SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**/03/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	MIRIAN ESPERANZA ROMERO LEON		**EDAD: 56 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3132603014			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	ADULTES		Canalización Equipo Básico	
equipos complementario	SI / NOX	Canalización servicios institucionales	SIX / NO	Canalización a servicios sociales
IPS DE ATENCIÓN:	**HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA**			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. ADULTEZ - MEDICINA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo MIRIAN ESPERANZA ROMERO LEON Identificado (a) con CC número 20657027 por medio de mi firma SI _X_ compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA			
NOMBRE	LAUDICE FEO ORTIZ		**FIRMA**
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA		**OCUPACIÓN**
FIRMA			**FIRMA**

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DE**
		H.S.A.G	

Documento elaborado por:			
Apoyo técnico:			
Fecha Elaboración			

.MARCA I SALUD
H.S.A.G.
20657027
CORALES
NUEVA EPS
SI NOX
SI NOX
NO___ autorizo que mi información sea
USUARIO CANALIZADO
MIRIAN ESPERANZA ROMERO LEON
HOGAR
L PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

