

Canalización a salud para participantes con desnutrición aguda moderada y severa

A. Información del participante																												
Fecha Remisión	DD/MM/AAAA			Tipo Participante	1	Niña o niño entre 6 meses y 11 meses			2	Niña o niño entre 1 y 2 años			3	Niña o niño entre 2 y 5 años														
Tipo de identificación	1	RC		2	PPT			3	SD			Número de documento de identidad																
Primer Nombre				Segundo Nombre						Primer Apellido				Segundo Apellido														
Género	1	Masculino		2	Femenino		Fecha de nacimiento			DD/MM/AAAA			Edad del participante															
Nombre Comuna				Barrio/Vereda			Dirección																					
Número de Teléfono				Número Celular																								
Régimen de afiliación	1	Contributivo		2	Subsidiado		3	PPNA		4	No Afiliado			Nombre EAPB														
B. Información del cuidador o responsable del participante																												
Primer Nombre del Cuidador					Segundo Nombre del Cuidador					Primer Apellido del Cuidador					Segundo Apellido del Cuidador													
Tipo de identificación	1	RC		2	TI		3	CC		4	CE		5	PPT		6	SD			Número de documento de identidad								
Parentesco del cuidador con el participante	1	Madre		2	Padre		3	Madrastro		4	Padrastro		5	Tío (a)		6	Abuelo(a)		Hermano(a)									
	8	Hermanastro(a)		9	Madrina		10	Padrino		11	Sobrino(a)		12	Primo(a)		Cuñado(a)												
	14	Otro Pariente		15	Madre sustituta		16	Padre sustituto																				
Número de Teléfono				Número Celular																								
C. Información de la Entidad Prestadora del Servicio																												
Nombre de la Entidad										Nombre de la Sede																		
Modalidad de atención																												
Nombre del coordinador(a) de la sede de atención																												
Teléfono de contacto coordinador(a)					Correo electrónico del coordinador(a)																							
D. Información Nutricional																												
Fecha valoración nutricional	DD/MM/AAAA			Peso (kg)	Estatura (cm)			Perímetro Braquial (cm)			Se registró el dato en el módulo administrativo para el reporte al SIVIGILA				1	Si		2	No									
Clasificación Nutricional - Indicador Peso/Talla										Clasificación Nutricional - Indicador Talla/Edad																		
E. Motivo de la canalización (Descripción de la situación)																												
F. Antecedentes relevantes del estado de salud (última semana)																												
Vómito	1	Si		2	No		Diarrea	1	Si		2	No		Gripe	1	Si		2	No		Tos	1	Si		2	No		
Disminución de apetito	1	Si		2	No		¿Ha recibido tratamiento para la desnutrición aguda o deficiencias de micronutrientes en los últimos 6 meses?										1	Si		2	No							
Tiene atención por diagnóstico en EPS	1	Si		2	No		Presenta alguna acción educativa o de activación de ruta por parte de la entidad prestadora del servicio, la familia o la entidad en salud (en los últimos 6 meses)										1	Si		2	No		1	Si		2	No	
En caso de responder Si a la anterior pregunta, describir acciones.																												
Otros factores asociados a la desnutrición	1	Falta de acceso a servicios públicos				2	Economía del hogar				3	Vivienda en lugares de difícil acceso																
	4	Negligencia en el cuidado				5	Condiciones prenatales				6	Falta de condiciones de saneamiento básico																
	7	Desplazamiento forzado				8	Condiciones emocionales				9	Discapacidad				10												
	11	¿Cuál Discapacidad?				Otra, ¿cuál?				12	Ninguna																	
G. Observaciones a la familia del participante																												
Datos del profesional en nutrición que canaliza																												
Número de cédula				Nombres y apellidos del profesional																								
Teléfono de contacto				Nro. Tarjeta Profesional				Firma de quien recibe la canalización																				