Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

FORMULARIO ENTREGA PNAC PREMATUROS EXTREMOS

DATOS DEL PROFESIONAL REFERENTE

Identificación: ....
A. Paterno A. Materno Nombres

RUN: ..... Profesión: ..... Fono: .....

SS: ..... Establecimiento: .....

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

Identificación: ....
A. Paterno A. Materno Nombres

RUN: Fecha de Nacimiento:

Fecha de las 40 SG: ..../..../.... Edad Gestacional al nacer: ..... Peso de Nacimiento: .....

Displasia Broncopulmonar: SÍ ☐ NO ☐

Domicilio: ..... Comuna: .....

DATOS DEL CONTROL DE SALUD (de acuerdo a Edad gestacional corregida)

Edad Gestacional Corregida:

Peso: ..... Talla: ..... PC: .....

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

Diagnóstico nutricional Integrado: .....

Tipo de Alimentación que recibe: (Marque SÍ o No)

Lactancia Materna Exclusiva	Lactancia Materna Predominante	Fórmula Predominante	Fórmula Exclusiva	Solidos

Indicación de PNAC Prematuros (según esquema Ministerial)

Formula: ..... Kg: ..... Nº Tarros: .....

Firma Profesional: ..... Fecha: ..../..../....

DATOS DE LA ENTREGA DE PNAC PREMATUROS (Atención Primaria de Salud)

Nombre Establecimiento: ..... Fecha: ..../..../....

Nombre encargado de distribución: .....

ProductoEntregado: ....
Tipo Fórmula Kg Nº Tarros

Recibí Conforme (nº tarros): ..... Fecha: ..../..../.... Firma: .....