FORMATO ÚNICO DE REMISIÓN A SALUD

FECHA DE REMISIÓN: **DÍA___30___ MES ____07 _____ AÑO ___2021____**		**SERVICIO DEL ICBF QUE REMITE: HCB**	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: ANGEL MARTINEZ TAFUR		TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1101391713	
DISCAPACIDAD: Sí ____ No_X_____ ¿Cuál?			
SEXO: MASCULINO	FECHA DE NACIMIENTO: 13/07/2017	EDAD (años, meses): 3 años 10 meses	
NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR: ARGELIS MARTINEZ ACOSTA		TIPO ID: CC	NÚMERO DE ID: 1002297412
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: BARRIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: CORREGIMIENTO AGUAS NEGRA		NÚMERO DE TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO: 3216454404	
EAPB ASEGURADORA: MUTUAL SER			

Fecha de valoración:	Peso (Kg)	Talla (cm)	Clasificación antropométrica
07/06/2021	**12**	**95**	**DX DESNUTRICION AGUDA MODERADA**

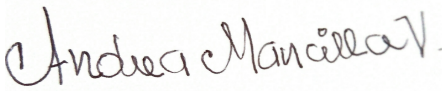
MOTIVO DE REMISIÓN (Descripción de la situación que amerita remisión)

DIAGNOSTICO DESNUTRICION AGUDA MODERADA

Antecedentes relevantes del estado de salud (última semana):

Vómito	Diarrea	Gripa o tos	Apetito pobre
Sí__ No_X_	Sí__ No__X	Sí__ No_X_	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:	**Firma:**
Andrea Mancilla	

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

Número de MND: 07330	
Nombre de la persona que atiende la remisión en la IPS: **Cargo:**	**Firma:**

RESERVADA