SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *: Departamento 13 | Municipio 244 | Código | Sub-Indice

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: fundación Saber ser

1.2 Nombre del evento *: Desnutrición Aguda Moderada | Código del evento: 113

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 17/04/2024

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *: (X) RC ( ) TI ( ) CC ( ) CE ( ) PA ( ) MS ( ) AS ( ) PE ( ) CN ( ) CD ( ) SC ( ) DE ( ) PT

2.2 Número de identificación *: 1138684061

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: Thiago De Jesús Silva Arcia

2.4 Teléfono *:

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 27/04/2022

2.6 Edad *: 1

2.7 Unidad de medida de la edad *: (1) 1. Años ( ) 2. Meses ( ) 3. Días ( ) 4. Horas ( ) 5. Minutos ( ) 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombiano | Código

2.9 Sexo *: (M) M. Hombre ( ) F. Mujer ( ) I. Indeterminado

2.10 Identidad de género: (1) 1. Hombre ( ) 2. Mujer ( ) 3. Hombre trans ( ) 4. Mujer trans ( ) 5. Otra Cuál otra? ____

2.11 Orientación sexual: ( ) 1. Heterosexual ( ) 2. Gay/Lesbiana ( ) 3. Bisexual ( ) 4. Otra Cuál otra? ____

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Colombia | País

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Bolívar | El Carmen de Bolívar | Departamento 13 | Municipio 244

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *: (1) 1. Cabecera municipal ( ) 2. Centro poblado ( ) 3. Rural disperso

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso:

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso: Código | los Almendros

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso:

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia: Código

2.19 Ocupación del paciente *: Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior | Código

2.20 Tipo de régimen en salud *: ( ) P. Excepción ( ) C. Contributivo ( ) N. No Asegurado ( ) E. Especial (S) S. Subsidiado ( ) I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: Nueva Eps | Código

2.22 Pertenencia étnica *: ( ) 1. Indígena Grupo étnico ____ ( ) 2. Rom, Gitano ( ) 3. Raizal ( ) 4. Palenquero ( ) 5. Negro, mulato afro colombiano ( ) 6. Otro

2.23 Estrato:

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *:

- [ ] Personas en condición de discapacidad
- [ ] Migrantes
- [ ] Gestantes — Semanas de gestación
- [X] Población infantil a cargo del ICBF
- [ ] Desmovilizados
- [ ] Víctimas de violencia armada
- [ ] Desplazados
- [ ] Personas privadas de la libertad
- [ ] Habitantes de la calle
- [ ] Madres comunitarias
- [ ] Centros psiquiátricos
- [ ] Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente: (1) 1. Notificación rutinaria ( ) 2. Búsqueda activa Inst. ( ) 3. Vigilancia Intensificada ( ) 4. Búsqueda activa com. ( ) 5. Investigaciones

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Colombia – Bolívar – El Carmen de Bolívar | País | Departamento 13 | Municipio 244

3.3 Dirección de residencia *: los Almendros - sector Gambutico

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa):

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa):

3.6 Clasificación inicial de caso *: ( ) 1. Sospechoso ( ) 2. Probable ( ) 3. Conf. por laboratorio ( ) 4. Conf. Clínica ( ) 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *: ( ) Sí (No) No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa):

3.9 Condición final *: (1) 1. Vivo ( ) 2. Muerto ( ) 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa):

3.11 Número certificado de defunción:

3.12 Causa básica de muerte:

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *: Belinda Pardo Martínez

3.14 Teléfono del profesional *: 3046097829

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso:

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa):

Powered by CamScanner

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 113. Desnutrición aguda en menores de 5 años

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información **LEY 1273/09 y 1266/09**

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
Thiago DeJesus Silva Arcia	R.C.	1138684061

5. DATOS DE LA MADRE O CUIDADOR

5.1 Primer nombre	5.2 Segundo nombre	5.3 Primer apellido	5.4 Segundo apellido
Viviana	Del Carmen	Arcia	Zapata

5.5 Tipo de ID* O RC O TI ● CC O CE O PA O MS O AS O PE O PT

5.6 Número de identificación 1102586976

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | PT: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

5.7 Nivel educativo de la madre o cuidador
O 1. Primaria O 2. Secundaria O 3. Técnica O 4. Universitaria O5. Ninguno

5.8 Número hijos < 5 años [ ]

6. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES

6.1 Peso al nacer	6.2 Talla al nacer	6.3 Edad gestacional al nacer	6.4 Tiempo que recibió leche materna
1430 g	[ ] cm	[ ] semanas	[ ] meses

