# 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°: 4** | **Grado de escolaridad: CUARTO** |
| **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: SAMUEL DAVID PUENTES MIRA** | | |
| **N° de identificación del niño, niña o adolescente: 1058203711** | | **Edad: 10 AÑOS** |
| **EPS del niño, niña o adolescente: SURA** | | |
| **Nombre completo del acudiente o cuidador: NO APLICA** | | |
| **N° de identificación del acudiente o cuidador: NO APLICA** | | |
| **N° de celular del acudiente o cuidador: 3134422464** | | |

| SERVICIOS DE CANALIZACIÓN | Se canaliza (si o No) | Fecha y hora de cita |
|---|---|---|
| **Primera infancia / Infancia** | | |
| **Valoración por medicina general** | **SI** | **22/11/25 10:20:00 a.m** |
| **Valoración por pediatría** | **NO** | |
| **Valoración por enfermería** | **NO** | |
| **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 crecimiento y desarrollo por lo tanto se realiza canalización al servicio, asignando la cita para el día 22/11/25 10:20:00 a.m, se llama a padre de familia y se informa, el cual refiere entender y aceptar.**