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 :	ANA AURORA CORTES	**EDAD:54 AÑOS**		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	20652065
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**	**CHOCHE**
TELEFONO DE CONTACTO:	3108186154			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO X	ESPECIAL	**EPS/EAPB**	FAMISANAR
	VINCULADO	SIN AFILIACIÓN			
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. MEDICINA GENARAL	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

SE CANALIZA PARA MEDICINA GENERAL

AUTORIZACIÓN

Yo ANA CORTES_____ Identificado (a) con _CC_ número ____20652065_____ 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**	ANA CORTES
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	MERCEDES CIFUENTES	**FIRMA**	ANA CORTES

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
MEDICINA GENERAL	**2/06/2026**	**HOSPITAL SAN ANTONIO**	**FRANCISCO PEREZ**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	