



FORMULARIO DE INGRESO AL PNAC BÁSICO O REFUERZO DE NIÑOS O NIÑAS
MENORES A DOCE MESES

1.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD:			
2.- DATOS DEL PROFESIONAL CAPACITADO EN LACTANCIA QUE REALIZA LA DERIVACIÓN			
*Nombre:		*Firma o timbre:	
*RUN:		*Profesión:	
3.- DATOS DEL NIÑO O NIÑA.			
*Nombre:			
*RUN:		*Fecha de nacimiento: ____/____/____	
*Edad cronológica o Edad Corregida:			
Domicilio:			
Peso al nacer:		Peso actual:	
*Calificación Nutricional:			
*¿Se realizó consulta de lactancia materna? Sí ____ No ____			
*¿Se realizó control de seguimiento en lactancia materna? Sí ____ No ____			
*Nombre del profesional que las realizó:			
4.- CRITERIOS DE INGRESO*			
Causa derivada de la madre		Causa derivada del niño o niña	
5.- TIPO DE ALIMENTACIÓN SEGÚN PRESCRIPCIÓN*			
___ LME	___ LMP	___ FE	___ FP
___ AC + LM	___ AC + LM + FL	___ AC + FL	
6.- INDICACIÓN DE FÓRMULA DE INICIO			
*Kg/mes: _____		Frecuencia (N° de veces al día): _____/día	
Volumen por mamadera: _____ (ml)		N° de medidas de cada mamadera: _____	
7.- DATOS DE ENTREGA DE FÓRMULA DE INICIO (completar por Encargado/a de distribución de los PPAA)			
*Nombre y firma del encargado/a de los PPAA:			
*Fecha:			
*Kilogramos:		*Tarros entregados:	

**son campos obligatorios*