

## Formulario para leches maternizadas y medicamentosas.



Nombre y Apellido del Afiliado:

Numero de afiliado:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Teléfono de contacto de los padres del Afiliado:

Medico Tratante:

**Resumen de Historia Clínica: Descripción del cuadro clínico actual y diagnostico, justificar el uso del plan**

### Evaluación Nutricional:

**Parámetros Antropométricos Obligatorios:**

Peso de Nacimiento :

Peso Actual:

Talla:

Perímetro cefálico:

IMC:

**Adjuntar Análisis clínicos o estudios complementarios en caso de leches medicamentosas**

**Requerimientos Nutricionales (solo llenar en caso de utilización de leche medicamentosa )**

% del VCT a cubrir con la leche:

Tiempo estimado de consumo:

Alimentación complementaria:

**Producto Solicitado: (llenar tanto para leches maternizadas como medicamentosas)**

Nombre comercial:

Presentación:

Dosis diaria:

Lugar y fecha:

Firma y sello del medico:

Nota: Los datos deben estar completos y en letra legible para evitar demoras