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 :	ERICA JOHANA CASTILLO	**EDAD: 30 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1071144109
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**SANTA MARIA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3208687674		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB** FAMISANAR
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. ODONTOLOGIA	4.
2. CONTROL PRENATAL	5.
3. VACUNACION	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

SE CANALIZA PARA ODONTOLOGIA, CONTROL PRENATAL, VACUNACION

AUTORIZACIÓN

Yo ERICA CASTILLO_____ Identificado (a) con _CC_ número ____1071144109_____ 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**	ERICA SARMIENTO
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	MERCEDES CIFUENTES	**FIRMA**	ERICA SARMIENTO

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**
HIGIENE ORAL	**29/05/2026**	**HOSPITAL SAN ANTONIO**	**SARA GIRALDO**
CONTROL PRENATAL	**2/06/2026**	**HOSPITAL SAN ANTONIO**	**LIZETH TORRES**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	