FORMATO ÚNICO DE REMISIÓN A SALUD

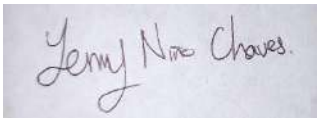
FECHA DE REMISIÓN: **DÍA__24____ MES _FEBRERO___ AÑO _2021_**		**SERVICIO DEL ICBF QUE REMITE:** **MIL DÍAS**	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: **SOFIA VALENTINA VELZQUEZ CAMPO**		TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **REGISTRO CIVIL** NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **1 121 72 4916**	
DISCAPACIDAD: Sí ____ No___X___ ¿Cuál?			
SEXO: **FEMENINO**	FECHA DE NACIMIENTO: **22 ENERO 2021**	EDAD (años, meses): **1 MES**	
NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR: **EUCARIS YANETH CAMPO JARO**		TIPO ID: **CEDULA DE EXTRANJERIA**	NÚMERO DE ID: **28348123**
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: BARRIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: **PLATANILLAL**		NÚMERO DE TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO: **3209011285**	
EAPB ASEGURADORA: **COOSALUD**			

Fecha de valoración:	Peso (Kg)	Talla (cm)	Clasificación antropométrica
24- 02-2021	**2,5 KG**	**49 CM**	**DNT AGUDA MODERADA CON RETRASO EN TALLA**

MOTIVO DE REMISIÓN (Descripción de la situación que amerita remisión)

Menor de 32 días de nacida con evidentes signos de desnutrición y confirmados con los indicadores P/T y T/E con retraso en talla asociado con baja ingesta prolongada de todos los nutrientes nutrientes, la madre refiere que vive en la casa de la suegra y debe trabajar para aportar dinero y por ende debe dejar la bebe al cuidado de la abuela materna por lo tanto la menor pasa horas sin ser alimentada, menciona que solo la ha alimentado con leche materna y que el día anterior no pudo alimentar bien porque no fue buena la producción de leche, a lo que procedí a evaluar la situación evidenciando que había falla en la técnica de posición y agarre y luego de la corrección la menor se alimentó por más de 20 minutos.

Antecedentes relevantes del estado de salud (última semana):			
Vómito Sí__ No_**x**_	Diarrea Sí__ No_**x**_	Gripa o tos Sí__ No_**x**_	Apetito pobre Sí__ No_**x**_
¿Ha recibito tratamiento para la desnutrición aguda o deficiencias de micronutrientes en los últimos 6 meses? Sí__ No_**x**_			

Nombre del profesional en nutrición y dietética que remite: **YENNY ZULAY NIÑO CHAVES** **Número de MND: 1018447507**	**Firma:** 
Nombre de la persona que atiende la remisión en la IPS: **CATHERIN MESA** **Cargo: NUTRICIONISTA HOSPITAL M.E.P.**	**Firma:**

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

RESERVADA