



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)