Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-3-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsupn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Yeiner Alexy contreras	EDAD: 6		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1069099652
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Ricaurte			DIRECCIÓN:	Comacho
TELEFONO DE CONTACTO:	3172370759			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva EPS.
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [X] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	hsupn				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza. Mena a jornada de pediatra en vereda Asbrey Sector Comacho

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	Dra. Carla Mena
CARGO	Auxiliar Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Yeiner Gomez
OCUPACIÓN	-
FIRMA	Yeiner Gomez

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatra	16-3-26	hsupn	Dra Claudia Cardona

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

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	13-3-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsvpn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Luca José Prieto Valenca	EDAD:	11	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	T I 1070209616
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Fusagasugá			DIRECCIÓN:	Comedo
TELEFONO DE CONTACTO:	3217136954			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]		EPS/EAPB	Famisanar
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [X] NO [ ]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	hsvpn				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza remisión al servicio de pediatría en proceso de salud

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	Dra Carolina Mercado
CARGO	Auxiliar de Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
PEDIATRIA	16-03-26	hsvpn	Dra Claudia Santos

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-3-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsupa
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Paula Estefania Pacheco U		EDAD: 14	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1076747291
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Barrio
TELEFONO DE CONTACTO:	3217136954			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Famisanar
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se cadra para valoración a jornada de Pediatria. Gravidez

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ___ número _____ 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	Diana Carolina Abril Cano
CARGO	AUX ENFERMERIA
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Paula Estefania Pacheco U
OCUPACIÓN	
FIRMA	Paula Estefania Pacheco U

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatria	16-3-26	hsupa	Dra Claudia Cadena

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-3-26	E.S.E HOSPITAL DE REFERENCIA			Usme
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Valentina Cengo Galeno	EDAD:	5	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC. 1076750139
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Arbeca			DIRECCIÓN:	Conocho
TELEFONO DE CONTACTO:	3138901092			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	NO
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ / VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ / SIN AFILIACIÓN ☐		ESPECIAL ☐	EPS/EAPB: Nueva EPS
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. Pediatria	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza menor a jornada de Pediatria

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	Dra. Carolina Abreu
CARGO	Aux Enfermeria
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Luis Cengo
OCUPACIÓN	
FIRMA	Luis Cengo

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatria	16-3-26	Usme	Dra Carolina Cortes

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-3-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsrpn
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Juan Sebastian Oso H		EDAD: 15	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1066875753
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	
TELEFONO DE CONTACTO:	3002963698			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:	hsrpn				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza a junta de salud Pediatria

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	Dora Cecilia Moreno
CARGO	Jefe Enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	14-3-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hosp
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Andres Felipe Bolaños		EDAD: 12	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1117461113
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Arbeláez			DIRECCIÓN:	Cgmacha.
TELEFONO DE CONTACTO:	3002963698			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	S Dtal
	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. Pediatria	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza para ser valorado por pediatria

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Dra. Cadia Hurtado	FIRMA	
CARGO	Jefe Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatria	16-3-26	Hosp	Dra. Claudia Hurtado

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	14-3-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			Insapn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dora Lucia Ordoñez	EDAD: 6		TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1064110264
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Utmaca			DIRECCIÓN:	Acacias
TELEFONO DE CONTACTO:	3123637860			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ]			EPS/EAPB	
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [X]				
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Nueva orden Aplicación En Salud	4.
2. Pediatra	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Nueva orden se le indica a la Abuela la implementación del seguro de Salud
se canaliza a pediatra en Jornada

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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	Dora Carolina Alvarez
CARGO	Aux Apt
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
14-3-26	Pediatra	Insapn	Dra Claudia Medico

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	14-3-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsyn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Angel Thomas Forero	EDAD:	3	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1076258145
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Rancho
TELEFONO DE CONTACTO:	3006077306			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ CONTRIBUTIVO ☒ ESPECIAL ☐ VINCULADO ☐ SIN AFILIACIÓN ☐			EPS/EAPB	Sura
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:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza menor a jornada de pediatria.

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado (a) con ____ número _____ 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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Dra. Carolina Nunca	FIRMA	Daissy Palacio
CARGO	Aux Enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Daissy Palacio

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatria	16-3-26	hsyn	Dr Claudio Cortes

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	19-3-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsupn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Emerson Eduardo León G	EDAD:	10.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	T/ 1069101436
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Mendica			DIRECCIÓN:	Arauco,
TELEFONO DE CONTACTO:	3118837503			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Nueva eps
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Pediatria	4.
2. Vacuna vph	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Menor con Antecedentes Familiares de Retraso Cognitivo Se canaliza en jornada de Salud Con pediatra.