6.5 Edad inicio alimentación complementaria	6.6 Inscrito a crecimiento y desarrollo	6.7 ¿Esquema de vacunación completo a la edad?	6.7.1 Referido por carné de vacunación
[ ]	X 1. Sí o 2. No	X 1. Sí o 2. No o 3. Desconocido	o 1. Sí X 2. No

6.8 Peso actual (*sin ajuste a la formula*)	6.9 Talla actual	6.10 Circunferencia media del brazo (≥ 6cm y ≤ 30cm) *Mayores de 6 meses hasta 59 meses*	6.11 Resultado de la prueba de apetito *Mayores de 6 meses*
07.9 Kg	076.0 cm	13.5 cm	O 1. Positiva O 3. No se realizó O 2. Negativa

7. SIGNOS CLÍNICOS

7.1 ¿Edema?	7.2 ¿Desnutrición emaciación o delgadez visible?	7.3 ¿Piel reseca o áspera?	7.4 ¿Hipo o hiperpigmentación de la piel?
o1. Sí X 2. No	X 1. Sí o2. No	o1. Sí X 2. No	o1. Sí X 2. No

7.5 ¿Cambios en el cabello?	7.6 ¿Anemia detectada por palidez palmar o de mucosas?
X 1. Sí o2. No	o1. Sí X 2. No

8. RUTA DE ATENCIÓN

8.1 Activación ruta de atención	8.2 Tipo de atención suministrada
X 1. Sí o2. No	o1. Intrahospitalaria X 2. Comunitaria

8.3 Diagnóstico médico [ ]

Correo: sivigila@ins.gov.co

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SABER SER
NIT.806015985-9

Alcaldía de El Carmen de Bolívar
Sistema de gestión documental
VENTANILLA UNICA DE CORRESPONDENCIA
Radicado E2024043087 **Clave** PE28
Fecha y Hora 2024-04-30 3:33 p. m.
Destinatario SECRETARIA DE SALUD
Tipo Notificacion **Folio** 2 DOS
Pagina www.elcarmen-bolivar.gov.co

BIENESTAR FAMILIAR

El Carmen de Bolívar, Abril 2024

SEÑORES:
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

E. S. D

Asunto: *Remisión de casos de malnutrición primera toma antropométrica*

Cordial Saludo.

Teniendo en cuenta que la Primera Infancia se constituye en una de las etapas esenciales del ser humano, en las que se establecen las bases primarias del desarrollo integral, que tributa hacia un adecuado crecimiento e intelecto de la persona, se hace necesario fortalecer acciones encaminadas hacia el efectivo desarrollo de los niños y niñas del Carmen de Bolívar, Departamento de Bolívar.

La Fundación Saber Ser se encuentra desarrollando labores en El Municipio de El Carmen de Bolívar a través de la Modalidad Desarrollo Infantil en Medio Familiar DIMF desde el 28 de febrero del 2024, trabajamos en coordinación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) bajo el contrato Nº13002502024, de conformidad con los lineamientos técnicos del manual operativo.
Por tal motivo me permito dirigirme a usted con el fin de tener apoyo, y que de manera oportunidad nos respondan y anexen las acciones que se estén realizando en pro del mejoramiento nutricional de los niños y niñas remitidos por malnutrición.
De antemano agradecemos la atención prestada, conociendo su compromiso por el bienestar de nuestros niños y niñas en malnutrición.

Agradecemos su pronta respuesta.
Atentamente:

Belinda Pardo Martínez

ALEXANDER BAÑOS CORREA
Representante legal
Modalidad Desarrollo en Medio Familiar DIMF

BELINDA PARDO MARTINEZ
Nutricionista DIMF
Bendiciones Los Ángeles

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SABER SER
NIT.806015985-9

mutualser
Atención sin tanta vuelta
30 ABR. 2024
Jolieth Vargas
RECIBIDO
Hora: 03:19pm

El Carmen de Bolívar, Abril 2024

SEÑORES:
MUTUAL SER EPS

E. S. D

Asunto: *Remisión de casos de malnutrición primera toma antropométrica*

Cordial Saludo.

Teniendo en cuenta que la Primera Infancia se constituye en una de las etapas esenciales del ser humano, en las que se establecen las bases primarias del desarrollo integral, que tributa hacia un adecuado crecimiento e intelecto de la persona, se hace necesario fortalecer acciones encaminadas hacia el efectivo desarrollo de los niños y niñas del Carmen de Bolívar, Departamento de Bolívar.

La Fundación Saber Ser se encuentra desarrollando labores en El Municipio de El Carmen de Bolívar a través de la Modalidad Desarrollo Infantil en Medio Familiar DIMF desde el 28 de febrero del 2024, trabajamos en coordinación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) bajo el contrato Nº13002502024, de conformidad con los lineamientos técnicos del manual operativo.
Por tal motivo me permito dirigirme a usted con el fin de tener apoyo, y que de manera oportunidad nos respondan y anexen las acciones que se estén realizando en pro del mejoramiento nutricional de los niños y niñas remitidos por malnutrición.
De antemano agradecemos la atención prestada, conociendo su compromiso por el bienestar de nuestros niños y niñas en malnutrición.

Agradecemos su pronta respuesta.
Atentamente:

Belinda Pardo Martínez

ALEXANDER BAÑOS CORREA
Representante legal
Modalidad Desarrollo en Medio Familiar DIMF

BELINDA PARDO MARTINEZ
Nutricionista DIMF
Bendiciones Los Ángeles

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 30983541-9

NUIP 1138684061

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63804214

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código
X						D Q D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SUCRE - SINCELEJO ESPECIAL CL.SANTAMARIA **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SILVA **********	ARCIA **********

Nombre(s)

THIAGO DE JESUS **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ABR Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - SUCRE - SINCELEJO **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	17297157-2 *********

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARCIA ZAPATA VIVIANA DEL CARMEN **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1102586976 **********	COLOMBIA *********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SILVA VILLA CRISTIAN DE JESUS **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1102861816 **********	COLOMBIA *********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SILVA VILLA CRISTIAN DE JESUS **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1102861816 **********	Cristian Silva V.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2022 Mes MAY Día 02	HERNANDO CRISTO PEREZ MENDIVIL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Cristian Silva V. Firma	HERNANDO CRISTO PEREZ MENDIVIL Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 338; OTRO:SE OMITEN HUELLAS DE ACUERDO AL CIRCULAR 037 DE 2020;02/05/2022

Powered by CamScanner

Mis controles

Escribe aquí los datos significativos de la salud del niño o niña

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	PC	Próximo Control	Responsable del Control
7:uu 21-03-24	22 mes	8 kg	77	47	ok	Jaubeth
10:u 18-06-24						

Observaciones: _____

_____

Interconsultas: _____

_____



MIS DATOS

mi nombre completo es:

Silva Arus Thiago dej

Mi Número de Registro Civil es: 113868 40

Nací en la ciudad de: El Cu BQ

El Día: 27 del Mes: 04 del Año: 22-

Mi tipo y grupo sanguíneo es: _____ Mi EPS es: N EPS:

Mi mamá se llama: _____ Teléfono: _____

Mi papá se llama: _____ Teléfono: _____

B. Gonzale.



Powered by CamScanner

CARNET DE VACUNACIÓN

Fecha:
Página:

NOMBRE: Thiago De Jesus Silva Arcia REGISTRO CIVIL: 1138684061

EDAD	ME PROTEGE DE:	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	NUMERO DE LOTE	IPS VACUNADORA	FECHA PROXIMA CITA
RECIEN NACIDO	Lactancia materna exclusiva	Si / No					
	Tuberculosis b.c.g.	Única	25 05 22	Serum	0770HN091	CSM	
	Hepatitis b	Recién nacido	28 04 22	Serum	0721/0123	CSM	
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si / No					
	Polio (IM)	1ª	07 10 22	B. Iman	2146003	Salud	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetáno (DPT)	1ª	07 10 22	Serum	28514020A	Salud	
	Rotavirus Pendiente.	1ª	Pendiente.				
	Neumococo	1ª	02 10 22	Glaxo	A2RNB342AB	Salud	
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si / No					
	Polio (Oral – IM)	2ª	07 12 22	Bilthoven	214014	Santos	7 12 22
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetáno (DPT)	2ª	07 12 22	Serum	285XOLIOD	Santos	
	Rotavirus	2ª	/ /	/	/	/	/
	Neumococo 10. Pendiente	2ª	07 12 22	Glaxo	A2RNB34LAA	Santos	
6 Meses	Continúe con la lactancia materna hasta que cumpla 2 años e inicie alimentación complementaria nutritiva						
	Polio (Oral – IM) IV	3ª	14 03 24	Bilthoven	2233006	ESE Giovanni	10-23
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetáno (DPT)	3ª	14 03 24	Serum	2852401K	ESE Giovanni	
	Influenza P MAYO	1ª					
7 Meses	Influenza	2ª					
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	14 03 24	Serum	0132N005A	ESE Giovanni	
	Varicela	1ª	14 03 24	Merck	X019175	ESE Giovanni	
	Neumococo 13	Refuerzo	14 03 24	Pfizer	FY9923	ESE Giovanni	
	Influenza	Anual					
	Hepatitis A	Única	14 03 24	MSD	X002772	ESE Giovanni	
18 Meses	Difteria - Tosferina Tétano (DPT)	1° Refuerzo					
	Fiebre Amarilla	1°					
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo					
5 años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					
	Difteria - Tosferina Tétano (DPT)	2° Refuerzo					
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo					
Niñas de 9 años o más	VPH	1ª					
	VPH	2ª					
	VPH	3ª					
Vacunas Complementarias y otras dosis	Sarampión R.		14 01 24				

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA — Salud — Instituto Nacional de Salud — SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La Ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *: Departamento 13 | Municipio 244 | Código | Sub-Índice

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *: Fundación Saber ser

1.2 Nombre del evento *: Desnutrición Aguda Moderada — Código del evento: 113

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *: 17/04/2024

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *: (X) RC ( ) TI ( ) CC ( ) CE ( ) PA ( ) MS ( ) AS ( ) PE ( ) CN ( ) CD ( ) SC ( ) DE ( ) PT

2.2 Número de identificación *: 1140716128

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *: Joshua David Noboa Anol

2.4 Teléfono *: 3116656655

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 29/08/2023

2.6 Edad *: 7

2.7 Unidad de medida de la edad *: ( ) 1. Años ( ) 3. Días ( ) 5. Minutos (X) 2. Meses ( ) 4. Horas ( ) 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *: Colombiano — Código

2.9 Sexo *: (X) M. Hombre ( ) I. Indeterminado ( ) F. Mujer

2.10 Identidad de género: (X) 1. Hombre ( ) 3. Hombre trans ( ) 5. Otra ( ) 2. Mujer ( ) 4. Mujer trans — Cuál otra? _____

2.11 Orientación sexual: ( ) 1. Heterosexual ( ) 3. Bisexual — Cuál otra? _____ ( ) 2. Gay/Lesbiana ( ) 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *: Colombia — País

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *: Bolívar / El Carmen de Bol — Departamento 13 | Municipio 244

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *: (X) 1. Cabecera municipal ( ) 3. Rural disperso ( ) 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso — Código: Las Palmas

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia — Código

2.19 Ocupación del paciente * (Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior) — Código

2.20 Tipo de régimen en salud *: ( ) P. Excepción ( ) C. Contributivo ( ) N. No Asegurado ( ) E. Especial (X) S. Subsidiado ( ) I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *: Mutual ser — Código

2.22 Pertenencia étnica *: ( ) 1. Indígena — Grupo étnico _____ ( ) 2. Rom, Gitano ( ) 3. Raizal ( ) 4. Palenquero ( ) 5. Negro, mulato afro colombiano ( ) 6. Otro

2.23 Estrato

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *

- ( ) Personas en condición de discapacidad
- ( ) Migrantes
- ( ) Gestantes
- (X) Población infantil a cargo del ICBF
- ( ) Desmovilizados
- ( ) Víctimas de violencia armada
- ( ) Desplazados
- ( ) Personas privadas de la libertad
- ( ) Habitantes de la calle
- ( ) Madres comunitarias
- ( ) Centros psiquiátricos
- ( ) Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente: (X) 1. Notificación rutinaria ( ) 4. Búsqueda activa com. ( ) 2. Búsqueda activa Inst. ( ) 5. Investigaciones ( ) 3. Vigilancia Intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *: Colombia, Bolívar / El Carmen de Bolívar — País | Departamento 13 | Municipio 244

3.3 Dirección de residencia *

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

3.6 Clasificación inicial de caso *: ( ) 1. Sospechoso ( ) 3. Conf. por laboratorio ( ) 2. Probable ( ) 4. Conf. Clínica ( ) 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *: ( ) Sí (X) No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

