SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**may-26**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**SAN ANTONIO**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	ALBA JANETH SARMIENTO	**EDAD: 32 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1071143472
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**CHOCHE**
TELEFONO DE CONTACTO:	3144446199		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
Grupos de riesgo según RIAS	ADULTEZ	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 MEDICINA GENERAL	4.
2. CITOLOGIA	5.
3. ODONTOLOGIA	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

SE CANALIZA PARA MEDICINA GENARAL, CITOLOGIA, ODONTOLOGIA

AUTORIZACIÓN

Yo ALBA SARMIENTO_____ Identificado (a) con _CC_ número ____1071143472_____ 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	MERCEDES CIFUENTES	**FIRMA**	ALBA SARMIENTO
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	MERCEDES CIFUENTES	**FIRMA**	ALBA SARMIENTO

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
CITOLOGIA	**28/05/2026**	**HOSPITAL SAN ANTONIO**	**MILENA MUNAR**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	