# FORMATO DE CANALIZACIÓN
# RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

| DATOS GENERALES | | |
|---|---|---|
| **Municipio:** Belalcázar | | **ESE:** Hospital San José |
| **Fecha:** 14/05/2025 | **Grupo N°:** 3 | **Grado de escolaridad: 3**° grado |
| **Institución educativa:** El Águila | | |
| **Población Objeto:** Estudiantes de 6 a 12 años de edad, de los grados 1° a 5° | | |
| **Profesionales responsables de la canalización:** Valentina zuleta Naranjo | | |
| **Ocupación profesional:** Enfermera | | |
| **DATOS PERSONALES** | | |
| **Nombre completo del niño, niña o adolescente:** EMILIANO PAREJA FLOREZ | | |
| **N° de identificación del niño, niña o adolescente:** 1056642861 | | **Edad:** 9 años |
| **EPS del niño, niña o adolescente:** NUEVA EPS | | |
| **Nombre completo del acudiente o cuidador:** DEICY LORENA FLOREZ PORRAS | | |
| **N° de identificación del acudiente o cuidador:** 1057759522 | | |
| **N° de celular del acudiente o cuidador:** No aporta | | |

| SERVICIOS DE CANALIZACIÓN | Se canaliza (si o No) | Fecha y hora de cita |
|---|---|---|
| **Primera infancia / Infancia** | | |
| **Valoración por medicina general** | **No** | |
| **Valoración por pediatría** | **No** | |
| **Valoración por enfermería** | **No** | |
| **Valoración por odontología** | **No** | |
| **Valoración por higiene oral** | **Si** | **05/07/2025 A LAS 7:30 a.m.** |
| **Desparasitación** | **No** | |
| **Vacunación** | **No** | |
| **Otros (nutrición, salud mental, trabajo social)** | **No** | |
| **Otros servicios sociales:** | **No** | |

**Observación:**

En el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento para la población de primera infancia, infancia y adolescencia, conforme a los lineamientos del Plan de Intervenciones Colectivas Territorial (PIC), se identifica la necesidad de canalización del usuario al servicio de higiene oral.

Según su edad y etapa del curso de vida, corresponde atención para aplicación de barniz de flúor, su última atenció fue 08/2024

# FORMATO DE CANALIZACIÓN
# RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Esta acción es fundamental dentro del enfoque de prevención y permite orientar intervenciones clínicas a tiempo, garantizando un abordaje integral de su bienestar.

| SERVICIOS DE CANALIZACIÓN | Se canaliza (si o No) | Fecha y hora de cita |
|---|---|---|
| **Adolescencia** | | |
| **Valoración por medicina general** | | |
| **Valoración por pediatría** | | |
| **Valoración por enfermería** | | |
| **Valoración por odontología** | | |
| **Valoración por higiene oral** | | |
| **Desparasitación** | | |
| **Vacunación** | | |
| **Otros ( nutrición, salud mental, trabajo social)** | | |
| **Otros servicios sociales:** | | |
| **Observación:** | | |