

**PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA  
TRASLADO DE PUNTO DE DISTRIBUCIÓN**

**ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)**

**PREVISIÓN:**

<b>NOMBRE DEL BENEFICIARIO:</b>	
<b>RUN DEL BENEFICIARIO:</b>	
<b>NOMBRE DEL CUIDADOR(A):</b>	
<b>RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:</b>	<b>TELÉFONO DE CONTACTO:</b>
<b>DIRECCIÓN ACTUAL</b>	
<b>CIUDAD ACTUAL:</b>	
<b>REGIÓN ACTUAL:</b>	
<b>ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN</b>	<b>TELÉFONO CONTACTO ESTABLECIMIENTO ORIGEN:</b>

**DATOS DEL LUGAR DE TRASLADO**

<b>DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO:</b>	
<b>CIUDAD:</b>	
<b>REGIÓN:</b>	
<b>ESTABLECIMIENTO DE DESTINO:</b>	

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE**

<b>NOMBRE DEL ESPECIALISTA:</b>	
<b>ESPECIALIDAD:</b>	

**DATOS DE LA ÚLTIMA ENTREGA PNAC APLV:**

<b>TIPO DE FORMULA</b>	
<b>N° DE TARROS PROPORCIONADOS:</b>	
<b>FECHA DE ÚLTIMA ENTREGA:</b>	
<b>FECHA SUGERIDA DE LA PRÓXIMA ENTREGA:</b>	

**NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL ENCARGADO DE DISTRIBUCIÓN**

**TIMBRE DEL CESFAM**