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:**	1069302610	**DIRECCIÓN:**		Corales	
NOMBRES	Margarita	**APELLIDOS**	Jiménez Bautista	**EDAD**	**84**		
NÚMERO DE CONTACTO:	3114911340	**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 por odontología						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN	
1. Odontología	4.
2.	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Jeferson Estiben Beltrán Ramos Identificado (a) con CC número 1069302610 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**	Jeferson Estiben Beltrán Ramos
CARGO	Auxiliar de enfermería	**OCUPACIÓN**	Estudiante
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**