

Datos del afiliado

Apellido y Nombre		Edad
D.N.I	Celular o teléfono alternativo	
Domicilio		
Fecha de nacimiento	Peso al nacer	

Con el fin de promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, se solicita la justificación de tal reemplazo

Causas por la que no puede amamantarse a pecho materno

CAUSAS DEL NIÑO

Recién nacido pretérmino <input type="checkbox"/>	Recién nacido a término <input type="checkbox"/>
---	--

Patologías neonatales

Diagnóstico
Tratamiento
Adopción

CAUSAS MATERNAS

Patología materna	Medicación
Patología mamaria	Deceso materno
LECHE Maternizada <input type="checkbox"/> Medicamentosa <input type="checkbox"/>	Nombre comercial
	Cantidad

Para prescripciones de leches medicamentosas deberá adjuntar historia clínica de médico especialista (gastroenterólogo pediátrico o alergista)

Fecha, firma y sello del profesional tratante