| | |
|---|---|
| Gobernación de Cundinamarca | **SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**<br>**MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD** |

## FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE CANALIZACIÓN** | **sep-25** | | E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA | | **San Antonio** |
| **NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :** | ANATOLIO RODRIGUEZ | | **EDAD: 63** | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | CC 3058370 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | GUATAVITA | | | **DIRECCIÓN:** | **CORALES** |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | 3125083931 | | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO ☐ | CONTRIBUTIVO ☐ | ESPECIAL ☐ | **EPS/EAPB** | FMS |
| | VINCULADO ☐ | SIN AFILIACIÓN ☐ | | | |
| Grupos de riesgo según RIAS | | | Canalización Equipo Básico | | SI ☐ NO ☐ |
| Canalización equipos complementarios | SI ☐ NO ☐ | Canalización servicios institucionales | SI ☐ NO ☐ | Canalización a servicios sociales | SI ☐ NO ☐ |
| **IPS DE ATENCIÓN:** | | | | | |

**SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

| | |
|---|---|
| 1.Medicina general | 4. |
| 2. VEJEZ | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**Paciente sin citología vigente**

**AUTORIZACIÓN**

Yo ANATOLIO RODRIGUEZ Identificado ( a) con CC número 3058370 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** | Ninfa Graciela Rodriguez Prieto | **FIRMA** | ANATOLIO RODRIGUEZ |
| **CARGO** | Auxiliar de enfermería | **OCUPACIÓN** | |
| **FIRMA** | | **FIRMA** | |

## SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| **SERVICIO** | **FECHA:** | **NOMBRE IPS:** | **NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |

| INSTRUCTIVO FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD |
|---|
| **SECRETARIA DE SALUD-DIRECCION DE SALUD PUBLICA -ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS)** |
| **A continuación se presentan las instrucciones para el diligenciamiento de cada una de Ítems del formato de canalización individual** |
| **Fecha de la Canalización:** Escriba la fecha en la que se canaliza al usuario en formato día-mes-año |
| **E.S.E. Hospital de Referencia:** Escriba el nombre del Hospital de referencia de su Municipio o IPS |
| **Nombre Completo Usuario:** Escriba los nombres y apellidos completos del usuario que se canalizo |
| **Tipo de identificación y Numero de Documento :Diligenciar** el tipo y numero de documento del usuario canalizado |
| **Edad:** Escriba la edad en años de usuario canalizado |
| **Municipio:** En este campo se diligencia el nombre del Municipio en donde se realiza la canalización |
| **Dirección :** Diligenciar la dirección completa y/o vereda donde reside el usuario canalizado |
| **Teléfono del contacto :** Diligenciar el numero de celular del usuario canalizado |
| **Teléfono del contacto alternativo :** Diligenciar el numero de celular de un familiar y/o vecino allegado del usuario canalizado |
| **Tipo de Aseguramiento:** Seleccione con una x el tipo de aseguramiento al cual corresponde el usuario |
| **EPS/EAPB:** Escriba la EPS, a la cual corresponde el usuario canalizado |
| **Grupos de riesgo según RIAS:** Escriba el grupo de RIAS al cual canalizo el usuario( guiarse por el cuadro que se encuentra al final del instructivo) |
| **Canalización Equipos Básicos:** Marque con una x al servicio de canalización que remite al usuario |
| **IPS de atención**: Escriba el nombre completo de la institución sonde remite al usuario |
| **Servicio a los que se canalizo al usuario:** En los espacios del 1 al 6, relacionar los servicios a los que se canalizo al usuario |
| **Breve Descripción que Motiva la Canalización:** Escriba detalladamente los motivos por los que canaliza a los servicios de salud al usuario y considera debe ser atendido con prioridad**.** |
| **Autorización**: Diligencie los datos y marque con una x si el usuario autoriza el tratamiento de sus datos personales. |
| **Profesional que Canaliza:** Escriba los datos y el cargo de el profesional que realizo la canalización en territorio al usuario, y posteriormente firma |
| **Usuario Canalizado :** Escriba los datos y ocupación del usuario que recibe la canalización, y posteriormente firma. En caso de que la persona canalizada sea menor de edad y/o adulto mayor de 80 años , deberá ir la firma y datos del responsable |
| **Servicio de Salud Efectivos-Eficientes:** Este espacio es único y exclusivo para diligenciar por el personal de la institución de salud que garantizo la atención al usuario. Se debe diligenciar el servicio y/o los servicios que se brindo , la fecha y el nombre del profesional que brindo la atención al usuario. |
| **Tenga en cuenta que la veracidad y calidad del dato es importante en todos los proceso de salud** |

| **Grupos de riesgo según RIAS** |
|---|
| Accidentes y enfermedades laborales |
| Alteraciones y trastornos visuales |
| Alteraciones nutricionales |
| Alteraciones y trastornos de la audición y comunicación |
| Alteraciones y trastornos de la salud bucal |
| Cáncer |
| Enfermedad cardiovascular aterogénico |
| Enfermedades huérfanas |
| Enfermedades infecciosas |
| Enfermedades respiratorias crónicas |
| Enfermedades zoonóticas |
| Materno - perinatal |
| Problemas en salud mental |
| Trastornos asociados al uso de spa |
| Trastornos degenerativos, neuropatías y enfermedad autoinmune |
| Violencias |
| Ninguno |