

Informe médico inicial de lactancia natural

A cumplimentar por el médico de Atención Primaria y/o Pediatra del Servicio Público de Salud

Con el fin de poder admitir la solicitud de Certificación Médica de Riesgo durante la lactancia natural de la Sra. [redacted] con DNI/NIE/Pasaporte .. [redacted] rogamos haga constar la información solicitada

- Fecha de nacimiento del bebé: [redacted]
- ¿La trabajadora alimenta a su hijo con lactancia natural? SI NO
- En caso afirmativo, indicar número de tomas al día [redacted]

Y para que así conste en [redacted], a. [redacted] de [redacted] de 20. [redacted]

Firma y sello del facultativo
Nº de colegiado