Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Constancia de Peso y Talla
Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios

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 peso y talla son los siguientes:

Peso	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.