**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):** | | | |
| Vómito  Sí\_\_ No\_\_ | Diarrea  Sí\_\_ No\_\_ | Gripa o tos  Sí\_\_ No\_\_ | Apetito pobre  Sí\_\_ 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:** |