Pediatric Gastroenterology & Nutrition Associates

Howard Baron, M.D.
Christopher Rhee, M.D.
Elizabeth Mileti, D.O.
Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
Jenna Diaz, M.D.
Teresa Carroll, P.N.P.
Holly Brewer, M.S., R.D.N., L.D.

Patient Name: _____
Patient Date of Birth: _____

Record Alimenticio de 3 Dias

Regreselo a nuestra oficina – Pediatric Gastroenterology & Nutrition Associates:

☐ en la proxima semana o lo mas pronto possible
☐ por lo menos 2 semanas antes de su proxima cita (Fecha: _____)

Instrucciones: Por 3 dias consecutivos, escriba todo lo que su hijo/a tome y coma. Porfavor anote la fecha en cada pagina.
Vea el ejemplo.

- Escriba lo mas claro posbile o use una computadora para que se nos haga facil leerlo
- Separe cada comida y bocadillo
- Describa el tipo de comida o bebida, sabor y marca (o si es hecho en casa) Sea lo mas espicifico possible (por ejemplo - “Enfamil” en vez de “formula”, “Leche 2%” en vez de “Leche”, “Jugo de naranja Tropicana” en vez de “jugo”, etc.)
- Use tazas medidoras y cucharas medidoras para medir la cantidad (Por ejemplo: cucharadas, cucharas, ¼ vaso, ½ vaso, onzas etc. No use cantidades como “platos”, “vaso”, “jarron”. Estos pueden venir en diferentes tamanos.
- Use onzas para medir los liquidos y los solidos (ejemplo: 4 onzas o ½ vaso) Use la medida del paquete o contenedor o una pesa de cocina
- Incluya los nombres de marca de las comidas (ejemplo: Gerger, McDonalds, Sara Lee, etc)
- Para platillos hechos en casa (sopas, caldos, sandwiches) Incluya todos los ingredientes que se usan y las cantidades en mayor detalle possible.

Llamenos a la oficina si usted tiene alguna pregunta

Mande el record por correo o traigalo a nuestra oficina :
3196 S. Maryland Parkway #309
Las Vegas, NV 89109

Para mandar por fax :
702-791-6831

Para mandar por email:
support@pgnalv.com

Patient Name: _____
Patient Date of Birth: _____

Dia: Viernes Fecha: 11/3/2017

Hora	**Comida/Sabor**	**Marca**	**Cantidad**
7:30am	Cereal –Honey nut Cheerios		1 ½ vaso
	Leche Entera	Anderson	1 vaso (½ quedo en el plato)
	Azucar		1 cucharada
	Platano	Dole	½ pequeno
11am	Pan Dulce	Panaderia	1
	Jugo de Manzana	Treetop	6 onzas
12pm	Lunchable/Jamon y Queso	Oscar Mayer	Todo el paquete
	con Ritz Crackers,		
	Barra de chocolate	Butterfinger	1 tamano fun
	Mayonesa	Kraft	1 paquete
	Ponche de fruta	Capri	1 paquete (6.75 oz)
	Uvas	Tienda	½ vaso (12 uvas)
3pm	Papitas	Takis	1 bolsa (1 oz)
5pm	Arroz Blanco	Hecho en casa	1/2 vaso
	Tortilla de maiz	Guerro	1 pequena (6”)
	Carne de Puerco desebrada	Hecho en casa	½ vaso
	Limonada	Minute Maid	8 fl onzas
8pm	Albondigas	Hecho en casa	1 vaso
	2 albondigas		1" redondas
	Papa blanca		¼ vaso
	consome de res		1 vaso
	Zanahorias	En lata, Del Monte	2 cucharadas
	Galletas	Oreos	2

Patient Name: _____
Patient Date of Birth: _____

Dia:_____ Fecha:_____

Hora	Comida/Sabor	Marca	Cantidad

Patient Name: _____
Patient Date of Birth: _____

Dia:_____ Fecha:_____

Hora	Comida/Sabor	Marca	Cantidad

Patient Name: _____
Patient Date of Birth: _____

Dia:_____ Fecha:_____

Hora	Comida/Sabor	Marca	Cantidad