**ANEXO No. 16: FORMATO DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO EN LA FASE II – CENTROS DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CRN :** | | | **DEPARTAMENTO:** | | | **MUNICIPIO:** |
| **CONTROL AMBULATORIO #:** | | | **FECHA:** | | |  |
| Nombres y Apellidos del niño/niña: | | | Edad:  Años \_\_\_\_\_Meses\_\_\_\_ | | | Sexo:  F M |
| Registro Civil: | Nombre y apellidos del Padre/Madre o acudiente: | | | | | Cedula de Ciudadanía: |
| Dirección de Domicilio del niño/niña: | | | | Móvil / Teléfono de Contacto: | | |
| **VALORACIÓN Y ATENCIÓN MEDICA** | | | | | | |
| Enfermedad actual: | | | | | | |
| Estado general y Hallazgos al Examen Físico: | | | | | | |
| Capacitaciones de promoción y prevención en salud: | | | | | | |
| Asiste a controles a crecimiento y desarrollo y vacunación : | | | | | | |
| **VALORACIÓN Y ATENCIÓN NUTRICIONAL:** | | | | | | |
| **Peso:** | | **Talla:** | | | **CMB:** | |
| **Clasificación nutricional del niño/niña:**  **Peso/edad:**  **Peso / Talla:**  **Talla/Edad:** | | | | | | |
| Compromisos cumplidos: | | | Compromisos por cumplir: | | | |
| Alimentación actual: | | | | | | |
| Recomendaciones nutricionales: | | | | | | |
| Recibió ración para preparar: si o no: | | | | | | |
| **VALORACIÓN Y ATENCIÓN SOCIAL Y FAMILIAR** | | | | | | |
| Compromisos cumplidos: | | | | | | |
| Nombre de la Capacitación del mes: | | | | | | |
| **CAPACITACIÓN DEL MES:** | | | | | | |
| TEMAS TRATADOS: | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: | | | | | | |