BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ÚNICO DE REMISIÓN A SALUD	F2 LM2 PP	16/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

FORMATO ÚNICO DE REMISIÓN A SALUD

FECHA DE REMISIÓN: **DÍA** 23 **MES** 01 **AÑO** 2023		**SERVICIO DEL ICBF QUE REMITE:** Mil días para cambiar el mundo	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Marian Michel Atencio Acosta		TIPO DE IDENTIFICACIÓN Registro civil NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 1050742824	
DISCAPACIDAD SI ___ No X ¿Cuál?			
SEXO Femenino	FECHA DE NACIMIENTO 22/08/2021	EDAD (años, meses) 1 año 4 meses	
NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR Albanis Maria Acosta Bernal		TIPO ID CC	NÚMERO DE ID 1052943518
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO BARRIO/CORREGIMIENTO/VEREDA Yatí		NÚMERO DE TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO 3148853871	
EAPB ASEGURADORA Coosalud			

Fecha de valoración:	Peso (Kg)	Talla (cm)	Clasificación antropométrica
20 - 01 - 2023	8.5	81	Desnutrición Aguda Moderada.

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

Menor con diagnostico nutricional: Desnutrición Aguda moderada, Se encuentra delgada, no presenta edema, emaciación u otro signo clínico de Desnutrición.

Recibe formula especial pediasure debido a que no le gustó la FTLC, sin embargo no presenta ganancia de peso.

Antecedentes relevantes del estado de salud (última semana):

Vómito	Diarrea	Gripa o tos	Apetito pobre
SI__ NoX	SI__ NoX	SI X No__	SI X No__

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

Nombre del profesional en nutrición y dietética que remite: Kiara Marcela Domínguez Gil **Número de MND:**	**Firma:** Kiara D.
Nombre de la persona que atiende la remisión en la IPS: **Cargo:**	**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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Fecha 25/01/23