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		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Evaristo RUBIO MARTINEZ.	EDAD: 69.	05-Jun 1956	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3003426.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá Cundinamarca.			DIRECCIÓN:	RETIRO BLANCO.
TELEFONO DE CONTACTO:	3144912960.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3144912960.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	NUEVA E.P.S.
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. Cita para cronicos.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

SE SOLICITA CITA PARA CONTROL DE CRONICOS. YA QUE TIENE CONTROL PERO RECLAMAR LOS MEDICAM

AUTORIZACIÓN

Yo Evaristo Rubio. Identificado (a) con ___ número 3003426 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	FANNORY RUEDA R.	FIRMA	Evaristo Rubio M
CARGO	AUX ENFERMERIA	OCUPACIÓN	
FIRMA	FANNORY RUEDA	FIRMA	Evaristo Rubio M

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
CONTROL CRONICOS		NUEVA E.P.S	FANNORY RUEDA

Documento elaborado por:	FANNORY RUEDA
Apoyo técnico:	AUX ENFERMERIA
Fecha Elaboración	

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	RUBIO RINCON EIRNAN DARIO.	EDAD: 43. 08.1983		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11325.039
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá cundinamarca.			DIRECCIÓN:	RETIRO BLANCO 3.
TELEFONO DE CONTACTO:	3144901404.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3144901404
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	NUEVA E.P.S.
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:					

Horas de la Tarde. **SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO**

1. Cita de MEDICINA General.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo x Eirnan Dario. Rincon Identificado (a) con ___ número x 11325 039 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	fairory RUEDA	FIRMA	x
CARGO	AUX enfermeria.	OCUPACIÓN	
FIRMA	fairory RUEDA	FIRMA	x

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Cita medicina Genc	NUEVA E.P.S	E.P.S	fairory RUEDA

Documento elaborado por:	fairory RUEDA
Apoyo técnico:	AUX Enfermeria
Fecha Elaboración	

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Deisi paola Roballo C.	EDAD: 41. 11/04/1984		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35.450505.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá Cundinamarca.			DIRECCIÓN:	Retiro Blanco.
TELEFONO DE CONTACTO:	313.4860.734.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3134860734.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	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. Consulta primera vez nutrición y dieta	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo X Deissy Paola Robayo castro Identificado (a) con ___ número X 35'450505 ___ 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	
NOMBRE	FAIRNORY RUEDA R.
CARGO	AUX Enfermeria.
FIRMA	FAIRNORY RUEDA

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Nutricionista		famisanar	FAIRNORY RUEDA R.

Documento elaborado por:	FAIRNORY RUEDA
Apoyo técnico:	AUX Enfermeria
Fecha Elaboración	

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	JOSE VICENTE QUEVEDO	EDAD: 66	20/JUL 1959	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3002655
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá Cundinamarca.			DIRECCIÓN:	Retiro Blancos.
TELEFONO DE CONTACTO:	322. 314. 1037			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	322 314. 1037
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	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. Cita General.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

Se remite por segunda Vez a cita General la cual se agenda pero el señor refiere que se le an di agendado asistir, la cual se gestiona por manejar tensiones altas.

AUTORIZACIÓN

Yo Jose Vicente Quevedo. Identificado (a) con número 3002655 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	faiznory RUEDA
CARGO	AUX enfermeria
FIRMA	faiznory RUEDA

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Jose Vicente Quevedo
OCUPACIÓN	Agricultor
FIRMA	Jose Vicente Quevedo

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Cita General		famisanar	faiznory RUEDA R.

Documento elaborado por:	faiznory RUEDA
Apoyo técnico:	AUX enfermeria
Fecha Elaboración	

Hora 7 ABRIL
fecha 8-20. DOU WILLIAM

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	Elizabth Garzon.	EDAD: 40. 24 SEP 1985		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069.256.225
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá Cundinamarca.			DIRECCIÓN:	RETIRO BLANCO.
TELEFONO DE CONTACTO:	.311.820.2945			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	311 820 2945
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [X] CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	Compensar
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. MEDICINA INTERNA	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Elizabeth garzon Identificado (a) con ___ número 1069256225 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	FARNORY RUEDA RUEDA	FIRMA	Elizabeth garzon
CARGO	AUX enfermeria.	OCUPACIÓN	
FIRMA	FARNORY RUEDA	FIRMA	Elizabeth garzon

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
MEDICINA INTERNA		Compensar	FARNORY RUEDA

Documento elaborado por:	FARNORY RUEDA
Apoyo técnico:	AUX ENFERMERIA
Fecha Elaboración	

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	EDUARDO CASTAÑEDA RODRIGUEZ.	EDAD: 59.	28-JU 1966	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80394470.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Choconta Cundinamarca.			DIRECCIÓN:	RETIRO BIANCOS.
TELEFONO DE CONTACTO:				TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3138425966.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] VINCULADO [ ] SIN AFILIACIÓN [ ]			EPS/EAPB	NUEVA E.P.S.
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. Cita General.	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo x Eduardo Castañeda Identificado (a) con ___ número x 80394470 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	FAIRNORY ROEDA R.
CARGO	AUX Enfermeria.
FIRMA	FAIRNORY ROEDA.

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	x Eduardo Castañeda
OCUPACIÓN	
FIRMA	Eduardo Castañeda

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Cita General		NUEVA E.P.S.	FAIRNORY ROEDA

Documento elaborado por:	FAIRNORY ROEDA
Apoyo técnico:	AUX Enfermeria.
Fecha Elaboración	

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN			E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		San Martin Pedrero
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	Eliana RUBIO MONTENEGRO	EDAD: 18	25-Jun 2007	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069259249.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá Cundinamarca			DIRECCIÓN:	RETIRO BLANCOS.
TELEFONO DE CONTACTO:	312.390.26.64.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	312390 26 64.
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL / VINCULADO / SIN AFILIACIÓN			EPS/EAPB	NUEVA E.P.S.
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. Cita General	4.
2. Control de planificacion	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

REMITO EL USUARIO A CONTROL CON MEDICO GENERAL YA QUE refiere que NO mantiene un peso si no baja y sube y para la edad tiene Un Peso de 44,

AUTORIZACIÓN

Yo Shanth Eliana Rubio Montenegro Identificado (a) con CC número 1069259249 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	FAIRNORY RUEDA R.
CARGO	AUX Enfermeria.
FIRMA	FAIRNORY RUEDA

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Shanth Rubio
OCUPACIÓN	
FIRMA	Shanth Rubio

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Cita General Planificacion		NUEVA E.P.S.	FAIRNORY RUEDA

Documento elaborado por:	FAIRNORY RUEDA
Apoyo técnico:	AUX Enfermeria.
Fecha Elaboración	

Gobernación Cundinamarca

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			SAN MARTIN P.
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO:	SANDRA MONTENEGRO.	EDAD: 35.	01-AGO 1990	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1.069.260.518
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	CHOCONTA CUNDINAMARCA			DIRECCIÓN:	RETIRO BLANCO
TELEFONO DE CONTACTO:	314.490.1404			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	314.490.14.04
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	EPS/EAPB	NUEVA E.P.S.
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:					

Horas de la tarde.

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Sandra Milena Montenegro yepes Identificado (a) con ___ número 1069260518 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	FAIRNORY RUEDA	FIRMA	Sandra Milena Montenegro
CARGO	AUX ENFERMERIA	OCUPACIÓN	
FIRMA	FAIRNORY RUEDA	FIRMA	Sandra Milena Montenegro

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Cita General.		NUEVA E.P.S.	FAIRNORY RUEDA

Documento elaborado por:	FAIRNORY RUEDA
Apoyo técnico:	AUX ENFERMERIA
Fecha Elaboración	