



Mis preferencias de alimentos y comidas

Nombre:

Fecha de finalización:

Mis preferencias de alimentos y bebidas

Por ejemplo, el tipo y la cantidad de alimentos y bebidas que me gustan.

* Las elecciones de alimentos deben ser razonables y ajustarse a los alimentos que el proveedor puede ofrecer.

Mis preferencias para las comidas

Cómo, cuándo, dónde y con quién me gusta comer.

Cualquier tipo de ayuda que necesito para comer y beber

Puede incluir:

- Asistencia parcial o total para comer y beber.
- Platos, tazones y utensilios diseñados para apoyar la independencia a la hora de comer.
- Adaptación de los alimentos según las recomendaciones del especialista en trastornos del habla.

Cualquier problema de salud que afecte mi alimentación o consumo de bebidas

Por ejemplo, las recomendaciones de un especialista del habla, como comidas con textura adaptada y líquidos más espesos, u otras recomendaciones de un médico general (GP) relacionado con otros problemas de salud.

¿Qué tradiciones o costumbres culturales y/o religiosas practico?



Información de contacto

Por ejemplo, la información de mi nutricionista, médico / médico general / especialista, especialista del habla, terapeuta ocupacional o dentista.

Sección para el personal

¿Dónde se encuentra el registro con la evaluación del peso y detección de desnutrición de la persona?*

Se debe registrar el peso de una persona mensualmente. Es posible que se deba derivar a un nutricionista ante cualquier cambio o inquietud relacionada con el peso.

La detección de desnutrición debe realizarse utilizando una herramienta validada.

Nota: si la herramienta de evaluación de desnutrición revela desnutrición o el riesgo de desnutrición, derive a la persona a un médico general o a un nutricionista.

* Anote la ubicación donde se guarda la información sobre la evaluación del peso y la desnutrición de la persona. No anote el peso en este formulario.

Si lo necesita, la persona que recibe atención puede recibir apoyo de trabajadores, familiares, cuidadores o profesionales de la salud para completar este formulario. Pregúntele a la persona en qué parte de su habitación le gustaría colocar el formulario.

Si la persona que recibe ayuda para completar este formulario tiene dificultades para comunicarse, considere lo siguiente:

- Utilice menús con imágenes para ayudar a la persona a elegir sus preferencias en cuanto a comidas y bebidas.
- Preste atención al lenguaje corporal, los gestos y las expresiones faciales de la persona para entender sus preferencias.



Teléfono
1800 951 822



Sitio web
agedcarequality.gov.au



Escriba a la casilla postal de
Aged Care Quality and Safety Commission
GPO Box 9819, en su ciudad