

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.