FORMATO ÚNICO DE REMISIÓN A SALUD

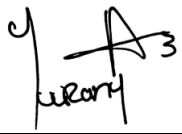
FECHA DE REMISIÓN: **DÍA** 09 **MES** Junio **AÑO** 2020		**SERVICIO DEL ICBF QUE REMITE:** DIMF UDS Pequeños traviesos	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Johan Sebastián Calderón Lucitante		TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Sin documento NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: NA	
DISCAPACIDAD: Sí ____ No___X___ ¿Cuál?			
SEXO: Masculino	FECHA DE NACIMIENTO: 28/02/2019	EDAD (años, meses): 1 Año, 3 Meses	
NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR: Yanela Nicol Calderón Lucitante	TIPO ID: CC Ecuador	NÚMERO DE ID: 210114352-3	
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: Vereda Puerto Bello	NÚMERO DE TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO: 3235051611		
EAPB ASEGURADORA: NO AFILIADO			

Fecha de valoración:	Peso (Kg)	Talla (cm)	Clasificación antropométrica
09/03/2020	8	75	DESNUTRICION AGUDA MODERADA

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

Mediante la valoración antropométrica realizada el día 09 de marzo de 2020, se identificó que el menor se encuentra de acuerdo al indicador P/T en < -2 a ≥ -3 desviaciones estándar, dando un diagnostico nutricional de DESNUTRICÓN AGUDA MODERADA. Por lo cual, se ve en la necesidad de realizar remisión a la entidad de salud para garantizar una atención integral y oportuna.

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_X_ No__
¿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: **Jurany Andrea Andrade Armero** **Número de MND: 1126456203**	**Firma:** 
Nombre de la persona que atiende la remisión en la IPS: **Cargo:**	**Firma:**

RESERVADA