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	CC	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	1005826684	**DIRECCIÓN SANTA MARIA**
NOMBRES	NATAHLYA	**APELLIDOS**	OLAYA	**EDAD:21 AÑOS**
NÚMERO DE CONTACTO:	3108667091	**Nombre de la EPS / EAPB**	NUEVA EPS	**IPS / EAPB**
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	PSICOLOGIA	**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	
PSICOLOGIA	4.
	5.
	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

YO NATAHLYA OLAYA Identificado (a) con CC número 10058826684por medio de mi firma SI _x_ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente

PROFESIONAL QUE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**
NOMBRE	GLORIA ESPERANZA RODRIGUEZ ACHURY	**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**

PSICOLOGIA	19/5/2025	**HOSPITAL SAN ANTONIO GUATAVITA**

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

UNDINAMARCA **ARIA EN SALUD**		
	HOSPITAL SAN ANTONIO	
	GUATAVITA	
H.S.A GUATAVITA	**GENERO**	FEMENINA
	Grupos de riesgo segun RIAS	Otros eventos de Interes en salud Pública

canalización.

	NATHALYA OLAYA
	HOGAR

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

HEIDY PRIETO