Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900.192.801-0

FORMATO SEGUIMIENTO CASOS DE IMPORTANCIA EN SALUD

Lugar y Fecha: 06/05/26.
Nombre del Beneficiario: Evangeline Cabrera Cruz
Doc. Identidad: 1.079.413.911 **Edad:** 1 año.
Dirección de Residencia: Tesalia **Teléfono:**
Nombre del Padre, Madre o Cuidador: Maria Cruz
Unidad de Atención: La fraternidad.

Datos antropométricos iniciales (primera toma):
Fecha de valoración: _____
Peso: _____ **talla:** _____
Clasificación P/T: _____

Datos antropométricos actuales:
Fecha de valoración: 06/05/26.
Peso: 7.9 Kg **talla:** 72.3
Clasificación P/T: peso adecuado para la talla

Descripción de la Situación Encontrada:
Se realiza seguimiento al estado nutricional de la participante, se observa en buenas condiciones de salud, muy energica, sonriente y participativa en las actividades realizadas en la unidad, la madre refiere que ha mantenido buen apetito, esta comiendo debidamente en casa. sus 3 tiempos de comida y sus meriendas. se identifica que llegó a su peso adecuado.

Acciones Adelantadas
- Se realiza toma de peso, talla y Perimetro braquial.
- Se realiza educación nutricional sobre alimentos altos en contenido de fibra.

NOMBRE Y FIRMA DE ACUDIENTE	Maria Cruz.
NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL SALUD Y NUTRICION	Yuriela Tapia G.

Dirección Calle 4 2 E 52 Conjunto Reserva de los Lagos. Oficina 101- Pitalito Tel: 3205984949
Correo electrónico: Corhuellasamorvida@gmail.com

Scanned with CamScanner