Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE C
MODELO DE ATENCION PRIMA

**FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACION** | 07/05/2025 | **MUNICIPIO DE RESIDENCI** | GUATAVITA | **E.S.E. HOSPITAL** |
| **Tipo de identificacion** | R.G | **No. DE IDENTIFICACIÓN:** | 1071145137 | **DIRECCIÓN:GUANDITA** |
| **NOMBRES** | ERICK JULIAN | **APELLIDOS** | RODRIGUEZ PEÑA | **EDAD:** |
| **NÚMERO DE CONTACTO:** | 3209612417 | **Nombre de la EPS / EAPB** | NUEVA EPS | **IPS / EAPB** |
| **Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud** | VALORACION INTEGRAL Y VACUNACI | **Canalizacion profesionales de APS** | A.P.S | **Otro tipo de canalizacion** |
| **Canalizacion a servicios sociales** | | **otro tipo de canalizacion** | | **cual** |
| **Breve descripcion que motiva la canalizacion** | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN**

| | |
|---|---|
| 1 VALORACION INTEGRAL | 4. |
| 2. VACUNACION | 5. |
| 3. | 6. |

**OBSERVACIONES**

**AUTORIZACIÓN**

Yo YULIANA PEÑA MADRE Identificado ( a) con c.c número 1071145137 por medio de mi firma SI _x_ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la present

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | | **USUARIO CANALIZADO** |
|---|---|---|
| **NOMBRE** | FANNY ESPERANZZA PEÑA | **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** |
|---|---|---|
| **VALORACION INTEGRAL** | **20/5/2025** | **HOSPITAL SAN ANTONIO GUATAVITA** |
| **VACUANCION** | **20/05/2025** | **HOSPITAL SAN ANTONIO GUATAVITA** |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Documento elabrado por: | | |
| Apoyo técnico: | | |
| Fecha Elaboración | | |

**UNDINAMARCA**
**ARIA EN SALUD**

| | | |
|---|---|---|
| | HOSPITAL SAN ANTONIO | |
| | GUATAVITA | |
| **1 AÑO** | | |
| **H.S.A GUATAVITA** | **GENERO** | MASCULINO |
| | **Grupos de riesgo segun RIAS** | Otros eventos de Interes en salud Pública |
| | | |

e canalización.

| | |
|---|---|
| | YULIANA PEÑA |
| | |
| | |

| |
|---|
| **FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO** |
| **JENNY BOJACA** |
| **ADRIANA GONSALEZ** |

