



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES QUE SE ACOGEN A SU DERECHO DE NO AMAMANTAR

1.-ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		Fecha:
2.- DATOS DE LA MADRE		
Nombre completo:		
RUN:	Edad:	
3.- DATOS DEL NIÑO O NIÑA.		
Nombre:		
RUN:	Fecha de nacimiento: ___/___/_____	
Edad:		
4.- CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA		
<input type="checkbox"/> Realizada	<input type="checkbox"/> No Realizada	
Fecha de consejería:		
Nombre de encargado/a de la consejería:		
Profesión:		
Yo, _____ declaro haber recibido consejería en lactancia materna y decido acogerme al derecho de no amamantar.		
Firma y timbre del profesional;	Firma de la mujer:	