## ANEXO No. 2

## REMISIÓN A INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD PERTENECIENTE AL SGSSS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA DE REMISIÓN:  DÍA \_\_\_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_\_\_ | NOMBRE DE LA ENTIDAD RECEPTORA DEL NIÑO (A): | |
| NOMBRE DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: | MUNICIPIO: | DEPARTAMENTO: |

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

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

1. **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA** (Nombre patologías asociadas a la desnutrición)

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

1. **EVOLUCIÓN EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL** (Descripción de evolución clínica y examen físico al momento de la remisión a la IPS)

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

1. **MANEJO EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL** (Describir manejo inicial, hidratación, control de signos vitales y del estado de consciencia, control de la fiebre, etc)

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

1. **MOTIVO DE TRASLADO** (Patología asociada, valoración y tratamiento por medico perteneciente al SGSSS)

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Nombre del Medico Remitente, Firma y Sello Medico:** | **Nombre del Médico y Especialidad que acepta la Remisión del niño (a) en la IPS perteneciente al SGSSS:** |