SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

EN

FECHA DE CANALIZACIÓN	05-12-2025				
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Mana clementina Alvarado	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21 Noviem. 20728178
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Macheta	EDAD:	86	DIRECCIÓN:	S martin
TELEFONO DE CONTACTO:	3115951522			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL			EPS/EAPB	N-EPS
	VINCULADO / SIN AFILIACIÓN				
Grupos de riesgo según RIAS					
Canalización equipos complementarios	SI / NO X	Canalización servicios institucionales		Canalización a servicios sociales	SI / NO X
IPS DE ATENCIÓN:	Puesto de Salud macheta	Canalización Equipo Básico	SI X / NO		

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. automacion lab.	4.
2. mediana interna	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se realiza canalización a los diferentes servicios.

AUTORIZACIÓN

Yo Mana Alvarado identificado (a) con CC número 20728178 por medio de mi firma SI __ NO__ autorizo que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA	
NOMBRE	Jenifer Castañeda
CARGO	Aux. Enfermera
FIRMA	Jenifer Castañeda

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Mana Alvarado
OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	M. Clementina Alv

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Documento elaborado por:	Jenifer C
Apoyo técnico:	Aux. Enfermeria.
Fecha Elaboración	15-11-2025