



SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -SISPIC-
FORMATO DE CANALIZACIÓN

DATOS DEL INDIVIDUO:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha de nacimiento: (AAAA-MM-DD)	Tipo Doc. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> TI Identidad <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> CE	Número Doc. Identidad	Sexo: <input type="checkbox"/> Hom <input type="checkbox"/> Muj <input type="checkbox"/> Int Género: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Tr Orientación: <input type="checkbox"/> Hetero <input type="checkbox"/> Homo <input type="checkbox"/> Bi *
Teléfono:	Dirección:	Barrio	Localidad
Étnia: <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Afro <input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> Rom	Población Especial: <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Persona con Discapacidad <input type="checkbox"/> Habitante Calle <input type="checkbox"/> Cabeza Familia		
Aseguradora (EAPB, EPS):		IPS Primaria:	

* El dato de orientación sexual sólo aplica para intervenciones LGBT

DATOS DE LA CANALIZACIÓN:

Hospital (ESE):	Componente o ámbito:
Tipo de canalización: <input type="checkbox"/> A SERVICIOS ASISTENCIALES:	<input type="checkbox"/> A SERVICIOS SOCIALES:
<u>Servicio asistencial solicitado:</u> <input type="checkbox"/> Vacunación <input type="checkbox"/> Control de Crecimiento y Desarrollo <input type="checkbox"/> Consulta de detección temprana de alteraciones <input type="checkbox"/> Regulación de la fecundidad <input type="checkbox"/> Toma de citología vaginal <input type="checkbox"/> Consulta de control prenatal <input type="checkbox"/> Programa de hipertensos <input type="checkbox"/> Programa de diabéticos <input type="checkbox"/> Programa de transmisibles <input type="checkbox"/> Consulta médica general <input type="checkbox"/> Consulta odontológica general <input type="checkbox"/> Consulta nutricional <input type="checkbox"/> Laboratorio para sintomático respiratorio <input type="checkbox"/> Programa de discapacidad <input type="checkbox"/> Programa de salud mental	<u>Entidad social destino:</u> <input type="checkbox"/> Secretaría de integración Social (SDIS) <input type="checkbox"/> Dirección Local de Educación (DILE) <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) <input type="checkbox"/> Unidad de Atención y Orientación a Población Desplazada (UAO) <input type="checkbox"/> Programa Presidencial de Acción Social <input type="checkbox"/> Secretaría de Hábitat <input type="checkbox"/> Secretaría de Ambiente <input type="checkbox"/> Instituto Distrital para la Participación y Acción Comunal (IDPAC) <input type="checkbox"/> Instituto para la Economía Social (IPES) <input type="checkbox"/> Personería <input type="checkbox"/> Defensoría del Pueblo <input type="checkbox"/> Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP)
Otro servicio asistencial:	<u>Prioridad en la atención, teniendo en cuenta el grado de vulneración del derecho:</u> <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja
Entidad asistencial destino:	Servicio social solicitado:
Entidad asistencial destino:	Otra entidad social destino:
Descripción del caso:	
Canalizado por:	Firma:
Cargo:	Fecha Canalización:
Resultado de la canalización:	
Respuesta registrada por:	Firma:
Cargo:	Fecha Respuesta: