FORMATO ÚNICO DE REMISIÓN A SALUD

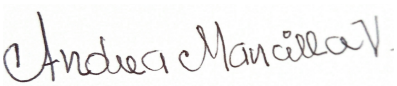
FECHA DE REMISIÓN: **DÍA__30___ MES ____ 07_____ AÑO ___2021____**		**SERVICIO DEL ICBF QUE REMITE: HCB**	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: YARLEDIS PEREZ CARVAJAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1049326073	
DISCAPACIDAD: Sí ____ No_X_____ ¿Cuál?			
SEXO: FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO: 28/09/2016	EDAD (años, meses): 4 años 10 meses	
NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR: LUCILA CARVAJAL LONDOÑO		TIPO ID: CC	NÚMERO DE ID: 1049316206
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: BARRIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: VEREDA EL TIGRE		NÚMERO DE TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO: 3116335544	
EAPB ASEGURADORA: MUTUAL SER			

Fecha de valoración:	**Peso (Kg)**	**Talla (cm)**	**Clasificación antropométrica**
04/06/2021	**15,5**	**111**	**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_			

Nombre del profesional en nutrición y dietética que remite:	**Firma:**
Andrea Mancilla	

RESERVADA

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.

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

RESERVADA