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	CC	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	1071144128	**DIRECCIÓN SANTA MARIA**
NOMBRES	DAVID	**APELLIDOS**	RODRIGUEZ	**EDAD:28 AÑOS**
NÚMERO DE CONTACTO:	32291977650	**Nombre de la EPS / EAPB**	FAMISANAR	**IPS / EAPB**
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	MEDICO GENERAL	**Canalizacion profesionales de APS**	APS	**Otro tipo de canalizacion**
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**		**cual**
Breve descripcion que motiva la canalizacion	VALORACIOM			

N	
MEDICO GENERLA	4.
	5.
	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo DAVID RODRIGUEZ Identificado (a) con CC número 1071144128 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**

MEDICINA GENERAL	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
analización.		
	DAVID RODRIGUEZ	
	MINAS DE CARBON	
FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO		

MARIANA IBAGON