Gobernación Cundinamarca

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

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Fecha De Canalización	16-3-26	Municipio De Residencia	Nemocon	I.S.E. Hospital			hsvp a Camacho
Tipo De Identificación	CC	No. De Identificación	1000347002[illegible]	Dirección			
Nombres	Yanna Carolina	Apellidos	Guasca	Edad	24	Genero	Femenino
Número De Contacto	3026317013	Nombre De La EPS / EAPB	Nueva Eps	IPS / UAPS	hsvp	Grupos De Riesgo Según Ries	
Riesgo Familiar Identificado	Ninguno	Hecho	2	Bajo		Canalización Ruta Materno Perinatal	
Canalización Ruta De Promoción Y Mantenimiento De La Salud		Canalizaciones Predominantes De Vida		Otro Tipo De Canalización		Otro Tipo De Canalización	
Canalización A Servicios Sociales		Otro Tipo De Canalización	Cual	Cual		Cual	
Breve Descripción Que Motivo La Canalización O Riesgo Abordado	Usuaria que solicita cambio y/o retiro de Implanon Subdermico						

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 El _ Da _ Autorizo Que Mi Información Sea Compartida Con Otras Entidades En El Marco Del Proceso De La Presente Canalización.

Profesional Que Canaliza		Usuario Canalizado	
Nombre	Dana Carolina Alvarez	Nombre	Jeimmy
Cargo	Auxiliar enfermeria	Documento	
Firma		Firma	Jeimmy

Seguimiento Servicio De Salud Efectivo-Efectivado (Este Espacio Es Exclusivo Para Ser Diligenciado Por El Profesional Que Presta Los Servicios)

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

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	13-3-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsgn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Dayana Valentina Rincon		EDAD: 18	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1031329926
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Fonacho.
TELEFONO DE CONTACTO:	3001969562			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	1
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X	CONTRIBUTIVO	ESPECIAL	EPS/EAPB	Famis
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
Grupos de riesgo según RIAS			Canalización Equipo Básico		SI NO
Canalización equipos complementarios	SI NO X	Canalización servicios Institucionales	X NO	Canalización a sectores sociales	SI NO
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	Dra Carolina Hurtado	FIRMA	x Dayana Rincón
CARGO	Ax Enfermera	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