



SUSPENSIÓN O EGRESO DE BENEFICIARIOS/AS DEL PNAC BÁSICO O REFUERZO DE NIÑOS O NIÑAS MENORES A DOCE MESES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	
ANTECEDENTES DEL BENEFICIARIO/A	
Nombre:	
RUN:	
CAUSA:	
_____ Egreso	_____ Suspensión
INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE EMITE DOCUMENTO	
Nombre:	Fecha:
Profesión:	Firma:
RUN:	
CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR(A) El/la cuidador/a del beneficiario/a declara estar conocimiento del término de los beneficios del PNAC Básico o Refuerzo de niños o niñas menores a doce meses	
Fecha de suspensión o egreso del PNAC Básico o Refuerzo de niños o niñas menores a doce meses:	Nombre y firma del cuidador (a)