

# Formulario entrega PNAC Prematuros

## 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: \_\_\_\_\_