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: YOENIS TURIZO LOPEZ		TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1049326295	
DISCAPACIDAD: Sí ____ No_X_____ ¿Cuál?			
SEXO: FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO: 19/06/2017	EDAD (años, meses): 3 años 11 meses	
NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR: JOEL TURIZO		TIPO ID: CC	NÚMERO DE ID: 1002297192
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: BARRIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: VEREDA EL TIGRE		NÚMERO DE TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO: 3127119857	
EAPB ASEGURADORA: NUEVA EPS			

Fecha de valoración:	Peso (Kg)	Talla (cm)	Clasificación antropométrica
04/06/2021	**15.5**	**113**	**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 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: Andrea Mancilla **Número de MND:** 07330	**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

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

RESERVADA