



FORMULARIO PARA LA ENTREGA DE PRODUCTOS DEL PNAC A GESTANTES EXTRASISTEMA

DATOS PERSONALES

Nombre de la Embarazada: RUN:

Edad: Fecha probable de parto: / /

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: Edad Gestacional (EG):

Estado Nutricional Actual (*):

Bajo Peso Normal Sobrepeso Obesidad

Observaciones:
.....
.....
.....

Estado nutricional al primer control de Embarazo (**):

Peso: Edad Gestacional (EG):

(*) Evaluación Nutricional según gráfica de incremento: Atalah E., Castillo C., Castro R., 1997

(**) Si no hay dato en este punto la entrega será según estado nutricional Actual