

# Formulario entrega PNAC Prematuros



GOBIERNO DE  
**CHILE**  
MINISTERIO DE SALUD

## DATOS DEL PROFESIONAL REFERENTE

Identificación: \_\_\_\_\_  
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRES

RUT: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

Neonatología: \_\_\_\_\_ Poli. Seg. Prematuros \_\_\_\_\_ Consultorio \_\_\_\_\_ FONO: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL NIÑO

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_  
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRES

Peso Nacimiento: \_\_\_\_\_ E.G. (al Nacer): \_\_\_\_\_ Fecha 40 semanas: \_\_\_\_\_

Displasia Broncopulmonar: SI ☐ NO ☐

Domicilio: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

SITUACIÓN NUTRICIONAL ACTUAL: (por edad corregida) E.G.C. \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ P.C.: \_\_\_\_\_

P/E: \_\_\_\_\_ P/T: \_\_\_\_\_ T/E: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Integral: \_\_\_\_\_

### TIPO ALIMENTACIÓN QUE RECIBE:

Leche materna exclusiva: ☐ Leche materna predominante: ☐

Form. Predominante: ☐ (F. Prem ☐ F. Cont ☐)

Fórmula Exclusiva: ☐ (F. Prem ☐ F. Cont ☐)

Sólidos: SI: ☐ NO: ☐

Indicación Producto a Retirar: \_\_\_\_\_  
Tipo fórmula kilos tarros

Firma Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Producto Entregado: \_\_\_\_\_  
Tipo fórmula kilos tarros

Nombre Consultorio entrega leches: \_\_\_\_\_

Nombre Funcionarios que entrega las leches: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_