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 :	PABLO TORRES	**EDAD:55 AÑOS**		**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	3059030
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**	**SANTA MARIA**
TELEFONO DE CONTACTO:	3203465037			**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. ODONTOLOGIA	5.
3.	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

SE CANALIZA PARA MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGIA

AUTORIZACIÓN

Yo PABLO TORRES_____ Identificado (a) con _CC_ número ___3059030_____ 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**	PABLO TORRES
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**OCUPACIÓN**	INDEPENDIENTE
FIRMA	MERCEDES CIFUENTES	**FIRMA**	PABLO TORRES

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**
ODONTOLOGIA	**2/06/2026**	**HOSPITAL SAN ANTONIO**	**JENNIFER AREVALO**

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	