SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	07 12-2025		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Vicente de Paul
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Eliana Santiago Forero		EDAD 56 años	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACI"N	RC1069102859
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Nemocon			DIRECCI"N	Cerro Verde
TELEFONO DE CONTACTO				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	
TIPO ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO	SIN AFILIACION			
Grupos de riesgo según ficha			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI X NO	Canalización servicios institucionales	SI NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCI"N	Vacunacion				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Vacuna de PAI 2meses

AUTORIZACI"N

Yo Erika. Silva Identificado (a) con CC número 1076240126 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	Beatriz Andrea Cantero	FIRMA	ERIKA SILVA
CARGO	Auxiliar de Enfermería	OCUPACI"N	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	BRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER
Vacunacion	9-12-2025		

Documento elaborado por:	Andrea Quintero
Apoyo técnico	APS
Fecha Elaboración	12-2025

Powered by CamScanner