3.9 Condición final *: (X) 1. Vivo ( ) 2. Muerto ( ) 0. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *: Belinda Pardo Martínez

3.14 Teléfono del profesional *: 3046097824

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso: ( ) 0. No aplica ( ) 4. Conf. Clínica ( ) 6. Descartado ( ) D. Descartado por error de digitación ( ) 3. Conf. por laboratorio ( ) 5. Conf. nexo epidemiológico ( ) 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA — Instituto Nacional de Salud — SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 113. Desnutrición aguda en menores de 5 años

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
Joshua David Novoa final	RC	1140716128

5. DATOS DE LA MADRE O CUIDADOR

5.1 Primer nombre	5.2 Segundo nombre	5.3 Primer apellido	5.4 Segundo apellido
Kely	Johana	Final	Oliveira

5.5 Tipo de ID* O RC O TI X CC O CE O PA O MS O AS O PE O PT — **5.6 Número de identificación:** 1235050353

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | PT: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

5.7 Nivel educativo de la madre o cuidador: O 1. Primaria O 2. Secundaria O 3. Técnica O 4. Universitaria O 5. Ninguno

5.8 Número hijos < 5 años: [ ]

6. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES

6.1 Peso al nacer	6.2 Talla al nacer	6.3 Edad gestacional al nacer	6.4 Tiempo que recibió leche materna
2650 g	48 cm	[ ] semanas	[ ] meses

6.5 Edad inicio alimentación complementaria	6.6 Inscrito a crecimiento y desarrollo	6.7 ¿Esquema de vacunación completo a la edad?	6.7.1 Referido por carné de vacunación
[ ]	X 1. Sí o 2. No	o 1. Sí X 2. No o 3. Desconocido	o 1. Sí X 2. No

6.8 Peso actual (sin ajuste a la formula)	6.9 Talla actual	6.10 Circunferencia media del brazo (≥ 6cm y ≤ 30cm) Mayores de 6 meses hasta 59 meses	6.11 Resultado de la prueba de apetito Mayores de 6 meses
06.1 Kg	065.3 cm	13.5 cm	X 1. Positiva O 3. No se realizó O 2. Negativa

7. SIGNOS CLÍNICOS

7.1 ¿Edema?	7.2 ¿Desnutrición emaciación o delgadez visible?	7.3 ¿Piel reseca o áspera?	7.4 ¿Hipo o hiperpigmentación de la piel?
O 1. Sí X 2. No	X 1. Sí O 2. No	O 1. Sí X 2. No	O 1. Sí X 2. No

7.5 ¿Cambios en el cabello?	7.6 ¿Anemia detectada por palidez palmar o de mucosas?
o 1. Sí X 2. No	O 1. Sí X 2. No

8. RUTA DE ATENCIÓN

8.1 Activación ruta de atención	8.2 Tipo de atención suministrada
X 1. Sí O 2. No	O 1. Intrahospitalaria X 2. Comunitaria

8.3 Diagnóstico médico: [ ] [ ]

Correo: sivigila@ins.gov.co

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SABER SER
NIT.806015985-9

Alcaldía de El Carmen de Bolívar
Sistema de gestión documental
VENTANILLA UNICA DE CORRESPONDENCIA
Radicado E2024043087 **Clave** PE28
Fecha y Hora 2024-04-30 3:33 p. m.
Destinatario SECRETARIA DE SALUD
Tipo Notificacion **Folio** 2 DOS
Pagina www.elcarmen-bolivar.gov.co

BIENESTAR FAMILIAR

El Carmen de Bolívar, Abril 2024

SEÑORES:
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

E. S. D

Asunto: *Remisión de casos de malnutrición primera toma antropométrica*

Cordial Saludo.

Teniendo en cuenta que la Primera Infancia se constituye en una de las etapas esenciales del ser humano, en las que se establecen las bases primarias del desarrollo integral, que tributa hacia un adecuado crecimiento e intelecto de la persona, se hace necesario fortalecer acciones encaminadas hacia el efectivo desarrollo de los niños y niñas del Carmen de Bolívar, Departamento de Bolívar.

