Ministerio de Desarrollo Humano
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE FORMOSA

PASOS PARA COMPLETAR LIBRETA DE ASIGNACION UNIVERSAL POR HIJO

PLAN NACER

No tachar, borrar ni enmendar la libreta caso contrario no tendra validez.

1- Llega al Centro de Salud el beneficiario con la Libreta de A.U.H.

- Si el beneficiario no tiene historia clínica, abrir una si corresponde al Area Programática.
- Si el beneficiario no corresponde al Area Programática, orientarlo a donde debe ir segun donde recibe atención de salud(vacunas - controles médicos - etc.) o por su domicilio real.
- Confimar si esta inscripto en **PLAN NACER.**

  * Si no esta inscripto inscribir. (entregar constancia que figura al final de la planilla de inscripción sellada y firmada).
  * Si no recuerda estar inscripto, inscribirlo.
  * Si ya esta inscripto entregar nueva constancia sellada y firmada.

2- Completar el nombre del Centro de Salud u Hospital respetando el código y nombre con abreviatura de acuerdo a la planilla que se anexa

3- Completar el CUIL del menor sin guiones. Un numero en cada casillero.

4- Con cada beneficiario se deberá realizar los siguientes controles:

- Si el niño tiene menos de 1 año realizar el control mensual . (Completar la planilla de controles de Asignación Universal que se entrega y el registro en la historia clínica)
- Si el niño tiene entre 1 a 6 años realizar el control médico. (Completar la planilla de controles de Asignación Universal que se entrega y el registro en la historia clínica))
- Esquema completo de vacunación. Sino tiene iniciar y marcar en el casillero según corresponda.
- Si el niño es mayor de 6 años (de 6 a 18 años) registrar el control médico en Historia Clínica.

5- Colocar la fecha usando dos lugares para el dia, para el mes y para el año.

6- Debe llevar la firma, sello del profesional matriculado y la Institución.

Ministerio de Desarrollo Humano
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE FORMOSA

ASIGNACION UNIVERSAL POR HIJO

Centro de Salud u Hospital:_____
Código:_____

PLAN NACER

CONTROL NIÑOS HASTA 12 MESES

Beneficiario					Cat.	F. de Nac.	Indi gena	Fecha del control	Peso (en kg.)	Talla (en cm.)	Ind. Masa Corp. (I.M.C)	Percentilo Peso/Edad	Percentilo Talla/Edad	Percentilo I.M.C/Edad	Percentilo Peso/Talla
Tipo	Documento	Apellido y Nombre	Clase	Sexo											

Ministerio de Desarrollo Humano
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE FORMOSA

ASIGNACION UNIVERSAL POR HIJO

Centro de Salud u Hospital:_____
Código:_____

PLAN NACER

C O N T R O L N I Ñ O S E N T R E 1 A 6 A Ñ O S

Beneficiario					Cat.	F. de Nac.	Indi gena	Fecha del control	Peso (en kg.)	Talla (en cm.)	Ind. Masa Corp. (I.M.C)	Percentilo Peso/Edad	Percentilo Talla/Edad	Percentilo I.M.C/Edad	Percentilo Peso/Talla
Tipo	Documento	Apellido y Nombre	Clase	Sexo											