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:	LIAN FERNANDO RINCON LIZA	EDAD: 9m. 24/04/20.25		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1 069. 269. 664.
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá cundinamarca.			DIRECCIÓN:	RETIRO BLANCO 1
TELEFONO DE CONTACTO:	311 581. 4909.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3115814909.
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. Vacunación influenza.	4.
2. Vacunación 12 MESES.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo ANDREA LIZARAZO MEDINA Identificado (a) con CC número 1069266485 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 ROJEDA
CARGO	AUX enfermeria.
FIRMA	FAIZNORY ROJEDA

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	
OCUPACIÓN	
FIRMA	

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Vacunación		famisanar	FAIZNORY ROJEDA R.

mento elaborado por:	FAIZNORY ROJEDA
técnico:	AUX Enfermeria
Elaboración	

Scanned with 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		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	TANIA ALEJANDRA PEÑATA	EDAD: 9. 21 AÑOS		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069266711
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá cundinamarca			DIRECCIÓN:	RETIRO BLANCO
TELEFONO DE CONTACTO:	3175573642.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3175573642
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. Vacuna - V.P.H	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Andrea Sarmiento Marin Identificado (a) con ___ número 1069267537 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	fanory RUEDA	FIRMA	Andrea Sarmiento
CARGO	Aux Enfermera.	OCUPACIÓN	
FIRMA	fanory RUEDA.	FIRMA	Andrea Sarmiento

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Vacunacion	ABRIL	NUEVA E.P.S.	fanory RUEDA

Documento elaborado por:	1069258330
Apoyo técnico:	Aux Enfermeria.
Fecha Elaboración	ABRIL

Scanned with 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		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO:	laura Antonella peñota.	EDAD: 9. 2016 21/ago		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1069269549
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	Chocontá cundinamarca.			DIRECCIÓN:	RETIRO BLANCOS
TELEFONO DE CONTACTO:	3175573642.			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:	3175573642
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:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

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

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo Andrea Sarmiento Mario Identificado (a) con ___ número 1069267537 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	Fairory RUEDA
CARGO	Aux Enfermeria
FIRMA	fairory RUEDA

USUARIO CANALIZADO	
FIRMA	Andrea Sarmiento
OCUPACIÓN	
FIRMA	Andrea Sarmiento

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO
Enfermeria	ABRIL	NUEVA E.P.S.	fairory RUEDA

Documento elaborado por:	1069258330 .
Apoyo técnico:	Aux Enfermeria
Fecha Elaboración	1069 · fairory

Scanned with CamScanner