Gobernación de Cundinamarca	**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 :	LAURA CAMILA ACOSTA	**EDAD:27 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	1071144642
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA		**DIRECCIÓN:**	**CHOCHE**
TELEFONO DE CONTACTO:	3108186154		**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**	
TIPO ASEGURAMIENTO:	SUBSIDIADO X VINCULADO	CONTRIBUTIVO SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB** FAMISANAR
Grupos de riesgo según RIAS	JUVENTUD	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. CITOLOGIA	4.
2. ODONTOLOGIA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

SE CANALIZA PARA MEDICINA GENERAL

AUTORIZACIÓN

Yo LAURA CAMILA ACOSTA_____ Identificado (a) con _CC_ número ____1071144642_____ 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**	LAURA ACOSTA
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	HOGAR
FIRMA	MERCEDES CIFUENTES	**FIRMA**	LAURA ACOSTA

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	