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: ELIECER TARRIFA JIMENEZ		TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1049325848	
DISCAPACIDAD: Sí ____ No_X____ ¿Cuál?			
SEXO: FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO: 16/10/2016	EDAD (años, meses): 4 años 10 meses	
NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR: RUBIELA JIMENEZ CALLEJAS		TIPO ID: CC	NÚMERO DE ID: 1049321526
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: BARRIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: CORREGIMIENTO SABANAS DEL FIRME		NÚMERO DE TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO: 3135428154	
EAPB ASEGURADORA: MUTUAL SER			

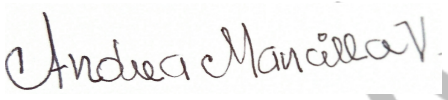
Fecha de valoración:	Peso (Kg)	Talla (cm)	Clasificación antropométrica
5/06/2021	**17**	**115**	**DX DESNUTRICION AGUDA MODERADA**

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

DIAGNOSTICO DE DESNUTRICION AGUDA MODERADA

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_			

RESERVADA

Nombre del profesional en nutrición y dietética que remite: Andrea Mancilla **Número de MND:** 07330	**Firma:** 
Nombre de la persona que atiende la remisión en la IPS: **Cargo:**	**Firma:**

RESERVADA