

Usted Sabe...

Una serie educativa para los pacientes y sus familias

Diario de comidas

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, lleve un registro por 3 días de todos los alimentos y bebidas que consumió. Llévelo a su siguiente consulta externa.

Hora (am/pm)	Comida o bebida	Tipo y/o cómo se preparó	Cantidad

Este documento no intenta reemplazar el cuidado y atención de su médico personal o de otros servicios médicos profesionales. Nuestro objetivo es promover una participación activa en su cuidado y tratamiento proporcionándole información y educación. Preguntas sobre problemas personales de salud u opciones de tratamientos específicos deben ser tratadas con su médico.

Usted Sabe... continuado

Diario de comidas

Hora (am/pm)	Comida o bebida	Tipo y/o cómo se preparó	Cantidad

Este documento no intenta reemplazar el cuidado y atención de su médico personal o de otros servicios médicos profesionales. Nuestro objetivo es promover una participación activa en su cuidado y tratamiento proporcionándole información y educación. Preguntas sobre problemas personales de salud u opciones de tratamientos específicos deben ser tratadas con su médico.