Gobernación de Cundinamarca		SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD					
FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
FECHA DE CANALIZACION	05/03/2025	**MUNICIPIO DE RESIDENCIA:**	Guatavita	**E.S.E. HOSPITAL**		San Antonio Guatavita	
Tipo de identificacion	CC	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	1075650452	**DIRECCIÓN:**		Corales	
NOMBRES	Karen Rocío	**APELLIDOS**	Rodríguez	**EDAD**	**38**		
NÚMERO DE CONTACTO:	3213148057	**Nombre de la EPS / EAPB**	FMS	**IPS / EAPB**		**GENERO**	Femenino
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	X	**Canalizacion profesionales de APS**	X	**Otro tipo de canalizacion**		**Grupos de riesgo segun RIAS**	Otros eventos de Interes en salud Pública
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**		**cual**			
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Paciente sin consulta odontológica						
SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN							
1. Odontología		4.					
2.		5.					
3.		6.					
OBSERVACIONES							
AUTORIZACIÓN							
Yo Karen Rocío Rodríguez Identificado (a) con CC número 1075650452 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				**USUARIO CANALIZADO**			
NOMBRE	Graciela Rodríguez			**NOMBRE**	Karen Rocío Rodríguez		
CARGO	Auxiliar de enfermería			**OCUPACIÓN**			
FIRMA				**FIRMA**			
SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)							
SERVICIO		**FECHA**	**IPS**		**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**		