

Solicitud Leches Maternizadas



Apellido y Nombre	
DNI	
N° de afiliado	
Fecha de Nacimiento	
Cel- mail de contacto	

Los siguientes datos serán provistos por el **PEDIATRA DE CABECERA TRATANTE**
Se ruega completar todos los apartados.

EDAD MATERNA	Menor a 17		Entre 17 y 35		Mayor a 35	
OCUPACIÓN	Ama de casa		Profesional		Otros	

UBICACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA	Primogénito		Segundo		Más de 2	
RECIÉN NACIDO	Único		Gemelar		Más de 2	

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	EDAD:				
Peso RN:	Peso al mes:		Peso actual:		
Talla RN:	Talla al mes:		Talla actual:		
Pc RN:	Pc al mes:		Pc actual:		
SEGÚN EDAD GESTACIONAL:					
Pretérmino		Término		Postérmino	

Actualmente recibe Alimentación:	Lactancia exclusiva		Entre 3/6 biberones diarios		Más de 6 biberones diarios	
----------------------------------	---------------------	--	-----------------------------	--	----------------------------	--

DIAGNÓSTICOS

HIPOGALACTIA MATERNA	
PATOLOGÍA MAMARIA	
REFLUJO GASTROESOFÁGICO	
ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA	
ENFERMEDAD MATERNA INFECCIOSA CONTAGIOSA	
SÍNDROME GENÉTICO	
INTOLERANCIA A LA LACTOSA	
ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	
HORARIO LABORAL QUE IMPOSIBILITA LA LACTANCIA	
INGESTA MATERNA NECESARIA DE MEDICAMENTOS CONTRAINDICADOS DURANTE LA LACTANCIA	
OTROS (DETALLAR CUAL)	

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Detallar claramente los motivos clínicos que justifiquen el pedido:

PLAN DE TRATAMIENTO

Leche prescrita	ML por biberón	Cantidad de tomas diarias

Fecha:

Firma y sello del profesional: