Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTERNA A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	Marzo 10-26.	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio de Gutavita
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Teresa de Jesus Gonzalez.	EDAD:	86.	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 20643361
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guasca.			DIRECCIÓN:	Vda. Santana.
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO: X / VINCULADO:	CONTRIBUYNO: / SIN AFILIACIÓN:	ESPECIAL:	EPS/EAPB	FMJ
Grupos de riesgo según RIAS		Canalización Equipo Básico			SI NO
Canalización equipo complementarios	SI NO	Canalización servicios institucionales	SI X NO	Canalización a servicios sociales	SI NO
IPS DE ATENCIÓN:	Guasca.				

SERVICIOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Tereza de Jesus Gonzalez Identificado (a) con CC número 20643361. 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	Maria Camila Ramirez Herrera	FIRMA	Tereza de Jesus
CARGO	Aux. Enfermeria	OCUPACIÓN	Hogar
FIRMA	Mramirez H.	FIRMA	Tereza G.

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	15 Marzo-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio de Guatavita
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Nancy Esperanza Hortua	EDAD:		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 39819646
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Guasca			DIRECCIÓN:	Vda Santario.
TELEFONO DE CONTACTO:	3114625747.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] VINCULADO [ ]	CONTRIBUTIVO [X] SIN AFILIACIÓN [ ]	ESPECIAL [ ]	EPS/EAPB	Fmj
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:	Guasca				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Odontología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Nancy Hortua Identificado (a) con CC número 39 819 646. 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	Maria Camila Ramos Herrera
CARGO	Aux. Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Nancy Hortua
OCUPACIÓN	oficios varios
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontología	16-03-26	Guasca.	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner