

# PLANILLA DIETARIA (deberá llenarse durante tres días consecutivos, incluyendo un fin de semana).

FECHA:.....

DOCENTE/S:..... ESTUDIANTES:..... TELÉFONOS:.....

NOMBRE DEL PACIENTE:..... DIRECCIÓN:..... FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:.....

TIPO DE DENTICIÓN:..... TIPO DE MALOCLUSIÓN:.....

	1 <sup>er</sup> DÍA	CEPILLA- DO	LÍQUI- DO	2 <sup>do</sup> DÍA	CEPILLA- DO	LÍQUI- DO	3 <sup>er</sup> DÍA	CEPILLA- DO	LÍQUI- DO
	Anote todo lo que consuma, así sea sólo una galletita o golosina.	Marque con una cruz cuándo lo realiza	Anote lo que beba (agua, jugo, etc).	Anote todo lo que consuma, así sea sólo una galletita o golosina.	Marque con una cruz cuándo lo realiza	Anote lo que beba (agua, jugo, etc).	Anote todo lo que consuma, así sea sólo una galletita o golosina.	Marque con una cruz cuándo lo realiza	Anote lo que beba (agua, jugo, etc).
<b>DESAYUNO</b>									
<b>ENTRE HORAS</b>									
<b>ALMUERZO</b>									
<b>ENTRE HORAS</b>									
<b>MERIENDA</b>									
<b>ENTRE HORAS</b>									
<b>CENA</b>									

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_