

## FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO MAMI



Mes y año del informe:	Jul-21	Nombre de la persona que diligencia el formulario:	
Identificación de la unidad de salud:		Nombre del punto de prestación de servicios:	
Distrito:		Provincia:	

NUEVAS INSCRIPCIONES (lactantes)	0 meses	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	Total
Hombre		2			1		3
Mujer			1				1

Tipo de inscripción	
Nuevo caso	3
Baja retornada	
Referencia desde atención hospitalaria	1

MOTIVO DE LA INSCRIPCIÓN (solo nuevas inscripciones; marcar todos los aplicables)	
Déficit de crecimiento	4
Bajo peso al nacer/Nacimiento prematuro	2
Dificultades de alimentación	3
Enfermedad de la madre	
Madre con desnutrición	1
Salud mental de la madre	2
Parto múltiple	
Huérfano/a	1
Madre adolescente	1
Otro	
No amamantado/a	

SALIDAS			
	Masculino	Femenino	Total
Todas las salidas a los		1	1
Lactante referido a CMAM a los 6		1	1
Otras salidas			
Fallecimiento			0
Referencia a atención hospitalaria			0
Transferido a otro centro			0
Baja			0
<b>SALIDAS TOTALES</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>