SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**mar-26**	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA		**SAN ANTONIO**
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	JOSE DELCARMEN SOLER	**EDAD: 71 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	3057973
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**SANTA MARIA**
TELEFONO DE CONTACTO:			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB** FAMISANAR
Grupos de riesgo según RIAS	PRIMERA INFANCIA	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.CICLO VITAL	4.
2. ODONTOLOGIA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

SE CANALIZA PARA CICLO VITAL Y ODONTOLOGIA

AUTORIZACIÓN

Yo JOSE DEL CARMEN SOLER_____ Identificado (a) con _CC_ número ____3057973_____ 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**	JOSE SOLER
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	MERCEDES CIFUENTES	**FIRMA**	JOSE SOLER

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
CICLO VITAL	**8/04/2026**	**HOSPITALSAN ANTONIO**	**SARA FERNANDEZ**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	