



TRASLADO DE BENEFICIARIO/A DEL PNAC BÁSICO O REFUERZO DE NIÑOS O NIÑAS MENORES A DOCE MESES

1.- ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)

Nombre:

RUN:

Nombre cuidador:

Relación con el beneficiario:

Teléfono de contacto:

Dirección actual:

Comuna y región actual:

Establecimiento de origen:

Número de contacto en establecimiento de origen:

2.- DATOS DEL LUGAR DE TRASLADO

Dirección del/la beneficiario/la:

Ciudad:

Región:

Establecimiento de destino:

3.- DATOS de ÚLTIMA ENTREGA

Cantidad entregada (Kg):

Fecha última entrega:

Fecha sugerida de la próxima entrega:

Tipo de alimentación: ___LME ___LMP ___FP ___FE

Nombre, cargo y firma del encargado de distribución

Timbre del establecimiento de salud