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:** | 19221703 | **DIRECCIÓN SANTA MARIA** |
| **NOMBRES** | MANUEL | **APELLIDOS** | VELANDIA | **EDAD:71 AÑOS** |
| **NÚMERO DE CONTACTO:** | 3228135484 | **Nombre de la EPS / EAPB** | FAMISANAR | **IPS / EAPB** |
| **Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud** | MEDICINA 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** | VALORACION 0D0NTOLOGIA | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN**

| | |
|---|---|
| MEDICINA GENERAL | 4. |
| | 5. |
| 3. | 6. |

**OBSERVACIONES**

**AUTORIZACIÓN**

Yo MANUEL VELANDIA Identificado ( a) con c.c número 19221703por medio de mi firma SI _x_ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente cana

| **PROFESIONAL QUE CANALIZA** | | **USUARIO CANALIZADO** |
|---|---|---|
| **NOMBRE** | GLORIA ESPERANZA RODRIGUEZ | **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** | 13/5/2025 | **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** | Otros eventos de Interes en salud Pública |
| | | |

alización.

| | |
|---|---|
| | MANUEL VELANDIA |
| | HOGAR |
| | |

**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**

| CARLOS BAEZ |
| --- |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |