

SOLICITUD DE COBERTURA DE LECHES POR PMI



Apellido y Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
N° de Afiliado: _____ N° de Teléfono: _____

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
Capacitación Pre-Natal para la Lactancia: Si / No **Puericultura Post-Parto para la lactancia:** Si / No
Ubicación dentro de la Familia: Primogénito Segundo Más de 2
Recién Nacido: Único Gemelar Más de 2

Medidas Antropométricas: *Edad:* _____
Peso RN: _____ (Pc: _____) Peso al Mes: _____ (Pc: _____) Peso Actual: _____ (Pc: _____)
Talla RN: _____ (Pc: _____) Talla al Mes: _____ (Pc: _____) Talla Actual: _____ (Pc: _____)
Pc RN: _____ (Pc: _____) Pc al Mes: _____ (Pc: _____) Pc Actual: _____ (Pc: _____)

Recién Nacido (según edad gestacional): Pretérmino Término Postérmino
Recién Nacido (según peso): Peso Alto EG Peso Adecuado EG Peso Bajo EG
Peso RN: 1500 o menor 1500-2500 Mayor a 2500
N° Deposiciones Diarias: 3 o menos Más de 3
Incremento Diario de Peso: Menor a 15 gr/día 15 a 30 gr/día Mayor a 30 gr
Actualmente Recibe Alimentación: Lactancia Exclusiva Entre 3 y 6 biberones/día Más de 6

Diagnósticos:

Hipogalactie Materna Alergia a la proteína de la leche de vaca Otros
Patología Mamaria Enfermedad materno infecto-contagiosa
Reflujo Gastroesofágico Sme Genético
Enfermedad Neurológica Intolerancia a la lactosa
Ingesta materna necesaria de medicamentos contraindicados durante la lactancia

Resumen de Historia Clínica: (para cada enfermedad detallar tiempo de evolución y complicaciones)

Plan de Tratamiento:

| Leche Prescripta | ML por Biberón | Cantidad de Tomas Diarias |
|------------------|----------------|---------------------------|
| | | |

Datos del Médico Tratante:

Domicilio Profesional: _____
Institución y Servicio: _____
Teléfonos y Horarios para Contactarlo: _____

Fecha: _____ Firma y Aclaración: _____