SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	18-8-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSUPN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Julian Steven Latorre Sachez	EDAD:	3 m	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1075695144
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Vda Patio Bonito
TELEFONO DE CONTACTO	3108665937			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3247178337
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Compensar.
Grupos de riesgo segun RIAS	Cargo		Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	[X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	HSUPN.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza debe de 3 meses al vacunación esquema Cn. HSUPN sede patio Bonito

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ por medio de mi firma SI __ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	
CARGO	Aux Enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Tatiana Sánchez
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Tatiana Sanchez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunación	20-8-25	HSUPN	Magdalena F.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	21-8-25		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hsupn
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Navarrete Patricia Catan		**EDAD:** 17	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	PPT 8091129
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			**DIRECCIÓN:**	patio Bonito.
TELEFONO DE CONTACTO:	3014512045			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	Nueva EPS
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS	materno-perinatal		Canalización Equipo Básico		SI NO X
Canalización equipos complementarios	SI NO X	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Hsupn				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacuna DPT-A	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Gestante de 30 semanas se canaliza a vacuna de DPT-Adulto en punto de vacunación Hsupn en patio Bonito

AUTORIZACIÓN

Yo Navarrete Catan Identificado (a) con PPT número 8091129 por medio de mi firma SI __ NO___ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Diana Sofia Herrera
CARGO	Aux Enfermera
FIRMA	Aux Enfermera

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Navarrete
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Navarrete

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunación	27-8-25	Hsupn	Magdalena Pigen.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD						
FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
FECHA DE CANALIZACION	23-8-25	**MUNICIPIO DE RESIDENCIA:**		**E.S.E. HOSPITAL**		Hsupn.	
Tipo de identificacion	CC	**No. DE IDENTIFICACIÓN:**	23659831	**DIRECCIÓN:**		Vda Pato Bonito	
NOMBRES	Rosa Zoila	**APELLIDOS**	Gomez M	**EDAD**	70	**GENERO**	Femenino.
NÚMERO DE CONTACTO:	312531 8836	**Nombre de la EPS / EAPB**	Compensar	**IPS / EAPB**	Vivir A.	**Grupos de riesgo segun RIAS**	ninguno.
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Vacunado.	**Canalizacion profesionales de APS**		**Otro tipo de canalizacion**		**Otro tipo de canalizacion**	
Canalizacion a servicios sociales		**otro tipo de canalizacion**	**cual**	**cual**		**cual**	
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Adulto mayor Paciente cronico HTA Sin ucema de su Vivienda se canaliza apoyo de vacunación Pato Bonito						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN	
1. Vacuna de influenza	4.
2.	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo Rosa Zoila Gomez identificado (a) con CC numero 23659 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 canalización

PROFESIONAL QUE CANALIZA		**USUARIO CANALIZADO**	
NOMBRE	Diana Carolina Moreno #N/A	**NOMBRE**	Rosa Zoila Gomez
CARGO	Nx enf #N/A	**OCUPACIÓN**	x
FIRMA	DC	**FIRMA**	Rosa Zoila Gomez

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	**FECHA**	**IPS**	**FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
Vacunación	8-25	Hsupn	Magdalena. Fuquen

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	23-8-25	E.S.E HOSPITAL DE REFERENCIA			Hsupn
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Luis Antonio Salcedo U	EDAD: 75		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1073365
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Vda Pato Bonito
TELEFONO DE CONTACTO:	3125316836			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [✓] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Compensar
Grupos de riesgo según RIAS	ninguno	Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacunación influenza	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se Canaliza Adulto mayor Crónico HTA a Vacuna contra la influenza en Punto de vacunación Sede pato Bonito de HSUPN

AUTORIZACIÓN

Yo Luis Antonio Salcedo Suarez Identificado (a) con CC número 1073365 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 canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Diana Carolina Garcia	FIRMA	Rosa Zoila Gomez
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	Pensionado
FIRMA		FIRMA	Rosa Zoila Gomez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunación	8-25	HSUPN	Magdalena Roquen

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner