## ANEXO No. 6. SUBMODALIDAD RECUEPRACIÓN NUTRICIONAL CON ÉNFASES EN LOS PRIMEROS MIL DÍAS

## REMISIÓN A INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD PERTENECIENTE AL SGSSS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA DE REMISIÓN:  DÍA \_\_\_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_\_\_ | NOMBRE DE LA ENTIDAD A DONDE SE REMITE EL NIÑO (A): | |
| NOMBRE DEL OPERADOR: | MUNICIPIO: | DEPARTAMENTO: |

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO (A):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:** | | **REGISTRO CIVIL NUMERO:** | |
| **SEXO: FEM MASC** | **FECHA DE NACIMIENTO: dd/mm/aaaa** | | **EDAD COMPLETA:** |
| **NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR:** | | **IDENTIFICACIÓN CC#:** | |
| **DIRECCIÓN DEL DOMICILIO, BARRIO, VEREDA:** | | **TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO:** | |
| **AFILIACIÓN AL SGSSS (Marque con una X)**  **Contributivo Subsidiado Régimen Especial Vinculado**  **Nombre de EPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |

1. **DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL** (Resumen de situación nutricional y observación en visita domiciliaria si se realizó)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **MOTIVO DE REMISIÓN** (Resumen patología detectada que amerita la necesidad de remisión a institución de salud)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Nutricionista remitente y Firma:** | **Nombre y firma del Médico y Especialidad que acepta la Remisión del niño (a) en la institución perteneciente al SGSSS:** |