Gobernación de Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE C
MODELO DE ATENCION PRIM

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	2/05/2025	**MUNICIPIO DE RESIDENCI**	GUATAVITA	**E.S.E. HOSPITAL**
Tipo de identificacion	TI	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	1016596916	**DIRECCIÓN CHOCHE**
NOMBRES	OSCAR	**APELLIDOS**	SASTOQUE	**EDAD:16 AÑOS**
NÚMERO DE CONTACTO:	3123261171	**Nombre de la EPS / EAPB**	FAMISANR	**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.
	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

YO OSCAR SASTOQUE Identificado (a) con TInúmero 1016596916 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	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**

VACUNACION	2/5/2025	**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

analización.

	OSCAR SASTOQUE
	ESTUDIA

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

ADRIANA GONZALEZ