



RECETA MÉDICA PARA INDICACION DE FÓRMULAS DEL PNAC APLV

FECHA DE EMISIÓN:

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO:

RUN:

DIRECCIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD: CL*:

MES DE RETIRO DEL PRODUCTO:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PUNTO DE DISTRIBUCIÓN):

REGIÓN:

TIPO DE FÓRMULA (MARCAR CON UNA X)

1.- FÓRMULA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA: _____ 2.- FÓRMULA AMINOACÍDICA: _____

VOLUMEN POR MAMADERA: _____ (ML)

FRECUENCIA (N° VECES /DÍA): _____ /DÍA.

GRAMOS/MAMADERA: _____ (G)

GRAMOS/MES: _____ (MÁX. 4.500 G)

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO:

N° INSCRIPCIÓN DE SUPERINTENDENCIA DE SALUD (SI CORRESPONDE):

RUN:

ESPECIALIDAD:

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE MÉDICO ESPECIALISTA

*CL: Condición de lactancia: Lactancia materna exclusiva (LME), lactancia materna predominante (LMP), fórmula predominante (FP), fórmula exclusiva (FE).