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ____ número _____ 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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Dora Sofia Muñoz	FIRMA	Emerson Eduardo León G
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatra	19-3-26	hsupn	Paola Sandra Londoño
Vacuna VPH	19-3-26	hsupn	Misma dra.

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	14-3-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsupa
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ana Sebastian Prada	EDAD: 8		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1069101865
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Mosquera			DIRECCIÓN:	Cra 6
TELEFONO DE CONTACTO:	3012765247			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Nueva EPS
	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:	HSUPA				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza ajuicio de radiatra

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ___ número _____ 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	Dra Claudia Alvarez
CARGO	Dr MF
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatra	16-3-26	hsupa	Dra Claudia Jaramillo

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	9-3-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hspn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Luisa Fernanda Buitrago	EDAD:	11	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1056019411
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Honda			DIRECCIÓN:	Centro
TELEFONO DE CONTACTO:	3012765742			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X]		ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Nueva EPS
	VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]				
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios Institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza a pediatra a jornada de pediatria

AUTORIZACIÓN

Yo _____ Identificado (a) con ___ número _____ 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	Dra Paola Huco
CARGO	hpx enfermera
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Pediatra	16-3-26	hspn	Dra Claudia Cardona

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

	SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	13-3-26		E.S.E. HOSPITAL DE PEFFENCIA		hspn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dayana Valentina Rincon	EDAD:	18	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1073179926
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Canacho.
TELEFONO DE CONTACTO:	3001969562			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	1
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X]	CONTRIBUTIVO [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/ARS:	Fms
	VINCULADO [ ]	SIN AFILIACIÓN [ ]			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI [ ] NO [X]
Canalización equipos complementarios	SI [ ] NO [X]	Canalización servicios institucionales	SI [X] NO [ ]	Canalización a servicios sociales	SI [ ] NO [X]
IPS DE ATENCIÓN:					

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Planificacion familiar control	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se canaliza menor o joven para consulta de planificacion control

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado (a) con ____ número _____ 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		USUARIO CANALIZADO	
NOMBRE	Diana Carolina Hernandez	FIRMA	x Dayana Rincón
CARGO	Auxiliar enfermeria	OCUPACIÓN	
FIRMA		FECHA	x Dayana Rincon

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE REMEDIOS
EQUIPOS BASICOS EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

	11. 3. 26		Ignorada			U.P.A	
	A		2.058213			Amarilla	
	Perte- Urrego		Ramos		9 B		Frances
	3211323024		ARUP 605		11:30 PM		
	Se remite Adulto mayor a consulta de la (Adulto) Vejez en UPS Hospital						

1. Medicina General	4.
2.	5.
3.	6.

	Dra. Carolina Flórez Asesor Enfermera		[illegible]
	12		

Pertenencias	24-3-26	UPS	DR [illegible]

Powered by CamScanner

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE REMEDIOS
EQUIPOS BASICOS EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Fecha De Identificación	16-3-26	Municipio De Residencia	Remedios	E.S.E. Hospital		hsvp	
Tipo De Identificación	CC	No. De Identificación	1020347877	Dirección		Carrera	
Nombres	Yhan Carlo	Apellidos	Grisales	Edad	24	Sexo	Femenino
Teléfono De Contacto	3026312013	Fecha De La EPS/IPS	Marzo 6/25	EPS / IPS	hsvp	Régimen De Afiliación	
Consejo Familiar Identificado	Otro	Fecha	2	Hora		Caracterización Ruta Materno Perinatal	
Caracterización Ruta De Promoción Y Mantenimiento De La Salud		Caracterización Ruta Protección Específica De				Tipo De Identificación	
Caracterización A Poblaciones Vulnerables		Otro Tipo De Caracterización	Email	Email		Email	

Breve Descripción Que Motiva La Canalización Según Alteración

Hoy Juan solicita cambio y/o retiro de Implanon Sifidomico

Servicios A Los Que Se Canaliza

1. Planificación Familiar Retiro	4.
2.	5.
3.	6.

Observaciones

Autorización

Yo _____ Identificado(a) Con _____ Número _____ Por Medio De Mi Firma Autorizo Que Mi Información Sea Compartida Con Otros Entidades En El Marco Del Proceso De La Presente Canalización.

Profesional Que Canaliza		Usuario Canalizado	
Nombre	Dana Carolina Alvarez	Nombre	Jeimmy
Cargo	Aux Enfermeria	Apellido	
Firma		Firma	Jeimmy

Diligenciado Servicio De Salud Canalizado (Este Espacio Es Exclusivo Para Ser Diligenciado Por El Profesional Que Presta Los Servicios)

Servicio	Fecha	Ips	Firma Del Profesional Que Presta El Servicio
Enfermeria	25-3-26	hsvpd.	