Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE C
MODELO DE ATENCION PRIM

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	1/05/2025	**MUNICIPIO DE RESIDENCI**	GUATAVITA	**E.S.E. HOSPITAL**
Tipo de identificacion	C.C	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	20650869	**DIRECCIÓN SANTA MARIA**
NOMBRES	ANA ROSA	**APELLIDOS**	VELANDIA	**EDAD:81 AÑOS**
NÚMERO DE CONTACTO:	3214525026	**Nombre de la EPS / EAPB**	FAMISANAR	**IPS / EAPB**
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	ODONTOLOGIA	**Canalizacion profesionales de APS**	APS	**Otro tipo de canalizacion**
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**		**cual**
Breve descripcion que motiva la canalizacion	ODONTOLOGIA			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN	
ODONTOLOGOIA	4.
	5.
	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo ANA ROSA VELANDIA Identificado (a) con R.c número 20650869 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 c

PROFESIONAL QUE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**
NOMBRE	GLORIA ESPERANZA RODRIGUEZ ACHURY	**NOMBRE**
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**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**

ODONTOLOGIA	12/5/2025	**HOSPITAL SAN ANTONIO GUATAVITA**

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

UNDINAMARCA
ARIA EN SALUD

	HOSPITAL SAN ANTONIO	
	GUATAVITA	
H.S.A GUATAVITA	**GENERO**	FEMENINO
	Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de Interes en salud Pública

canalización.

	ANA ROSA VEALNDIA
	HOGAR

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

DERLY MOLYNA