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: SARA ISABEL CASTRILLÓN DUQUE		
N° de identificación del niño, niña o adolescente: 1059120150		**Edad: 8 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: 3108620956		

SERVICIOS DE CANALIZACIÓN	Se canaliza (si o No)	Fecha y hora de cita
Primera infancia / Infancia		
Valoración por medicina general	**SI**	**28/11/25 03:20:00 p.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 28/11/25 03:20:00 p.m, se llama a padre de familia y se informa, el cual refiere entender y aceptar.