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

| DATOS GENERALES | | |
|---|---|---|
| **Municipio: PENSILVANIA** | | **ESE: HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS DE PENSILVANIA** |
| **Fecha: 24/10/2025** | **Grupo N°: 3** | **Grado de escolaridad: TERCERO** |
| **Institución educativa: ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE LA PRESENTACIÓN** | | |
| **Población Objeto: INFANCIA** | | |
| **Profesionales responsables de la canalización: ANNGIE LILIANA GARZÓN SALAZAR** | | |
| **Ocupación profesional: ENFERMERA JEFE** | | |
| **DATOS PERSONALES** | | |
| **Nombre completo del niño, niña o adolescente: DILAN CAMILO CORTES OSPINA** | | |
| **N° de identificación del niño, niña o adolescente: 1058846326** | | **Edad: 13 AÑOS** |
| **EPS del niño, niña o adolescente: NUEVA EPS** | | |
| **Nombre completo del acudiente o cuidador: NO APLICA** | | |
| **N° de identificación del acudiente o cuidador: NO APLICA** | | |
| **N° de celular del acudiente o cuidador: 3218765350** | | |

| SERVICIOS DE CANALIZACIÓN | Se canaliza (si o No) | Fecha y hora de cita |
|---|---|---|
| **Atención al adolescente** | | |
| **Valoración por medicina general** | **NO** | |
| **Valoración por pediatría** | **NO** | |
| **Valoración por enfermería** | **SI** | **29/11/25 9:00:00 a.m** |
| **Valoración por odontología** | **NO** | |
| **Valoración por higiene oral** | **NO** | |
| **Desparasitación** | **NO** | |
| **Vacunación** | **NO** | |
| **Otros ( nutrición, salud mental, trabajo social)** | **NO** | |
| **Otros servicios sociales:** | **NO** | |

**Observación:**

**Al revisar el Sistema de información del hospital se encuentra que el menor de edad tiene pendiente Consulta de atención al adolescente por lo tanto se realiza canalización al servicio, asignando la cita para el día 29/11/25 9:00:00 a.m, se llama a padre de familia y se informa, el cual refiere entender y aceptar.**