La Fundación Saber Ser se encuentra desarrollando labores en El Municipio de El Carmen de Bolívar a través de la Modalidad Desarrollo Infantil en Medio Familiar DIMF desde el 28 de febrero del 2024, trabajamos en coordinación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) bajo el contrato Nº13002502024, de conformidad con los lineamientos técnicos del manual operativo.
Por tal motivo me permito dirigirme a usted con el fin de tener apoyo, y que de manera oportunidad nos respondan y anexen las acciones que se estén realizando en pro del mejoramiento nutricional de los niños y niñas remitidos por malnutrición.
De antemano agradecemos la atención prestada, conociendo su compromiso por el bienestar de nuestros niños y niñas en malnutrición.

Agradecemos su pronta respuesta.
Atentamente:

Belinda Pardo Martínez

ALEXANDER BAÑOS CORREA
Representante legal
Modalidad Desarrollo en Medio Familiar DIMF

BELINDA PARDO MARTINEZ
Nutricionista DIMF
Bendiciones Los Ángeles

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN SABER SER
NIT.806015985-9

mutualser
Atención sin tanta vuelta
30 ABR. 2024
Jolieth Vargas
RECIBIDO
Hora: 03:19pm

El Carmen de Bolívar, Abril 2024

SEÑORES:
MUTUAL SER EPS

E. S. D

Asunto: *Remisión de casos de malnutrición primera toma antropométrica*

Cordial Saludo.

Teniendo en cuenta que la Primera Infancia se constituye en una de las etapas esenciales del ser humano, en las que se establecen las bases primarias del desarrollo integral, que tributa hacia un adecuado crecimiento e intelecto de la persona, se hace necesario fortalecer acciones encaminadas hacia el efectivo desarrollo de los niños y niñas del Carmen de Bolívar, Departamento de Bolívar.

La Fundación Saber Ser se encuentra desarrollando labores en El Municipio de El Carmen de Bolívar a través de la Modalidad Desarrollo Infantil en Medio Familiar DIMF desde el 28 de febrero del 2024, trabajamos en coordinación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) bajo el contrato Nº13002502024, de conformidad con los lineamientos técnicos del manual operativo.
Por tal motivo me permito dirigirme a usted con el fin de tener apoyo, y que de manera oportunidad nos respondan y anexen las acciones que se estén realizando en pro del mejoramiento nutricional de los niños y niñas remitidos por malnutrición.
De antemano agradecemos la atención prestada, conociendo su compromiso por el bienestar de nuestros niños y niñas en malnutrición.

Agradecemos su pronta respuesta.
Atentamente:

Belinda Pardo Martínez

ALEXANDER BAÑOS CORREA
Representante legal
Modalidad Desarrollo en Medio Familiar DIMF

BELINDA PARDO MARTINEZ
Nutricionista DIMF
Bendiciones Los Ángeles

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
35115325-9

240032090

NUIP 1140716128

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 240032090

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	T	R
X									

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - BOLIVAR - EL CARMEN DE BOLIVAR EL CARMEN DE BOLIVAR HOSP NTRA SRA DEL CARMEN **

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NOVOA **********	FINOL **********

Nombre(s)

JOSHUA DAVID **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes AGO Día 29	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - BOLIVAR - EL CARMEN DE BOLIVAR **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	23081710625474 ******

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

FINOL OLIVERA KELY JOHANA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1235050353 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

NOVOA DE ORO JORGE DAVID **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1002344316 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NOVOA DE ORO JORGE DAVID **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1002344316 **********	Jorge Novoa

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2023 Mes AGO Día 30	LUIS MIGUEL GUTIERREZ PEREZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Jorge Novoa Firma	LUIS MIGUEL GUTIERREZ PEREZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 1; FOLIO 247;30/08/2023

Powered by CamScanner

¡Recuerda!

Después de la vacuna...

- Evita tocar el sitio de aplicación y mantenlo limpio.
- No apliques ningún producto en la zona donde se colocó la vacuna.
- Limpia suavemente con agua y jabón, durante el baño diario.
- Garantiza la lactancia materna y si el niño es mayor de 6 meses, aumenta el consumo de líquidos.
- Guarda el carné de vacunación y llévalo a todas las consultas de salud del niño.
- Asiste puntualmente para completar el esquema de vacunación y llévalo siempre a los controles del Programa de Salud Infantil de Nueva EPS.

Los efectos secundarios de las vacunas son pocos, pasajeros, de mínima importancia (si se comparan con las enfermedades que previenen) y usualmente no duran más de dos días; esto se debe a que la vacuna actúa creando anticuerpos para combatir virus o bacterias y prevenir futuras infecciones. No se requiere tener cuidados especiales posteriores a la vacunación, sin embargo, se debe estar alerta para actuar en caso de presentarse alguna reacción.

