**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 :** | VICTOR HUGO SARMIENTO | **EDAD: 42 AÑOS** | **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 80564528 |
| **MUNICIPIO DE RESIDENCIA:** | GUATAVITA | | **DIRECCIÓN:** | **CHOCHE** |
| **TELEFONO DE CONTACTO:** | 3125751485 | | **TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:** | |
| **TIPO ASEGURAMIENTO:** | SUBSIDIADO / CONTRIBUTIVO / ESPECIAL [ ] | | **EPS/EAPB** | |
| | VINCULADO [ ] / SIN AFILIACIÓN [X] | | | |
| 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 VICTOR HUGO SARMIENTO_____ Identificado ( a) con _CC_ número ____80564528_____ 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** | VICTOR SARMIENTO |
| **CARGO** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | **OCUPACIÓN** | EMPLEADO |
| **FIRMA** | MERCEDES CIFUENTES | **FIRMA** | VICTOR SARMIENTO |

## SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

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

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