

FORMULARIO DE LECHE ESPECIALES

Datos del afiliado:

Apellido y nombre del titular: _____

N° de Afiliado: _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

N° de Afiliado: _____

Edad: _____

Sexo: ☐ M ☐ F

Documento N°: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Semana: _____

Peso al nacer: _____ grs/kg.

☐ Prematuro

☐ A término

Historia clínica: _____

Diagnóstico: _____

Diagnóstico nutricional:

Talla _____ Peso: _____ Percentil: _____

Valoración nutricional: _____

Detalles de la lactancia:

Lactancia mixta: _____ Lactancia fórmula excesiva: _____

Fundamentación que no hay lactancia materna exclusiva: _____

LECHE QUE SE REQUIERE:

Tiempo estimado de suplementación: _____

Modo de administración diaria: _____

Unidades: _____ Grs: _____ Unidades: _____

LIBRETA SANITARIA (adjuntar seguimiento de peso e indicaciones médicas)

Esta ficha debe ser completada en su totalidad y de modo legible. Declaro que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de salud del afiliado.

Pediatra: _____ Matrícula: _____

Fecha: ____/____/____ Lugar: _____

Firma y sello

Firma del afiliado, padre o tutor legal