**FORMATO ÚNICO DE REMISIÓN A SALUD**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE REMISIÓN:****DÍA\_\_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_\_\_** | **SERVICIO DEL ICBF QUE REMITE:** |
| APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: | TIPO DE IDENTIFICACIÓN:  |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |
| DISCAPACIDAD:Sí \_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ ¿Cuál? |
| SEXO: | FECHA DE NACIMIENTO: | EDAD (años, meses): |
| NOMBRE DE LA MADRE/PADRE O CUIDADOR: | TIPO ID: | NÚMERO DE ID: |
| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO:BARRIO/CORREGIMIENTO/VEREDA: | NÚMERO DE TELÉFONO O MÓVIL DE CONTACTO: |
| EAPB ASEGURADORA: |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de valoración:** | **Peso (Kg)** | **Talla (cm)** | **Clasificación antropométrica** |
|  |  |  |  |

 |

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

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

|  |
| --- |
| **Antecedentes relevantes del estado de salud (última semana):** |
| VómitoSí\_\_ No\_\_ | DiarreaSí\_\_ No\_\_ | Gripa o tosSí\_\_ No\_\_ | Apetito pobreSí\_\_ No\_\_ |
| ¿Ha recibito tratamiento para la desnutrición aguda o deficiencias de micronutrientes en los últimos 6 meses? Sí\_\_ No\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del profesional en nutrición y dietética que remite:** **Número de MND:** | **Firma:** |
| **Nombre de la persona que atiende la remisión en la IPS:****Cargo:** | **Firma:** |