



FORMULARIO DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL PARA BENEFICIARIOS DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL (NIÑOS CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL)

DATOS PERSONALES

Profesional referente: _____ RUT: _____

Profesión: _____

Dirección de la consulta: _____

Nombre del niño (niña): _____

Fecha de Nac.: _____ Edad niño (niña): _____

Nombre del beneficiario Titular: _____ RUT: _____

Domicilio: _____ Comuna: _____ ISAPRE: _____

Firma Profesional: _____ Fecha: _____

SITUACIÓN NUTRICIONAL

1) Peso: _____

2) Talla: _____

3) Apreciación de curva de crecimiento y Calificación Nutricional : _____
(según gráfica OMS 2006)

P/E _____ T/E _____ P/T _____

4) Dg Integrado Nutricional: _____

5) En el menor de 6 meses agregar situación de lactancia según recuadro:

☐ $\leq 50\%$ = **Formula Predominante**

☐ >50 y $< 90\%$ = **Lactancia Materna Predominante**

☐ $> 90\%$ = **Lactancia Materna Exclusiva**

IMPORTANTE : Si no tiene definición de condición de Lactancia, recibirá beneficio como Lactancia Materna Predominante