**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 :** | RUTH BERROCAL HERNANDEZ | **EDAD: 1 AÑOS** | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 1068592761 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | GUATAVITA | | **DIRECCIÓN:** | **CHOCHE** |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | 3504895070 | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO X / VINCULADO | CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN | ESPECIAL | **EPS/EAPB** | NUEVA EPS |
| 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. | 5. |
| 3. | 6. |

**BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN**

**SE CANALIZA PARA CICLO VITAL**

**AUTORIZACIÓN**

Yo NOHEMITH HERNANDEZ_____ Identificado ( a) con _CC_ número ____1068583911_____ 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** | NOHEMITH HERNADEZ |
| **CARGO** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | **OCUPACIÓN** | HOGAR |
| **FIRMA** | MERCEDES CIFUENTES | **FIRMA** | NOHEMITH HERNADEZ |

## SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

| **SERVICIO** | **FECHA:** | **NOMBRE IPS:** | **NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO** |
|---|---|---|---|
| **CICLO VITAL** | **28/05/2026** | **HOSPITAL SAN ANTONIO** | **NATALIA AVELLANEDA** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| Documento elaborado por: | |
| Apoyo técnico: | |
| Fecha Elaboración | |