Gobernación Cundinamarca	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	07/11/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE fosca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Paola Dismar Hernandez	**EDAD:** 24 años		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	2498958 q
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca.			**DIRECCIÓN:**	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	3238639428			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	**EPS/EAPB**	Ninguno
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☒			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Programas sociales - Gestión	4.
2. Social	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

familia migrante, con tres integrantes menores de edad, y sus padres, con carencias económicas y vulneración de condiciones básicas o necesarias de habitación.

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	
NOMBRE	Mauren Rincon.
CARGO	Profesional entorno comunitario APS
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Paoles Dismar H.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	06/11/24		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE fosca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Isaura Gómez	**EDAD:** 68 años		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 20545731
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca.			**DIRECCIÓN:**	Quinchita
TELEFONO DE CONTACTO:	3028547090			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**	Nueva EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Centro día- programa social	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente en condición de discapacidad física, la cual requiere atención por parte de profesional de fisioterapia.

AUTORIZACIÓN

Yo Isaura Gómez. Identificado (a) con CC número 20545731 por medio de mi firma SI X NO ___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Mauren Rincón
CARGO	Profesional entorno comunitario APS
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO	
OCUPACIÓN	Ama de casa
FIRMA	Isaura G.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	29/10/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE Fosca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Diana Marcela Castro		**EDAD:** 30 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 1093164263
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca			**DIRECCIÓN:**	Quinchita.
TELEFONO DE CONTACTO:	3184262532.			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	famisanar.
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO X
Canalización equipos complementarios	SI NO X	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO X
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Coordinación PIC - Aseguramiento	4.
2. (cambio de IPS)	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Caso reportado por la IED Alfonso Pabón Pabón, donde las hijas de la Sra Diana refieren que ha presentado dos intentos de suicidio. Se realiza intervención por parte del equipo APS, pero la Sra indica que se cambiara de lugar de residencia el día 30 de octubre para el municipio San Antonio del Tequendama.

AUTORIZACIÓN

Yo Diana Marcela Castro Identificado (a) con CC número 1093164263 por medio de mi firma SI X NO autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Mauren Rincon
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVERAS

USUARIO CANALIZADO	
OCUPACIÓN	Avicultura
FIRMA	Diana Marcela C.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Cambio de IPS y notificación del caso al PIC del Municipio San Antonio del Tequendama.	05/11/2024.	ESE fosca -	Pilar Diaz.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación Cundinamarca	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	05/11/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE fosca.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Katherin Alejandra Barbosa.	**EDAD:**	26 años.	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	cc 1072720490
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca, cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	Vereda Yuca 1.
TELEFONO DE CONTACTO:	3219471392.			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			**EPS/EAPB**	famisanar.
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI / NO
Canalización equipos complementarios	SI / NO	Canalización servicios institucionales	SI X / NO	Canalización a servicios sociales	SI / NO
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Centro de salud: escucha.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

La mamá de la usuaria Alejandra, refiere que quiere que su hija. sea canalizada a centro de escucha, padece del sindrome de tumer.

AUTORIZACIÓN

Yo Alejandra Barbosa Identificado (a) con cc número 1072720490 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Maiden Rincon
CARGO	Profesional apoyo comunitario.
FIRMA	MAURER RINCON RIVERCS

USUARIO CANALIZADO	
OCUPACIÓN	Oficios varios
FIRMA	Alejandra R.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Psicologia.	07/11/2024	ESE fosca	Ruby Diaz

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	30/10/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE centro de salud fosca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Mary Luz Acosta Rey		**EDAD:**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 39730443
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca, cundinamarca.			**DIRECCIÓN:**	Vda. Sáname
TELEFONO DE CONTACTO:	3222914141			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**	famisanar.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Centro de escucha	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente que manifiesta requerir ayuda psicológica Por inestabilidad emocional.

AUTORIZACIÓN

Yo Mary Luz Acosta Rey Identificado (a) con CC número 39730443 por medio de mi firma SI [X] NO [ ] autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Mauren Rincon
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVERA

USUARIO CANALIZADO	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Maryluz Acosta.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Centro de escucha Psicologia	07/11/2024	ESE fosca	Ruby Diaz

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	06/11/2021.		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		ESE fosca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Blanca Leonor Garay de Agudelo	**EDAD:** 84 años		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	C.C. 41307193
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca, Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	Vereda Yuccal
TELEFONO DE CONTACTO:	3229215735			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	3132346331
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	famisanar.
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Centro de escucha	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulto mayor de sexo femenino, con fácil llanto, miedo a que sus familiares la abandonen sin razón aparente, y llera proceso de duelo por fallecimiento de varios familiares de forma seguida.

AUTORIZACIÓN

Yo Blanca leonor Garay. Identificado (a) con CC número 41307193 por medio de mi firma SI X NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Mauren Rincón
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Psicología Centro de escucha.	07/11/2021	ESE fosca	Ruby Diaz

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	05/11/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		E.S.E fosca.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Hector Hernando Velasquez.		**EDAD:**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 359777
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca, Cundinamarca			**DIRECCIÓN:**	Vereda ~~Jerusalen~~ Nare
TELEFONO DE CONTACTO:	3209432332.			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**	Nueva EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] NO [X]	Canalización a servicios sociales	SI [X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Centro día - Programas Sociales	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Familia que cuenta con 2 personas en condición de discapacidad, y se encuentran en situación de vulnerabilidad económica.

AUTORIZACIÓN

Yo Hernando Velasquez Identificado (a) con CC número 359777 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	
NOMBRE	Mauren Rincón
CARGO	Profesional entorno Comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVERA

USUARIO CANALIZADO	
OCUPACIÓN	
FIRMA	Hernando V.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Psicología.	09/11/2024	ESE fosca	Ruby Diaz.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	28/10/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		E.S.E. fosca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	Emmaliska Fuenmayor		**EDAD:** 34 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	Ppt Sosaleg
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca			**DIRECCIÓN:**	Vda. Sánome
TELEFONO DE CONTACTO:	3223139466			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	**EPS/EAPB**	No tiene.
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☒			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento en Salud -	4.
2. Coordinación PIC.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Familia migrante que no cuenta con aseguramiento en Salud Porque no han reclamado el PPT en físico y tienen 3 menores de edad.

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	Mauren Rincón		
CARGO	Profesional entorno comunitario	**OCUPACIÓN**	Oficios varios
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS	**FIRMA**	Emmaliska F.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	28/10/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		E.S.E. fosca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO :	emmaliska fuenmayor		**EDAD:** 34 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	PPT Sosaica
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca			**DIRECCIÓN:**	Vda. Sáname
TELEFONO DE CONTACTO:	3223139466			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☐	ESPECIAL ☐	**EPS/EAPB**	No tiene.
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☒			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Aseguramiento en Salud -	4.
2. Coordinación PIC.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Familia migrante que no cuenta con aseguramiento en salud porque no han reclamado el PPT en físico y tienen 3 menores de edad.

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	
NOMBRE	Mauren Rincón
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO	
OCUPACIÓN	Oficios varios
FIRMA	Emmaliska F.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	06/11/24		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		E.S.E. fosca
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	luz Marina Perez		**EDAD:** 63 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 20545989
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca.			**DIRECCIÓN:**	Quinchita.
TELEFONO DE CONTACTO:				**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	No tiene.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**	famisanar.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Médico general - mipres.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Mujer de 63 años con Dx de esquizofrenia, requiere actualización del mypres de pañales, pero, no puede asistir presencialmente a cita médica por su condición.

AUTORIZACIÓN

Yo luz Marina Perez Identificado (a) con ___ número _____ 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	
NOMBRE	Mauren Rincon
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO	
OCUPACIÓN	Ninguna.
FIRMA	No firma.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
		ESE fosca.	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Scanned with CamScanner

FECHA DE DIRECCIONAMIENTO: 24/10/2024	**MUNICIPIO:** Fosca
NOMBRES Y APELLIDOS: Adrian Alexis Acosta	
EDAD: 6 años	**TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:** R.C 1072720660
TELÉFONO: 3202521033	**DIRECCIÓN:** V. Potrero Alto.
SEXO: M.	**ASEGURADORA:** Nueva EPS

ENTIDADES A QUIÉN SE DIRIGE (MARQUE CON UNA X AL SERVICIO DIRECCIONADO)	
PSICOLOGÍA APS	
ICBF	
COMISARÍA DE FAMILIA	
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL	
ASEGURAMIENTO	
POLICÍA - POLICÍA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA	
DEFENSORÍA	
PERSONERÍA	
COMITÉ SPA	
COMITÉ DEL BUEN TRATO	X
EAPB	
IPS	
OTROS (PROGRAMAS SOCIALES, CULTURALES Y DEPORTES)	

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL MOTIVO DE DIRECCIONAMIENTO

Menor con posible Dx de autismo, se evidencia que no ha sido llevado a controles médicos, odontológicos, etc. Se solicita a la gerente de la ESE el apoyo para cita con medicina y así iniciar proceso para evidenciar la presencia del trastorno, y también verificar que sus derechos no se estén vulnerando, por parte de sus Padres.

NOMBRE DE QUIÉN REPORTA:	**NOMBRE DE QUIÉN RECIBE:**
FIRMA: Mauren Rincon Rivera	**FIRMA:**
CARGO: Profesional APS	**CARGO:**
TELÉFONO: 3138737360	**TELÉFONO:**
CORREO:	**CORREO:**

Scanned with CamScanner