Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE C
MODELO DE ATENCION PRIM

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	MAYO//2025	**MUNICIPIO DE RESIDENCI**	GUATAVITA	**E.S.E. HOSPITAL**
Tipo de identificacion	CC	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	53134173	**DIRECCION : CHOCHE**
NOMBRES	MARLEN	**APELLIDOS**	BARON	**EDAD: 36 AÑOS**
NÚMERO DE CONTACTO:	3213579769	**Nombre de la EPS / EAPB**	FAMISANAR	**IPS / EAPB**
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	VACUNACION	**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			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

VACUNACION	4.
	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo MARLEN BARON Identificado (a) con c.c número 53134173por medio de mi firma SI _x_ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canaliza

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**

VACUNACION	**2/05/225**	**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

ación.

	MARLEN BARON
	INDEPENDIENTE

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

ADRIANA GONZALEZ