



Secretaría de Salud de Cundinamarca

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Ese Centro de Salud Fosca	
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Diego Alejandro Castro			EDAD	16 años
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Fosca			TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1077718833
TELÉFONO DE CONTACTO	32021179324			DIRECCIÓN	
TIPO ASESURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☒	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	TELÉFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	
	UNICUADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐		EPSEAPB	familiarizar
Grupos de riesgo según RIAS				Canalización Equipo Básico	SI ☐ NO ☒
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☒	Canalización servicios institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒

IPS DE ATENCIÓN: Ese Centro de Salud Fosca

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cita medicina General	4.
2. PYP	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Usuario refiere haber dejado contacto en el Centro de Salud para Cita prioritaria para Remisión con oftalmología pero no ha sido posible.

AUTORIZACIÓN

Yo Nilca Ester Rey Identificado (a) con CC número 20547079 por medio de mi firma SI ☒ NO ☐ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE		FIRMA	Nilca Ester Rey
CARGO		OCUPACIÓN	ama de casa
FIRMA		FIRMA	Nilca Ester Rey

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:

Apoyo técnico:

Fecha Elaboración