



FORMULARIO PARA LA ENTREGA DE PRODUCTOS DEL PNAC A NIÑAS Y NIÑOS EXTRASISTEMA

DATOS PERSONALES

Nombre del Niño(a):
Fecha de Nacimiento: Edad niño(a):
Nombre del Beneficiario Titular: RUN:
Domicilio: Comuna: ISAPRE:
Profesional Referente: RUN:
Profesión:
Dirección de la consulta:

.....
TIMBRE Y FIRMA PROFESIONAL

..... / /
FECHA

SITUACIÓN NUTRICIONAL

Peso:
Talla:
Apreciación de curva de crecimiento y Calificación Nutricional:
(Según gráfica OMS 2006)

P/E..... T/E..... P/T.....

Diag. Nutricional Integrado:

En el menor de 6 meses agregar situación de lactancia según cuadro de Condición de Lactancia:

- < 10%: Fórmula Exclusiva
- < 50 y \geq 10%: Fórmula predominante
- \geq 50 y <90%: Lactancia Materna Predominante
- \geq 90%: Lactancia Materna Exclusiva

MPORTANTE: Si no tiene definición de condición de Lactancia, recibirá beneficio como Lactancia Materna Predominante