

Con el fin de promover la **Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de vida**, se solicita la justificación de tal reemplazo.

Datos generales

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		Tipo y número de documento	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
	F.N. <input type="text"/>	P. N. <input type="text"/>	F.P.P. <input type="text"/>
		Embarazo:	Parto Natural <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>
Maniobras Obstétricas	<input type="text"/>	Forceps	<input type="text"/>

Causas por la que no puede amamantarse a pecho materno

CAUSAS DEL NIÑO	Recién nacido a término
Malformaciones Congénitas	<input type="text"/>
Labio Leporino	<input type="text"/>
Fisura Palatina	<input type="text"/>
Incremento deficitario del peso	Edad: <input type="text"/> Peso: <input type="text"/> Percentilo: <input type="text"/>
	Patologías Neonatales
Diagnóstico	<input type="text"/>
Tratamiento	<input type="text"/>
Adopción	<input type="text"/>
	Recién nacido pretérmino
Edad Gestacional	<input type="text"/>
Internación Neonatal desde	<input type="text"/>
Hasta	<input type="text"/>
Breve historia clínica. Diagnóstico	<input type="text"/>

Tratamiento	<input type="text"/>		
Motivo por el cual no se mantuvo la lactancia materna durante la internación del niño	<input type="text"/>		
Se otorga por 90 días según edad gestacional			
Con la lactancia materna	<input type="text"/>	1 kg.	Nombre comercial <input type="text"/>
Sin lactancia materna:	<input type="text"/>	2 kg.	Cantidad <input type="text"/>
CAUSAS MATERNAS:			
Patología materna	<input type="text"/>	Medicación <input type="text"/>	Deceso materno <input type="text"/>
Patología mamaria	<input type="text"/>		
(No se acepta "HIPOGALACTIA" como causa, ya que la misma tiene solución).- El beneficio se otorga por 45 días de vida del niño y/o causa transitoria materna.-			
		 Firma Médico

Instructivo para solicitar Leche en Polvo Modificada

Objetivos:

Adhiriéndonos a los objetivos de la U.N.I.C.E.F. y O.M.S. de "lograr que para el año 2.000, el 60% de los niños menores de un año sean alimentados a PECHO MATERNO" y con el compromiso asumido por el Gobierno Nacional a favor de la madre y el niño.-

Con el apoyo educativo de nuestras afiliadas, sobre la alimentación de su hijo, el requerimiento a los profesionales, de justificar científicamente la necesidad de reemplazar la Lactancia Materna, estaremos participando en mejorar la salud de nuestros niños, disminuyendo la Mortalidad y Morbilidad Infantil.-

Instructivo:

FICHA, se le entregará al afiliado que requiera la leche modificada, para niños mayores de 15 días de vida y menores de 45 días de vida, según Ficha de Solicitud Items (B) 1, (B) 2 o C.-

Será completado por médico pediatra o de cabecera en caso del interior.-

Recibido, pasará a Auditoría Médica para su autorización o no.-

Se archivará con la contestación, con tiempo de baja, será por duplicado en el interior, enviando el mismo a Casa Central para ser autorizado para agencias sin Auditoría Médica local o regional, en casos de ser auditada en el interior se enviará el duplicado ya auditado.-

Para Médico Auditor:

En los Items (B) 1 y (C), el beneficio se otorga desde el nacimiento hasta los 45 días, ya que el Recién Nacido a Término puede recibir leche entera a partir de los mismos.-

LOS CRITERIOS SERÁN AMPLIADOS SEGÚN SE APRUEBE EL PLAN MATERNO INFANTIL, EN ESTUDIO.-