

Fecha/...../.....

DATOS DEL BEBÉ:

Nombre y Apellido:

DNI: Fecha de Nacimiento:/...../.....

Fecha/...../.....

Peso Anterior: Peso Actual:

Parto Vaginal: SI NO Cesarea Programada: SI NO Cesarea de Urgencia: SI NO

MOTIVO DE INDICACIÓN DEL SUPLEMENTO:

Cantidad Mensual:

A través de la comisión de lactancia de DOSEP nos ponemos en contacto con usted, para garantizar el apoyo en el establecimiento de la lactancia materna exclusiva (LME) en conformidad con las partes, y en cumplimiento de la ley y las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, con la finalidad de asegurar la mejor calidad nutricional y emocional en la alimentación infantil. Es por esto que le rogamos responda las siguientes preguntas:

¿Conoce la ley 26.873 de lactancia materna, promoción y concientización pública? SI NO

¿Conoce las recomendaciones de la OMS con respecto al consumo de leche materna? SI NO

¿Conoce el código internacional de sucedáneos de leche materna? SI NO

¿Incentiva/educa a la madre para apoyarla en su deseo de establecer la LME? SI NO

¿Estaría de acuerdo con contar con el apoyo de la comisión de lactancia de DOSEP para que su paciente pueda establecer la LME, sin utilización de sucedáneos? SI NO

NOTA: Deberá adjuntarse Fotocopia de Libreta de Salud donde consten los controles realizados y la receta

Firma y aclaración Afiliado
Auditoría Médica D.O.S.E.P.

Firma y sello Médico