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 :	JULIO CESAR GARZON	**EDAD: 49 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	80542102
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**SANTA MARIA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3204853145		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL [ ] / VINCULADO [ ] / SIN AFILIACIÓN [X]		**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 X NO [ ]
IPS DE ATENCIÓN:				

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. SEGURIDAD SOCIAL	4.
2.	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

SE CANALIZA PARA ASEGURAMIENTO

AUTORIZACIÓN

Yo JULIO GARZON_____ Identificado (a) con _CC_ número ____80542102_____ 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**	JULIO GARZON
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	EMPLEADO
FIRMA	MERCEDES CIFUENTES	**FIRMA**	JULIO GARZON

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	