Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE C
MODELO DE ATENCION PRIMA

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	20/05/2025	**MUNICIPIO DE RESIDENCI**	GUATAVITA	**E.S.E. HOSPITAL**
Tipo de identificacion	T.I	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	1001301143	**DIRECCIÓN:GUANDITA**
NOMBRES	ANGELA IRETH	**APELLIDOS**	JIMENEZ	**EDAD:**
NÚMERO DE CONTACTO:	3147668472	**Nombre de la EPS / EAPB**	FAMISANAR	**IPS / EAPB**
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	VACUNA VPH	**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	
VACUANCION VPH	4.
	5.
	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo ANGELLE JIMENEZ Identificado (a) con c.c número 1001301143 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 car

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**

Documento elabrado por:		
Apoyo técnico:		
Fecha Elaboración		

UNDINAMARCA
ARIA EN SALUD

	HOSPITAL SAN ANTONIO	
	GUATAVITA	
14		
H.S.A GUATAVITA	**GENERO**	FEMENINO
	Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de Interes en salud Pública

nalización.

	ANGELLE JIMENEZ
	ESTUDIANTE

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

