

**TARJETA DE ENTREGA DE PRODUCTOS PNAC ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA (APLV)**

HOSPITAL

Establecimiento APS al que pertenece:

RUT:

NOMBRE:

EDAD:

Nº DE FICHA:

F. NACIMIENTO:

COMUNA:

DIRECCIÓN:

Fecha del diagnóstico

TELÉFONO:

Previsión:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha Entrega | Edad | Producto Entregado  N° de tarros | | Fecha Próxima Entrega |
| Fórmula Extensamente Hidrolizada | Fórmula  Aminoacidica |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha Entrega | Edad | Producto Entregado  N° de tarros | | Fecha Próxima Entrega |
| Fórmula Extensamente Hidrolizada | Fórmula  Aminoacidica |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |