Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	15/01/26		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		HSVPN
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Jeny Paola Pinilla T.	EDAD:	34 AÑOS	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072748258
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Astorga.
TELEFONO DE CONTACTO:	3147724524			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [V] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	famisanar.
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. Citología	4.
2. Planificación familiar	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Jeny Paola Pinilla Tangarife Identificado (a) con CC número 1072748258 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	Luz Yamile Buitrago Velasquez	FIRMA	Jeny Paola Pinilla
CARGO	Auxiliar de enfermería.	OCUPACIÓN	Servicio Domestico
FIRMA		FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luz Yamile Buitrago Velasquez
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	15-01/26

Powered by CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INTRAMURAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	14-04/26	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			HSCPN
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Ashley Rincon Oyuela.	EDAD:	18 AÑOS	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1075659234
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Nemocon			DIRECCIÓN:	Asterga.
TELEFONO DE CONTACTO:	3112028733			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	fernizamar.
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. Odontologia	4.
2. Medicina General	5.
3. Planificacion familiar	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Ashley Rincon Oyuela identificado (a) con CC número 1075659 234 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	Luz Yamile Buitrago Velasquez	FIRMA	Ashley Rincon O.
CARGO	Auxiliar de enfermera	OCUPACIÓN	Modisteria
FIRMA		FECHA	Ashley Rincon

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	Luz Yamile Buitrago Velasquez
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	14-04/26

Powered by CamScanner