



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Apoyo Alimentario a Población Vulnerable
Constancia de Peso y Talla
Programa de Atención Alimentaria
en los Primeros 1000 Días



Fecha ____ / ____ /2023

El suscrito* _____
legalmente autorizado para ejercer como profesional de la salud, con cédula profesional _____

Certifica

Que habiendo practicado un reconocimiento médico al niño/a _____
_____ con una edad de _____ su estado de salud es: _____
Con un peso: _____ y talla: _____

El presente documento es expedido a petición del interesado (a) para los fines de presentar su estado nutricional del beneficiario de los programas alimentarios.

Firma y Sello del Profesional de la Salud _____

Sello

SMDIF _____ **Comunidad** _____

***Nota:** La constancia médica la puede realizar profesionales de la salud (médicos, enfermero(a)s, nutriólogo(a)s, paramédicos) que cuenten con su cédula profesional.