

FORMULARIO DE LECHES 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 (exclusiva): _____

Fundamentación que no hay lactancia materna exclusiva: _____

DETALLES DE LA FÓRMULA:

Leche que se requiere: _____

Tiempo estimado de suplementación: _____

Modo de administración diaria: _____

Unidades: _____ Grs: _____ Unidades: _____

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.

Matrícula: _____

Pediatra: _____

Fecha: ____/____/____/ Lugar: _____

Firma y sello

Firma del afiliado, padre o tutor legal