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: Moises David Gomez Mola	TIPO DE IDENTIFICACIÓN Registro civil NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 1050743615
DISCAPACIDAD Si ___ No X ¿Cuál?	

SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD (años, meses)
Masculino	13/11/2021	1 año, 2 MES

NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR	TIPO ID	NÚMERO DE ID
Cindi patricia Mola cordoño	Cc	1052973056

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO BARRIO/CORREGIMIENTO/VEREDA Corregimiento Puerto Nariño	NÚMERO DE TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO 3202224473
EAPB ASEGURADORA: Coosalud	

Fecha de valoración:	Peso (Kg)	Talla (cm)	Clasificación antropométrica
19-01-2023	7,2	70	Riesgo de Desnutrición Aguda

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

El menor presenta diagnostico Nutricional Riesgo de desnutrición aguda. Durante el periodo de atención en la modalidad recibió Alimento Listo para el consumo plumpy doz, Sin embargo, no se ha logrado la recuperación del estado nutricional.

Actualmente no presenta Signos clinicos de Desnutrición.

Antecedentes relevantes del estado de salud (última semana):

Vómito	Diarrea	Gripa o tos	Apetito pobre
Si__ No X	Si__ No X	Si__ No X	Si__ No X

¿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 Haideb 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

Recibido
Fecha 25/01/23

Magangué, Bolívar, 23 de enero de 2023.

REMISION A SALUD MODALIDAD

Nombre: Moisés David Gómez Mola
Rc: 1050743615
Fecha de Nacimiento: 13/11/2021
Edad: 1 año 2 meses
EAPB: Coosalud
Madre: Cindi Patricia Mola Cardozo
Cc: 1052973056
Teléfono: 3202224473
Dirección: puerto Nariño

Desarrollo de la situación:

Menor de 1 año 2 meses de edad con antecedente de Desnutrición Aguda, atendido en la modalidad mil días para cambiar el mundo, quien actualmente presenta diagnostico nutricional; **Riesgo De Desnutrición Aguda**. Durante el periodo de atención se han realizado intervenciones y seguimiento por parte del equipo interdisciplinario, entrega de alimento listo para el consumo plumpy Doz, sin embargo, no se ha logrado la recuperación del estado nutricional. El apetito del niño es bueno, madre niega síntomas gastrointestinales en las últimas semanas. Informa que la pediatra le ordenó continuar con formula infatrini, pero la eps no ha realizado la entrega.

Al momento de la valoración se observa delgado, con palidez generalizada, activo y alerta al medio, mucosas sanas, no presenta edema.

Valoración nutricional:

Peso actual 7,2 kg

Talla: 70 cm

perímetro braquial: 12,7 cm

A continuación, se relaciona el diagnóstico para cada indicador nutricional:

Peso/ Talla: < -1 DE: Riesgo De Desnutrición Aguda

Peso/ Edad: < -2 DE Desnutrición Global

Talla/Edad: < -2 Retraso En Talla

Recomendaciones generales:

Teniendo en cuenta que persiste el diagnóstico de: **RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA, SIN SIGNOS CLÍNICOS**, se recomienda remitir al sector salud para recibir la atención requerida de acuerdo a su estado nutricional.

VERENA ARIAS
COORDINADORA UDS# 4

KIARA DOMINGUEZ GIL
NUTRICIONISTA DIETISTA

Dirección: Cra. 11 18 – 66. Barrio Olaya
Teléfono: 3218867571
Correo Electrónico: mildiasmagangue@gmail.com
Magangué - Bolívar.