

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 2 AÑOS CON APLV EGRESO DE BENEFICIARIOS(AS) DEL PNAC-APLV		
A) ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)		
NOMBRE:		
RUN:		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		
REGIÓN:		
ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA:		
B) CAUSA DEL EGRESO		
<p>_____ ALTA MÉDICA</p> <p>_____ TÉRMINO DE COBERTURA POR EDAD (2 AÑOS CUMPLIDOS)</p> <p>_____ OTRA CAUSA (DETALLAR): _____</p>		
C) INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA		
NOMBRE:		
ESPECIALIDAD:		FIRMA Y TIMBRE
RUN:		
C) CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR(A)		
EL (LA) CUIDADOR(A) DEL BENEFICIARIO(A) DECLARA ESTAR EN CONOCIMIENTO DEL TERMINO DE LOS BENEFICIOS DEL SUBPROGRAMA PNAC-APLV		
FECHA DE EGRESO DEL PNAC APLV:	NOMBRE Y FIRMA DEL CUIDADOR(A):	