

**PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA  
TRASLADO DE PUNTO DE DISTRIBUCIÓN**

**ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)**

**PREVISIÓN:**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:			
RUN DEL BENEFICIARIO:			
NOMBRE DEL CUIDADOR(A):			
RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:		TELÉFONO DE CONTACTO:	
DIRECCIÓN ACTUAL			
CIUDAD ACTUAL:			
REGIÓN ACTUAL:			
ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN		TELÉFONO ORIGEN:	CONTACTO ESTABLECIMIENTO

**DATOS DEL LUGAR DE TRASLADO**

DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO:	
CIUDAD:	
REGIÓN:	
ESTABLECIMIENTO DE DESTINO:	

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE**

NOMBRE DEL ESPECIALISTA:	
ESPECIALIDAD:	

**DATOS DE LA ÚLTIMA ENTREGA PNAC APLV:**

TIPO DE FORMULA	
N° DE TARROS PROPORCIONADOS:	
FECHA DE ÚLTIMA ENTREGA:	
FECHA SUGERIDA DE LA PRÓXIMA ENTREGA:	

**NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL ENCARGADO DE DISTRIBUCIÓN**

**TIMBRE DEL CESFAM**