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	11/12/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E. Centro de Salud Fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Leidy Viviana Barquero Sastoque	EDAD: 26 años		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1072720332 -
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	El Herrero
TELEFONO DE CONTACTO:	3143194034			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 [ ]	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

Persona en condición de discapacidad física y con Dx de Meningocele. Manifiesta a la auxiliar Miryam, que, hace unos meses tuvo una decepción amorosa y pensó en tomarse un veneno, pero no lo hizo, refiriendo que "hombres hay muchos". Referimos dicha ideación suicida para el respectivo seguimiento.

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	Maren Rincón	FIRMA	Leidy Viviana Barquero
CARGO	Profesional entorno comunitario	OCUPACIÓN	
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS	FIRMA	

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	11/12/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		E.S.E Centro de Salud fosca.
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Luz Marina Perez.	**EDAD:**	63 años	**TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 20515989
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 [X]
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. Programas Sociales	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Mujer de 63 años, con DX de esquizofrenia, quien vive con su mamá de 82 años. Se requiere apoyo con paquete nutricional, debido a su vulnerabilidad economica.

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	Mairen Rincon Riveros
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAIREN RINCON RIVEROS.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	NO firmo.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

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	02/12/2021		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E. Centro de Salud.
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Mery Yolanda Quevedo G.		EDAD: 51 años	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 20547193
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca			**DIRECCIÓN:**	Jucual
TELEFONO DE CONTACTO:	3108023216			**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 [ ] [X]	Canalización servicios institucionales	SI [ ] [X]	Canalización a servicios sociales	[X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Programas sociales	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Persone en condición de discapacidad, la cual no genera ingresos economicos, su red de apoyo son sus padres en etapa de adultez mayor, tienen vulneracion economica, por ello se canaliza para apoyo con paquete nutricional.

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 Riveros
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

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	02/12/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		E.S.E Centro de Salud Fosca.
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Leidy Nubia Acevedo Garay		EDAD: 47 años	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20547194
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fosca			DIRECCIÓN:	Jucal
TELEFONO DE CONTACTO:	3108023216			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. Programas sociales	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Persona en condición de discapacidad Mental y cognitiva, sin ingresos económicos que requiere apoyo con paquete nutricional.

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	Maryen Rincón
CARGO	Profesional entorno comunitario
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	No firma.

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

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	02/12/2024			E.S.E HOSPITAL DE REFERENCIA	E.S.E Centro de Salud Fosca.
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Blanca Cecilia Guevara de Vargas		**EDAD:** 69 años	**TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC. 20440304
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca			**DIRECCIÓN:**	Sánare.
TELEFONO DE CONTACTO:	3116754115			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	**EPS/EAPB**	Nueve EPS.
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	[X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Comisaria de familia.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se referencia caso de denuncia anonima que realizan al equipo APS, sobre una adulta mayor, la cual amerita seguimiento por parte de comisaria, por presentar presunto cuento de violencia por negligencia y/o abandono tiene DX de demencia y alzheimer, su aspecto fisico e higiene refieren se encuentra descuidada

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con CC número 20440304 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	**FIRMA**	
CARGO	Profesional entorno comunitario	**OCUPACIÓN**	
FIRMA	MAUREN RINCON RNEROS	**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

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	02/12/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		E.S.E Centro de Salud fosca
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Maria Herminda Castro de Castro	**EDAD:** 71 años		**TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	cc 20439748.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca			**DIRECCIÓN:**	Sánamo.
TELEFONO DE CONTACTO:	3128541869			**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 [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. ESE Centro de Salud fosca - Médico	4.
2. en tu territorio.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulta mayor, que se encuentra en Silla de ruedas y presenta necesidad prioritaria de mypres de panales. Se solicita a la gerente de la ESE apoyo para Programar visita médica domiciliaria.

AUTORIZACIÓN

Yo Maria Herminda Castro Identificado (a) con CC número 20439748. 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 RIVERAS

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Maria Herminda Castro.
OCUPACIÓN	Ama de casa.
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

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	02/12/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		C.S.E. Centro de Salud Fosca.
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Jose Antonio Castro Castro	**EDAD:** 54 años		**TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 80450423
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca			**DIRECCIÓN:**	Sin nombre
TELEFONO DE CONTACTO:	3228065288			**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 [X]	Canalización a servicios sociales	SI [X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Programas Sociales.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

familia que se compone por dos personas en condicion de discapacidad, y se encuentran en vulneracion economica, se solicita posible ayuda con vestimenta y paquete nutricional.

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 RIVERA

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Jose Antonio Castro.
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

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	02/12/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE fosca.
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Moises Castro Rojas		EDAD: 84 años	**TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 3022098
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca.			**DIRECCIÓN:**	Sáname.
TELEFONO DE CONTACTO:	3102415991			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	3132481859
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	famisenar
	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 en tu territorio	4.
2. Progiamas Sociales	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulto mayor, que encuesta auxiliar yessica con cifras tensionales altas y no tiene controles médicos recientes. familia vulnerable, se gestiona posible paquete nutricional.

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	MAURCN RINCON RIVERO

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

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	11/12/2024		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		E.S.E Centro de Salud fosca.
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO :	Alfonso Queroa Vizcaino		EDAD: 79 años	**TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 3022226
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca.			**DIRECCIÓN:**	
TELEFONO DE CONTACTO:	No tiene.			**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 [ ] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [X] NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Programas sociales	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulto mayor el cual vive solo, la auxiliar Yessica lo canaliza para visita domiciliaria por parte de médico en tu territorio por su delgadez. Es por ello que también se solicita apoyo para brindarle un paquete nutricional.

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 Riveros	**FIRMA**	Alfonso Queroa
CARGO	Profesional entorno comunitario	**OCUPACIÓN**	
FIRMA	MAUREN RINCON RIVEROS.	**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

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	11/12/2024		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		ESE centro de Salud fosca.
NOMBRE COMPELTO DEL USUARIO:	Luz Stella Olarte Carrillo	EDAD: 54 años		**TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC 20351626
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	fosca			**DIRECCIÓN:**	Sáname.
TELEFONO DE CONTACTO:	3204172313			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	
	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. Coordinación Pic.	4.
2. Red de Salud Mental	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente psiquiátrica, la cual se encuentra sin medicación, Presenta episodios agresivos donde la comunidad ha estado en riesgo. La señora ingiere constantemente bebidas alcohólicas, según refiere la comunidad y el hijo es Policía, pero se encuentra distante. Cuenta con IPS Hospital de Fosca.

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	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

Scanned with CamScanner