Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE C
MODELO DE ATENCION PRIMA

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	16/05/2025	**MUNICIPIO DE RESIDENCIA**	GUATAVITA	**E.S.E. HOSPITAL**
Tipo de identificacion	C.C	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	1003481965	**DIRECCIÓN:GUANDITA**
NOMBRES	NICOLAS	**APELLIDOS**	USAQUEN DIAZ	**EDAD:24**
NÚMERO DE CONTACTO:	3208311251	**Nombre de la EPS / EAPB**	NUEVA EPS	**IPS / EAPB**
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	ORTOPEDIA	**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.ORTOPEDIA	4.
2.	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo NICOLAS USAQUEN Identificado (a) con c.c número 1003481965 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 ca

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**
ORTOPEDIA	**26/5/2025**	**HOSPITAL SAN ANTONIO GUATAVITA**

Documento elabrado por:		
Apoyo técnico:		
Fecha Elaboración		

UNDINAMARCA
ARIA EN SALUD

	HOSPITAL SAN ANTONIO	
	GUATAVITA	
H.S.A GUATAVITA	**GENERO**	MASCULINO
	Grupos de riesgo segun RIAS	

nalización.

	NICOLAS USAQUEN
	NINGUNA

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
ANTONIO MARIA QUIÑONES

