SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	6-4-26	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón	E.S.E. HOSPITAL		hsmn	
Tipo de identificacion	C	No. DE IDENTIFICACIÓN:	11336631	DIRECCIÓN:		Vda Peñas	
NOMBRES	Completos	APELLIDOS	Romero	EDAD	72	GENERO	Masculino
NÚMERO DE CONTACTO:	321 459 1256	Nombre de la EPS / EAPB	Nueva EPS	IPS / EAPB	hsmn	Grupos de riesgo segun RIAS	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Otro tipo de canalizacion	
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion	cual	cual		cual	
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Adulto con cifras tensionales con tendencia alta. Indica sfre de diabetes pero no toma medicamento. No requiere tomar medicamento.						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

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

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado (a) con ___ numero _____ 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	Mercedes Catalina Marcia	NOMBRE	
CARGO	Aux Enf #N/A	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Medicina gral	10-4-26	hsmn	Mercedes Catalina Marcia

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	6-4-26	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		E.S.E. HOSPITAL		hsyp	
Tipo de Identificacion	RC	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1069102107	DIRECCIÓN:		Vda Pereira	
NOMBRES	Ilen	APELLIDOS	Urreña	EDAD	6	GENERO	Masculino
NÚMERO DE CONTACTO:	323297 7976	Nombre de la EPS / EAPB	Nueva EPS	IPS / EAPB	hsyp	Grupos de riesgo segun RIAS	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud		Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Otro tipo de canalizacion	
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion	cual	cual		cual	
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Menor tiene Pendiente consulta integral de la infancia y Valoración por odontología						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. cyd	4.
2. odontología	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado (a) con ____ numero _____ 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	Nancy Cobos #N/A Nurse 6		NOMBRE	Yuli andrea Caicedo
CARGO	Dx GNF #N/A		OCUPACIÓN	
FIRMA			FIRMA	Yuli andrea caicedo

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
CyD	10-9-26	hsyp	Yuli Andrea Caicedo
odontología	16-4-26	hsyp	Yesenia Urreña

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	6-4-26	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón	E.S.E. HOSPITAL		hsnp	
Tipo de Identificacion	TI	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1029967050	DIRECCIÓN:		Vda Perico	
NOMBRES	Kevin Nicolas	APELLIDOS	Ureña	EDAD	11 años	GENERO	Masculino
NÚMERO DE CONTACTO:	323 927 7976	Nombre de la EPS / EAPB	Nueva EPS	IPS / EAPB	hsnp	Grupos de riesgo segun RIAS	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	RUTA CICLO DE VIDA.	Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Otro tipo de canalizacion	
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion	cual	cual		cual	
Breve descripcion que motiva la canalizacion	(Adolescente) diagnostico de 11 años sin control de la Infancia y pendiente Valoracion odontologica.						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. CYD	4.
2. Odontologia	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado (a) con ____ numero _____ 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 Cristina Rivera	ENFERMERA	NOMBRE	Yuli andrea Carrero
CARGO	APX	ENFERMERA	OCUPACIÓN	
FIRMA			FIRMA	Yuli andrea Carrero

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Odontologia	16-4-26	hsnp	Yisenia Valbuena
CYD	10-7-26	hsnp	Ma Camila Ruiz

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	

Powered by CamScanner

Cundinamarca Compromiso de todos	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD						
FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
FECHA DE CANALIZACION	6-4-26	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	NEMOCÓN	E.S.E. HOSPITAL		hsyn	
Tipo de identificacion	TI	No. DE IDENTIFICACIÓN:	1120874142	DIRECCIÓN:		Vda Pencca	
NOMBRES	Emily	APELLIDOS	Urrea	EDAD	9	GENERO	Femenino
NÚMERO DE CONTACTO:	323 297 7976	Nombre de la EPS / EAPB	Nueva EPS	IPS / EAPB	hsyn	Grupos de riesgo segun RIAS	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	Ruta Ciclo de vida.	Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Otro tipo de canalizacion	
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion	cual	cual		cual	
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Niña de 9 años pendiente control de la infancia y odontología.						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN	
1. cyd	4.
2. odontologia	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado (a) con ____ numero _____ 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 Cecilia #N/A Rivera	NOMBRE	Yuli andrea Caicedo
CARGO	Aux Enfermeria #N/A	OCUPACIÓN	
FIRMA		FIRMA	Yuli andrea caicedo

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
CyD	6-4-26	hsyn	Mª Catalina Ayala
odontologia	16-4-26	hsyn	Yurena Valencia

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	

Powered by CamScanner

Cundinamarca	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE REMISION INDIVIDUAL CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACION	6-4-26	MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Nemocón		E.S.E. HOSPITAL		hsupd	
Tipo de Identificacion	CC	No. DE IDENTIFICACIÓN: 1134527		DIRECCIÓN:		Vda Penco	
NOMBRES	Ramiro	APELLIDOS	Acosta	EDAD	58	GENERO	Hombre
NÚMERO DE CONTACTO:	321756 7687	Nombre de la EPS / EAPB	TMS	IPS / EAPB	hsupn.	Grupos de riesgo segun RIAS	
Canalizacion Ruta de promocion y mantenimiento de la salud	RUTA CICLO DE Vida	Canalizacion profesionales de APS		Otro tipo de canalizacion		Otro tipo de canalizacion	
Canalizacion a servicios sociales		otro tipo de canalizacion	cual	cual		cual	
Breve descripcion que motiva la canalizacion	Adulto sin control hace + de 2 años (P) toma Antigeno Prostatico						

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZACIÓN

1. medicina gral	4.
2.	5.
3.	6.

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado (a) con ____ numero _____ 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 #N/A Hernandez		NOMBRE	Ramiro Acosta
CARGO	Ax-Cnf #N/A		OCUPACIÓN	
FIRMA			FIRMA	aRamiroAcosta

SEGUIMIENTO SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES (Este espacio es exclusivo para ser diligenciado por el profesional que pretar los servicios)

SERVICIO	FECHA	IPS	FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
medicina gral	8-4-26	hsupn	yai catalina Muñoz

Documento elabrado por:	
Apoyo técnico:	

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	12-4-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		hsvm
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Valery Juliana UsecheV	EDAD: 7		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1051167005
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Perico.
TELEFONO DE CONTACTO:	3144507495			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:	hsvm.				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. CyD	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Niña de 7 años Sin consulta Integral dela Infancia

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 Herrera G
CARGO	Aux Enfermería
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Eliana Vásquez S
OCUPACIÓN	
FIRMA	Eliana Vásquez S

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Crecimiento y Desarrollo	16-4-26	hsvm	Kathem Vargas

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	12-4-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			hsupa
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Sandra Patricia Timon	EDAD: 49		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 65799724
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			DIRECCIÓN:	Pereira
TELEFONO DE CONTACTO:	3138165357			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] 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:	hsupa				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Cita Medicina gral	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulta femenina con Riesgo Cardiovascular dolor en MII se canaliza a consulta medica

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 Mesa G
CARGO	Dx GAF
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Patricia Timón
OCUPACIÓN	
FIRMA	Sandra Patricia Timón

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
medicina gral	15/4/26	hsupa	Johana Erazo

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	13-4-26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			H3 CM
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Julio Alberto Armenta	EDAD:	71	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	326925
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN	Vda Perco
TELEFONO DE CONTACTO:	3134126102			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	1
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	FM3
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:	H2MA				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Adulto mayor NO asiste hace + de 1año a consulta medica, Antigeno prostatico se le toma hace + de 6 años

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 Rueda G	FIRMA	[signature]
CARGO	Aux Enfermera	OCUPACIÓN	
FIRMA	[signature]	FIRMA	[signature]

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
medicina gral	14-4-26	H2MA	Diana Carolina Rueda

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	19-4-26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		Hsypn
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Marco Polo Urbano		EDAD: 65	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACI"N:	CC 1053900 6
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCI"N:	Perico
TELEFONO DE CONTACTO:	3138465357			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 ATENCI"N:	Hsypn				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Dermatología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Adulto con lesión en cara tiene pendiente orden de Dermatología Ordenadas se toman y se envían a Consentrasal en salud Hsypn

AUTORIZACI"N

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 Herrera
CARGO	Dx Enf
FIRMA	

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	QPU
OCUPACI"N	
FIRMA	QPU

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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 CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	12-4-26		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		HSyPN
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Snaider Ceron Caicedo	**EDAD:** 14		**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	TI 1072702097
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			**DIRECCI"N:**	Perico
TELEFONO DE CONTACTO:				**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 ATENCI"N:	Unidad Solu				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacuna VPH	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Menor Adolescente Sin Vacuna VPH.

AUTORIZACI"N

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	Paola Cosme Murcia G	**FIRMA**	
CARGO	Auxiliar Enfermeria	**OCUPACI"N**	
FIRMA		**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÖA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACI"N INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACI"N	12-4-26		**E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA**		Hsupn
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	Martha Liseth Alonso		**EDAD:** 31	**TIPO Y NMERO DE IDENTIFICACI"N:**	CC 1051100298
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocón			**DIRECCI"N:**	Perco
TELEFONO DE CONTACTO:	3134291012			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO ☐ VINCULADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒ SIN AFILIACIÓN ☐	ESPECIAL ☐	**EPS/EAPB**	Nueva EPS
Grupos de riesgo según RIAS	Materno – perinatal		Canalización Equipo Básico		SI ☒ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☒	Canalización servicios Institucionales	SI ☒ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☒
IPS DE ATENCI"N:	hsupn				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Ginecología	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCI"N QUE MOTIVA LA CANALIZACI"N

Usuaria indica deseo de quedar en gestacion indica aborto o consulta preconcepcional toma Acido folico tiene pendiente valoracion. por Ginecologia se envian soportes ecografia

AUTORIZACI"N

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 Carla Garcia	**FIRMA**	
CARGO	Ay Gerencia	**OCUPACI"N**	
FIRMA		**FIRMA**	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Usuaria se invita a Jornada de Ginecologia en Nemocón centro Pero indica q ahonta esta en temporada en Empresa de flores

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

Powered by CamScanner