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°: 5**	**Grado de escolaridad: QUINTO**
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: SERGIO ANDRÉS MARTÍNEZ VILLEGAS		
N° de identificación del niño, niña o adolescente: 1054882328		**Edad: 12 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: 3226657790		

SERVICIOS DE CANALIZACIÓN	Se canaliza (si o No)	Fecha y hora de cita
Atención al adolescente		
Valoración por medicina general	**SI**	**11/11/25 4:40:00 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 atención al adolescente por lo tanto se realiza canalización al servicio, asignando la cita para el día 11/11/25 4:40:00 p.m, se llama a padre de familia y se informa, el cual refiere entender y aceptar.