda. Registrar el tipo de asistencia alimentaria que recibe el beneficiario, y entidad que la suministra. |
| **5. VALORACIÓN FÍSICA** | |
| El beneficiario presenta signos físicos de desnutrición: | Describa entre las opciones todos los signos físicos de desnutrición observados durante examen físico. |
| Cabello | Frágil, seco |
| Escaso |
| Despigmentación, signo bandera |
| Caída fácil |
| Ojos | Manchas de Bitot |
| Conjuntivas pálidas |
| Xerosis conjuntival |
| Queratomalacia |
| Labios y encías | Estomatitis angular |
| Encías esponjosas y sangrantes |
| Gingivitis |
| Lengua | Papilas atróficas |
| Glositis (lengua color magenta y descarnada) |
| Dientes | Manchas grisáceas en el esmalte |
| Caída o pérdida anormal |
| Esmalte erosionado |
| Cara | Cara de luna (redonda, hinchada) |
| Palidez generalizada |
| Seborrea naso labial |
| Piel y uñas | Hiperqueratosis folicular |
| Piel cuarteada |
| Piel seca escamosa |
| Cicatrización lenta |
| Ulceras de presión |
| Uñas quebradizas |
| Coiloniquia |
| Sistema nervioso central | Apatía |
| Marcha anormal |
| Pérdida de reflejos |
| Desarrollo mental insuficiente |
| Sistema muscular esquelético | Piernas arqueadas |
| Rosario del raquitismo |
| Deformidad torácica |
| Disminución de la reserva grasa |
| Disminución de la reserva muscular |
| Otros sistemas | Edema |
| Anorexia |
| Estreñimiento |
| Diarrea |
| Dificultad respiratoria |
| Signos asociados a obesidad | Hirsutismo |
| Estrías |
| Acantosis nigricans |
| Dolor abdominal frecuente |
| Acumulación excesiva de tejido adiposo en abdomen |
| Apnea del sueño - Fatiga |
| ¿El beneficiario presenta signos de maltrato físico?, describa los signos de maltrato físico: | Escribir: Si, No, Sin información según corresponda. Describir todas las señales o marcas de maltrato físico reciente o antiguo que presente el beneficiario. Describir cicatrices, quemaduras, marcas, etc., quien las ocasiono y con qué elemento. |
| ¿Cuáles son las condiciones de higiene y presentación personal del beneficiario?: | Describir las condiciones de aseo en las cuales se encuentra el beneficiario al momento de la valoración respecto a su vestuario, cabello, piel, uñas, entre otros. Ejemplo: vestuario se encuentra completo, acorde para su edad, cabello con pediculosis sin tratamiento, caries por falta de higiene, uñas largas y sucias. |
| **6. VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA** | |
| Peso actual: | Registrar el peso en kilogramos. |
| ¿Cuál fue la forma de obtención del peso?: | Marcar con una X la técnica usada para la obtención de peso |
| Talla actual: | Registrar la talla en centímetros. |
| ¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?: | Marcar con una X la técnica usada para la obtención de peso |
| **Patrones de Referencia** | \* Anexar el patrón de crecimiento a la valoración, en una misma gráfica se ubica la valoración inicial y los seguimientos. |
| Seleccionar el tipo de discapacidad: | Marcar con una X el tipo de discapacidad del beneficiario. |
| Indicadores | Escribir los indicadores calculados de acuerdo con el patrón de referencia seleccionado |
| PERCENTIL Y/O D.E | Escribir el percentil o la desviación estándar en la cual se encuentra el beneficiario. |
| Clasificación nutricional: | Escribir la clasificación nutricional del beneficiario de acuerdo con el patrón de referencia seleccionado. |
| **7. ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN** | |
| Concepto valoración nutricional y de realizaciones del programa de vida saludable desde Nutrición (para operadores de los servicios de protección y primera infancia): | En este espacio se debe ampliar la información relacionada con el resultado de la evaluación del estado nutricional del beneficiario, involucrando toda la información solicitada. Se debe registrar el análisis descriptivo del recordatorio de 24 horas y la frecuencia de consumo de alimentos; tener en cuenta consistencias, restricciones, preferencias, rechazos, intolerancias y alergias alimentarias.  Las realizaciones representan las condiciones de vida y el grado de bienestar que requieren las niñas, los niños y adolescentes, y deben lograrse con todas las acciones del Estado, la sociedad y la familia en el marco de la Protección Integral. Las relacionadas con el Programa Vida saludable se definen como el conjunto de acciones orientadas a la atención en salud, el fortalecimiento de hábitos de vida saludable y la generación de entornos seguros que favorezcan el desarrollo sano e integral, se deben abordar: 1) Cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud y adopta estilos de vida saludables y 2) Goza de un buen estado nutricional y adopta hábitos alimentarios saludables. |
| Plan de atención: | Describir las recomendaciones dadas al beneficiario por el profesional en Nutrición, así como, los compromisos adquiridos por la familia y/u operador para la garantía o restablecimiento de los derechos de este. |
| Fecha de próxima valoración: | Diligenciar la información en formato DD/MM/AAAA |
| Personas involucradas: | Enunciar el nombre y parentesco de las personas que aportaron información a través de entrevistas o de otros medios. Incluir profesionales que intervinieron en el proceso de atención, progenitores o cuidadores, profesionales de la institución/operadores de los servicios de protección, padres, abuelos, etc. |
| Profesional que realiza la valoración: | Registrar el nombre completo del profesional Nutricionista-Dietista. |