



FORMULARIO PARA EL CAMBIO EN LA INDICACIÓN DE LA FI DEL PNAC
BÁSICO Y REFUERZO DE NIÑOS O NIÑAS MENORES A DOCE MESES

1.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD:			
2.- DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA EL AJUSTE DE REQUERIMIENTOS			
*Nombre:			
*Fecha:			
RUN:		*Profesión:	
3.- DATOS DEL NIÑO O NIÑA.			
*Nombre:			
*RUN:		*Fecha de nacimiento: ___/___/___	
*Edad:			
Peso Actual:			
*Calificación Nutricional:			
4.- TIPO DE ALIMENTACIÓN SEGÚN PRESCRIPCIÓN*			
___ LME	___ LMP	___ FE	___ FP
___ AC + LM	___ AC + LM + FL	___ AC + FL	
5.- INDICACIÓN DE FÓRMULA DE INICIO			
*Kg/mes: _____		Frecuencia (N° de veces al día): _____/día	
Volumen por mamadera: _____ (ml)		N° de medidas de cada mamadera: _____	
6.- DATOS DE ENTREGA DE FÓRMULA DE INICIO (completar por Encargado de distribución de los PPAA)			
*Nombre y firma del encargado de los PPAA:			
*Fecha:			
*Kilogramos:		*Tarros entregados:	

**son campos obligatorios*