

| PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE DE VACA (Este formulario debe ser completado por el médico tratante) | | | |
|--|------------------|-----------------------------|--|
| INGRESO DE BENEFICIARIOS(AS) | | | |
| A) ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A) | | | |
| PREVISIÓN: | | FECHA | |
| NOMBRE BENEFICIARIO(A) | | | |
| RUN: | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| DIRECCIÓN: | | | |
| CIUDAD/COMUNA: | | TELÉFONO DE CONTACTO | |
| REGIÓN: | | | |
| NOMBRE DEL CUIDADOR(A): | | | |
| RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO: | | | |
| NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD DERIVADOR: | | | |
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA | | | |
| B) DETALLES DEL DIAGNÓSTICO | | | |
| Cuadro clínico que fundamenta el diagnóstico según la guía clínica APLV | | | |
| | | | |
| C) INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA | | | |
| NOMBRE: | | | |
| RUT: | | | |
| ESPECIALIDAD: | CONTACTO: | | |
| N° INSCRIPCIÓN DE SUPERINTENDENCIA DE SALUD (si corresponde) | | | |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO TRATANTE | | | |
| FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA (Completa establecimiento punto de distribución): | | | |
| | | | |

*Todos los campos son obligatorios.