Si crees que el niño tiene fiebre

Si el niño ha estado molesto después de la vacunación o tiene la pierna o brazo hinchado, caliente o rojo

SE RECOMIENDA

Tomarle la temperatura usando un termómetro.

Si el niño tiene una temperatura por encima de 37.5°C (axilar):

1. Vestirlo con ropa ligera.
2. Sigue las recomendaciones que te dieron en la IPS sobre el uso de medicamentos como acetaminofén u otros. No debes usar aspirina, ni medicar a tu bebé.

1. Aplicar una toallita limpia mojada con agua fresca en la parte adolorida, para aliviar la molestia.
2. Sigue las recomendaciones que te dieron en la IPS sobre el uso de medicamentos como acetaminofén u otros. No debes usar aspirina, ni medicar a tu bebé.

Signos de alarma

1. Si te preocupa la forma como el niño se siente o luce.
2. Si el niño está pálido o sin fuerzas.
3. Si el niño ha estado llorando por más de tres horas y no para de llorar.
4. Si el niño está tembloroso, agitado o dando sacudidas.
5. Si el niño está notablemente menos activo.

Si persisten o aumentan los síntomas después de 24 horas, o aparece secreción o pus, consulta al servicio de salud.

Consulta inmediatamente al servicio de salud.

Valoración integral de la salud y el desarrollo

En esta sección debes solicitar el registro de los resultados de las valoraciones del crecimiento y desarrollo de tu hijo, y estar atento al cumplimiento de las citas según la edad.

Rango de Edad	Fecha atención DD	MM	AA	Edad Años	Meses	Días	Valoración crecimiento Peso (KG)	Talla (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Perímetro braquial (cm)	Clasificación Nutricional	Valoración desarrollo Motricidad gruesa	Motricidad fina/adaptativa	Audición y lenguaje	Personal social	Test Goodenough Edad mental	Apgar familiar	Próximo control DD	MM	AA	Observaciones
0 a 1 Mes (Medicina)	10	10	23		1	30	4 kg	51 cm	38 cm	14 cm	15.1	✓	✓			✓		22	12	23	2 PM + BNF
2 a 3 Meses (Enfermería)																					
4 a 5 Meses (Medicina)																					
6 a 8 Meses (Enfermería)																					
9 a 11 Meses (Enfermería)																					
12 a 17 Meses (Medicina)																					
18 a 23 Meses (Enfermería)																					
24 a 29 Meses (Medicina)																					
30 a 35 Meses (Enfermería)																					
3 Años (Medicina)																					
4 Años (Enfermería)																					
5 Años (Medicina)																					
6 Años (Medicina)																					
7 Años (Enfermería)																					
8 Años (Medicina)																					
9 Años (Enfermería)																					
10 Años (Medicina)																					
11 Años (Enfermería)																					

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: JOSHUA DAVID [illegible] Tipo identificación: RC No. Id: 1140716120

Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
		Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	29	08	2023	Serum	03721AA077	ESE HUSE				Ana Ortega
Hepatitis B	Recién nacido	29	08	2023	Serum	03721Q018D	ESE HUSE				Ana Ortega
		Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
Poliomielitis (VIP)	1.ª	02	11	2023	Biltoven	220856	est Gevany	[illegible]			leidy Villamil
PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	02	11	2023	Serum	2685294004	est Gevany				leidy villamil
PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	02	11	2023	Serum	2685294004	est Gevany	21	10	2023	leidy villamil
PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	02	11	2023	Serum	2685294004	ese Gevany				leidy villamil
Diarrea por rotavirus	1.ª	02	11	2023	GSK Biological	A26010946A B	ese Gevany				leidy villamil
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	02	11	2023	PFIZER	FY9423	ese Gevany				leidy villamil
		Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
Poliomielitis (VIP)	2.ª							02	01	24	
PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª										
PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª										
PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª										
Diarrea por rotavirus	2.ª										
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª										
		Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
Poliomielitis (VIP)	3.ª										
PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª										
PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª										
PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª										
Influenza estacional	1.ª										
Influenza estacional	2.ª										
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª										
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
Varicela	2.ª										
Hepatitis A	Única										
Influenza estacional	Anual										
Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo										
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo										
Fiebre amarilla	Única										
Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª										
Varicela	Refuerzo										
Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
	2.ª										
	3.ª										

materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner