SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDIN
MODELO DE ATENCION PRIMARIA E

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	**1/05/2026**		E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA	
NOMBRE COMPIETO DEL USUARIO :	MARIA JOSE DIAZ SARMIENTO		**EDAD: 13 AÑOS**	**TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	GUATAVITA			**DIRECCIÓN:**
TELEFONO DE CONTACTO:	3202496508			**TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO:**
TIPO ASEGURAMIENTO :	SUBSIDIADO X / VINCULADO	CONTRIBUTIVO / SIN AFILIACIÓN	ESPECIAL	**EPS/EAPB**
riesgo según RIAS	ADOLECENCIA		Canalización Equipo Básico	
equipos complementario	SI / NOX	Canalización servicios institucionales	SIX / NO	Canalización a servicios sociales
IPS DE ATENCIÓN:	**HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA**			

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

1. ADOLECENCIA MEDICINA GENERAL	4.
2. ODONTOLOGIA	5.
	6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo MARIA JOSE DIAZ SARMIENTO Identificado (a) con T.L número 1071143658 por medio de mi firma SI _X_ N
compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA			
NOMBRE	LAUDICE FEO ORTIZ		**FIRMA**
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA		**OCUPACIÓN**
FIRMA			**FIRMA**

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	**FECHA:**	**NOMBRE IPS:**	**NOMBRE DE**
. ADOLECENCIA MEDICINA GENERA	**19/05/2026**	**H.S.A.G**	
ODONTOLIGIA	**19/05/2026**	**H.S.A.G**	

Documento elaborado por:	
Apoyo técnico:	
Fecha Elaboración	

IAMARCA
EN SALUD

H.S.A.G.

TL 1071143658

CORALES

FAMISANAR

SI X	NO
SI	NOX

NO___ autorizo que mi información sea

USUARIO CANALIZADO

MARIA JOSE DIAZ SARMIENTO

ESTUDIANTE

EL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SERVICIO

SONIA BERNAL

