



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

FORMULARIO DE RESUMEN PARA ENTREGA DEL PNAC A EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

DATOS PERSONALES

Profesional Referente: _____

Profesión: _____ R.U.T.: _____

Dirección de la Consulta: _____

Firma de Profesional: _____

Nombre de la embarazada: _____ R.U.T.: _____

Edad: _____ Fecha probable de parto: _____

Nombre del Beneficiario Titular: _____

Domicilio: _____

Comuna: _____

Institución Previsional: _____ Fecha: _____

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA*

1) Peso: _____ Talla: _____ Edad Gestacional(EG): _____ (semanas)

2) Estado Nutricional Actual

☐

Normal

☐

Bajo Peso

☐

Sobrepeso

☐

Obesa

Observaciones:

3) Estado Nutricional al primer control de Embarazo (**):

Peso

☐

EG

☐

* Evaluación Nutricional según gráfica incremento: Atalah E., Castillo C., Castro R., 1997)

** Si no hay dato en este punto la entrega de beneficio será según el Estado Nutricional actual