Gobernación de Cundinamarca	**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA** **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 :	DOMINIC MATIAS RODRIGUEZ		**EDAD: 2**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	RC 1023992886
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**	**CORALES**
TELEFONO DE CONTACTO:	3144559204			**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, Odontología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Paciente sin consulta por odontología

AUTORIZACIÓN

Yo DOMINIC MATIAS RODRIGUEZ Identificado (a) con número 1023992886 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**	DOMINIC MATIAS RODRIGUEZ
CARGO	Auxiliar de enfermería	**OCUPACIÓN**	Primera infancia
FIRMA		**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
PYP Adultez		**Hospital San Antonio**	

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