

Formulario de solicitud

LECHES MEDICAMENTOSAS



DATOS DEL/LA PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE _____
AFILIADO N° _____
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/20____
EDAD CRONOLÓGICA _____ EDAD CORREGIDA _____
FECHA ACTUAL ____/____/20____

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y RESOLUCIÓN

Embarazo: ÚNICO / GEMELAR / MÚLTIPLE

PARTO / CESÁREA

Complicaciones: NO
SÍ Detallar _____

Edad gestacional: _____ SEMANAS

APGAR: _____

Antropometría al nacer: PESO _____

LONGITUD CORPORAL _____

CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA _____

Diagnóstico neonatal: _____

Internación en UTIN: NO
SÍ Detallar _____

DATOS ACTUALES

Antropometría actual: PESO _____ pc _____

LONGITUD CORPORAL _____ pc _____

CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA _____ pc _____

Lactancia materna: NO
SÍ Detallar frecuencia y duración _____

Diagnóstico que justifique la indicación del sucedáneo lácteo:

Tipo de sucedáneo lácteo indicado: _____

Cantidad necesaria para cubrir las demanda estipulada en un mes: _____

Duración del tratamiento: _____

MÉDICO/A SOLICITANTE:

AUDITORÍA MÉDICA

Autorización: NO
SÍ

Justificación: _____

LUGAR Y FECHA: _____, ____/____/20____

FIRMA Y SELLO DE AUDITORÍA