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: EMMANUEL CAMPOS RODRIGUEZ		TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1216979164	
DISCAPACIDAD: Sí _X___ No_____ ¿Cuál? Discapacidad motora			
SEXO: MASCULINO	FECHA DE NACIMIENTO: 21/06/2018	EDAD (años, meses): 2 años 11 meses	
NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR: NOEMIS RODRIGUEZ BELTRAN		TIPO ID: CC	NÚMERO DE ID: 1007275663
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: BARRIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: VEREDA NUEVA ESPERANZA		NÚMERO DE TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO: 3103788050	
EAPB ASEGURADORA: MUTUAL SER			

Fecha de valoración:	Peso (Kg)	Talla (cm)	Clasificación antropométrica
10/06/2021	**12**	**95**	**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_X_ No__	Apetito pobre Sí__ No_X_

¿Ha recibito tratamiento para la desnutrición aguda o deficiencias de micronutrientes en los últimos 6 meses?
Sí_X_ No__

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

RESERVADA