



Sistema y circuito de cribado para pacientes hospitalizados con necesidad de dieta adaptativa por Disfagia Orofaringea

Documento descriptivo del **sistema y circuito de cribado para pacientes hospitalizados** con indicación específica de una **dieta adaptativa** por Disfagia Orofaringea. Este documento deberá ir firmado por el Jefe/a de Servicio del departamento de Otorrinolaringología del centro hospitalario.

➤ **Descripción del centro hospitalario:**

Denominación:

Provincia:

➤ **Jefe/a de Servicio del departamento de Otorrinolaringología** del centro hospitalario:

Nombre y apellidos:

Número de colegiado/a:

➤ **Descripción del sistema y circuito de cribado** para pacientes hospitalizados, en dicho centro hospitalario, con dieta adaptativa por Disfagia Orofaringea:



Sociedad Española de
Otorrinolaringología y
Cirugía de Cabeza y
Cuello



Sociedad Española de
Otorrinolaringología y
Cirugía de Cabeza y
Cuello

El/la Jefe de Servicio ORL Dr./Dra. _____ con
número de DNI/NIE/Pasaporte _____ siguiendo los requisitos establecidos
por la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, declaro que la información
facilitada en este formulario “sistema y circuito de cribado” es actualizada y veraz.

Se firma en _____ a _____

Fdo. Jefe/a de Servicio ORL. Dr./Dra.

Nº DNI/NIE/Pasaporte