



PROGRAMA ATENCIÓN A MENORES DE 6 AÑOS, EN RIESGO NO ESCOLARIZADOS

FICHA DE VALORACIÓN	
Municipio:	
Comunidad o Colonia:	
Nombre del Beneficiario(a):	
Nombre del Padre, Madre o Tutor:	
FECHA:	
Peso: Kg.	Talla: Cm.
Diagnóstico Nutricional:	
Avance/Recuperación:	

NOMBRE DEL DOCTOR (A)		SELLO
N° CÉDULA PROFESIONAL		

AUTORIDAD DEL SMDIF
NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO