

Comidas e hidratación

Última actualización: _____

Para cualquier persona que ayude a la hora de comer. Llénela a mano y actualícela cada vez que cambien las necesidades.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

ALERGIAS E INTOLERANCIAS A ALIMENTOS

Alimento	¿Alergia o intolerancia?	Reacción

Para alergias graves: ¿Tiene adjunto un plan de acción para emergencias? ☐ Sí ☐ No

Dónde está la epinefrina recetada: _____

ÓRDENES O RESTRICCIONES DE DIETA (si se indicaron: p. ej., textura modificada, líquidos espesados, poca sal, dieta para diabetes)

Copie las palabras exactas del plan de cuidado o de las instrucciones del profesional de salud, incluido el nivel IDDSI si se lo dieron.

Indicado/recomendado por: _____

Fecha: _____

COMIDAS Y BEBIDAS FAVORITAS

LO QUE DEBE EVITAR O NO LE GUSTA

APOYO PARA COMER

Cubiertos / utensilios adaptados: _____

Recordatorios o ayuda para preparar el plato: _____

Asiento / posición: _____

Problemas para tragar o riesgo de atragantarse: _____

Nivel de ayuda o supervisión que necesita en las comidas: _____

HORARIOS HABITUALES DE COMIDAS Y MERIENDAS

Comida / merienda	Hora habitual	Lo que suele funcionar (alimentos, lugar, compañía, ritmo)
Desayuno		
Merienda de la mañana		
Almuerzo		
Merienda de la tarde		
Cena		
Noche		

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

HIDRATACIÓN

Meta de líquidos o límite de líquidos, si fue indicado: _____ Bebidas preferidas: _____

Consejos que ayudan: _____

REGISTRO DIARIO DE COMIDAS Y BEBIDAS (cantidad que comió: nada / algo / la mayoría / todo)

Fecha	Comida / merienda	Qué comió y cuánto	Bebidas	Notas

SEÑALES DE ALERTA QUE DEBE INFORMAR AL EQUIPO DE CUIDADO

- Tos o carraspeo frecuente al comer o beber
- No quiere comer ni beber, o come o bebe mucho menos de lo normal
- Posibles señales de deshidratación, como orina oscura, boca seca u orinar menos de lo normal
- Cambios de peso, o la ropa le queda diferente

Otros cambios que he notado: _____

Llame al 911 si se está atragantando o tiene dificultad para respirar.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores