Fecha de realización del traslado: 02/08/2024

OPERADOR QUE ENTREGA	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
OPERACIÓN DIRECTA - CENTRO RENACER	N/A
OPERADOR QUE RECIBE	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA (CIAI) GRUPO 6	

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Nombre participante MARIA ALEJANDRA RINCÓN MELO			
Fecha de Nacimiento: 19/10/2005		Edad	18 AÑOS 9 MESES
No. documento de identidad 1.011.088.720			de Bogotá
Tipo de documento marque con una x según corresponda			
Registro civil		Cédula de ciudadanía	X
Tarjeta de identidad		Cédula de extranjería	
Otro		¿Cuál?	

2. DATOS DE AFILIACIÓN A SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD:

Tipo de Afiliación					
Contributivo		Subsidiado	**X**	Vinculado/a	
EPS: CAPITAL SALUD EPS		IPS Primaria USS Chapinero			
Tipo de vinculación		Afiliado/a	X	Beneficiario/a	
Si es vinculado/a describa el estado actual de la afiliación marque con una x según corresponda					
Activo	**X**	Desafiliado		Suspendido	
Último control médico especialista o general: 31/07/2024					
Motivo Control y reformulación de tratamiento					

Recomendaciones generales de la consulta		
Acciones por realizar Reclamar tratamiento farmacológico.		
Fecha consulta seguimiento DD/MM/AAAA	No Aplica	**X**

3. CITAS, PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES PENDIENTES POR CUMPLIR O ASIGNAR:

3.1 Citas médicas pendientes por cumplir o asignar:

Especialidad	Estado del proceso	Fecha	IPS o lugar de atención	Se recibe orden medica	
OPTOMETRÍA	Se llama de manera frecuente a revisar disponibilidad y no se ha podido conseguir control	DD/MM/AAAA	UNIVER	SI **X**	NO
NEUROLOGÍA	AGENDAR PARA EL MES DE NOVIEMBRE	DD/MM/AAAA	HOSPITAL SIMON BOLIVAR	SI **X**	NO
PSIQUIATRÍA	CONTROL ABIERTO	DD/MM/AAAA	HOSPITAL DE CHAPINERO	SI **X**	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones:

_____

_____

_____

3.2 Exámenes o procedimientos pendientes por realizar:

Procedimientos/imágenes diagnósticas/laboratorios	Fecha	Institución que la realiza	Se recibe orden medica	
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones:

_____

_____

_____

4. ANTECEDENTES

Diagnósticos			
Diagnostico 1	G409 Epilepsia, tipo no especificado	Diagnostico 3:	Hipotiroidismo
Diagnostico 2:	F729 Retraso mental grave, deterioro del comportamiento de grado no especificado	Diagnostico 3:	Hipertension esencial

Fecha última hospitalización	DD/MM/AAAA
Quirúrgicos	Ninguno
Alérgicos	Ninguno
Traumáticos (caídas previas, eventos adversos)	Ninguno
Tóxicos	Ninguno
Ostomías	No

Familiares	Desconocidos
Transfusionales	Ninguno

Observaciones:

_____

_____

_____

.4.1 Tratamiento farmacológico habitual:

Tratamiento farmacológico instaurado						
Especialidad	Medicamento	Presentación	Dosis	Frecuencia y vía de administración	Cantidad entregada	Fecha próxima entrega
Medicina general	Carbamazepina	Tab 200mg	0-0-1	c/24h VO	30 TAB	01/ 09/2024
Medicina general	Levotiroxina	Tab 50mcg	1-0-0	c/24h VO	25 TAB	01/ 09/2024
Medicina general	Amlodipino	Tab 10mg	1-0-0	c/24h VO	90 TAB	01/ 09/2024
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA

5. VALORACION NUTRICIONAL - FISICA - MENTAL

5.1. VALORACION NUTRICIONAL

PESO	43,5 kg	TALLA	142,26 cm	IMC	21,39
Diagnóstico Nutricional		Normal según IMC			
Fecha de última valoración		30/07/2024			

Dieta habitual	Alimentación Institucional ajustada por: - Su estado nutricional y condiciones médicas en: Dieta Normocalorica - Normoproteica /Hiposodica / Renal/ Alta En Fibra / Consistencia Normal - Preferencias alimentarias: No hígado, ni frutas mezcladas.
Intolerancias alimentarias	Ninguna.

Alteraciones en el apetito		SI **X**	Piezas dentarias			
		NO	completas **X**	incompletas	ausentes	
Dificultad para comer						
Masticar	SI	NO **X**	Ingesta independiente	SI	NO **X**	
Deglución	SI	NO **X**	Hiperfagía	SI	NO **X**	

Estado de la piel

Alteraciones en la piel	SI **X**	NO	Dermatitis		Prurito	
			Edemas		Laceraciones	
Lesiones cutáneas	SI **X**	NO	¿Cuál? Presenta múltiples cicatrices pequeñas en parte interna de miembros superiores,			
Zonas por presión	SI	NO **X**	Lugar			
Equimosis	SI	NO **X**	Lugar			
Origen de la equimosis						

Observaciones:

_____

_____

_____

4.2. VALORACIÓN MENTAL

Estado de conciencia								
Alerta	SI **X**	NO	Confuso	SI	**X** NO	Somnolencia	SI	**X**NO
Orientación								

Tiempo	SI	NO**X**	Espacio	SI**X**	NO	Persona	SI **X**	NO
Lenguaje								
Coherente	SI **X**	NO	Incoherente	SI	NO **X**	Otro	SI	NO
¿Cuál? Lenguaje verbal oral fluido con adecuada coherencia y cohesión del discurso oral, sin embargo, se describen ocasionales episodios de discurso imaginario relacionado con las vivencias de terceros.								

Observaciones:
Manifiesta confabulación dado proceso de memoria con pensamiento fantasioso o pueril dado su ciclo vital._____
_____

RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA:

Se es preciso mantener un acercamiento y seguimiento en el área personal y afectiva con la joven por tanto se le genere conciencia sobre su estado emocional, seguimiento en tareas de ABC y AVD, retroalimentación de su diario vivir manteniendo de esta forma un acercamiento empático y filial con la participante, mantener contacto con la referente afectiva la señora Maria Carmen por cuanto ha sido un ente fundamental de refuerzo en área social y emocional de la misma.

5. HABILIDADES Y CAPACIDADES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES:

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	SEMI-INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTACIÓN		Alimentación Normocalorica, ajustada a particularidades médicas, de consistencia normal sin dificultad en los procesos masticatorios ni deglutorios. Requiere apoyo verbal para disminuir el tiempo requerido para la alimentación por hipoactividad en cuanto a patrón mano boca.	
VESTIDO	Proceso autónomo de vestido y		

	desvestido, sin embargo requiere de supervisión pues tiende a demorarse más tiempo del normal realizando el proceso, Conforme a su edad cronológica suele utilizar, ropa casual como vestidos, tenis en su mayoría, blusas, jean, etc		
TRASLADOS	Su marcha es lenta y con arrastre de pies, sin embargo, realiza el proceso de manera normal y sin apoyos.		
BAÑO		Requiere de supervisión para realizar el proceso de manera organizacional, el uso de los elementos debe ser recordado pues tiende a olvidarlos, requiere de apoyo para el acicalado total.	

6. INSPECCIÓN POR SISTEMAS:

SISTEMA	OBSERVACION
Digestivo	No presenta masas, distensión o dolor abdominal, no náuseas, vómito o pirosis. Ingiere alimentos sin dificultad, en tiempos más largos de lo acostumbrado.
Respiratorio	Participante con adecuado tipo y modo respiratorio que le permite el desarrollo de procesos de soplo abierto y cerrado de forma adecuada. adecuada coordinación fono-respiratoria y deglución-respiración.

Osteomuscular	Participante quien presenta condiciones mioarticulares conservadas, sin antecedentes de fracturas y/o deformidades, con un desempeño muscular global de 3/ 5 segun Escala de Daniels
Piel	Presenta múltiples cicatrices pequeñas en parte interna de miembros superiores, no tenemos conocimiento de lesiones, accidentes o alteraciones de salud relacionadas. No presenta lesiones que requieran de curaciones de manera regular.
Urinario	Presenta incontinencia urinaria por momentos, no avisa o no pasa al baño cuando lo requiere por lo que requiere de refuerzo para realizar control de esfínteres de manera frecuente.
Auditivo	Audición Normal Bilateral.
Visual	Requiere de lentes formulados, debido a accidente montura en el momento se encuentra fracturada.

7. SOPORTES ENTREGADOS:
Formulas y órdenes relacionadas anteriormente

8. RECOMENDACIONES GENERALES

A nivel nutricional, se recomienda ofrecer alimentación institucional ajustada a particularidades médicas y preferencias alimentarias. Brindar apoyo verbal durante los tiempos de comida para garantizar ingesta completa de alimentos ofrecidos en los tiempos establecidos, y mantener su estado nutricional.

Se recomienda mantener el vinculo con la madrina de corazon señor Maria del Carmen Celis pues para Maria Alejandra es un apoyo emocional significativo

Desde las competencias neuromotrices y habilidades motoras, se debe promover en Maria Alejandra la práctica de estilos de vida saludable, con el fin de mejorar sus condiciones osteomusculares globales. Además, se debe continuar favoreciendo el aprendizaje de habilidades motrices, con el fin de mejorar sus patrones fundamentales de movimiento e inclusión en las actividades deportivas del gusto de la participante.

9. Nombre de los profesionales que realizan la valoración y aportan con información registrada en el formato:

Nombre del profesional	Profesión - cargo	No. reg.profesional	Firma
Laura Valentina Corredor	Psicóloga	267461	
Yaniris Johana Arnedo Perez	Fonoaudióloga	09-01542	
Laura Jhoana Redondo Guerra	Nutricionista Dietista	1030684255	
Adriana Gonzalez Orozco	Trabajadora Social	35520415	
Mildrella Pedrozo Molina	Educadora Especial	521536201	
Laura Andrea Betancur Parra	Terapeuta Ocupacional	1026296528	
Leidy Johana Bohorquez Santos	Fisioterapeuta	1030584947	
Mavi Padilla Espinosa	Enfermerx	1016077994	

Compromisos generados durante el proceso:

Compromisos	Responsable	Fecha de Ejecución

Nombre del referente	Parentesco
Firma	

Observaciones:

Maria Alejandra Rincon es una joven con medida de adopción, incluida en el programa de Referentes afectivos, con madrina de corazón, señora Maria del Carmen Celis quien se encuentra en nivel 4 del programa de Referentes afectivos del ICBF, con autorización de salidas de vacaciones. la madrina lleva más de siete años en el programa y es un apoyo emocional fuerte para Maria Alejandra

Nombre de quien entrega la persona con discapacidad:	Nombre de quien recibe la persona con discapacidad:
Profesión:	Profesión:
CIAI que entrega:	CIAI quien recibe:

Convenio de asociación No.	Convenio de asociación No.
Número de cedula del profesional:	Número de cedula del profesional:

“En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía”.

Fecha de realización del traslado: 02/08/2024

OPERADOR QUE ENTREGA	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
OPERADOR QUE RECIBE	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA (CIAI) NIVEL 6	

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Nombre participante LINDA LISET BUSTOS CANTILLO			
Fecha de Nacimiento: 20/03/2005	Edad	19 AÑOS 3 MESES	
No. documento de identidad 1024514513		de Bogotá	
Tipo de documento			
Registro civil		Cédula de ciudadanía	**X**
Tarjeta de identidad		Cédula de extranjería	
Otro		¿Cuál?	

2. DATOS DE AFILIACIÓN A SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD:

Tipo de Afiliación					
Contributivo		Subsidiado	**X**	Vinculado/a	
EPS: CAPITAL SALUD EPS		IPS Primaria USS Chapinero			
Tipo de vinculación		Afiliado/a	**X**	Beneficiario/a	
Si es vinculado/a describa el estado actual de la afiliación					
Activo	**X**	Desafiliado		Suspendido	
Último control médico especialista o general: 26/04/2024					
Motivo Joven refiere dolor en miembros inferiores					

Recomendaciones generales de la consulta Medico valora e indica que mialgias y artralgias se puede deber a sedentarismo por lo que da recomendaciones de realizar estiramientos y actividad física de manera periódica.		
Acciones por realizar Ninguna		
Fecha consulta seguimiento DD/MM/AAAA	No Aplica	**X**

3. CITAS, PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES PENDIENTES POR CUMPLIR O ASIGNAR:

3.1 Citas médicas pendientes por cumplir o asignar:

Especialidad	Estado del proceso	Fecha	IPS o lugar de atención	Se recibe orden medica	
Dermatología	Agendada	05/03/2024	Centro de salud tipo 2	SI **X**	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones:

_____
_____
_____

3.2 Exámenes o procedimientos pendientes por realizar:

Procedimientos/imágenes diagnósticas/laboratorios	Fecha	Institución que la realiza	Se recibe orden medica	
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones:

_____

_____

_____

4. ANTECEDENTES

Diagnósticos			
Diagnostico 1	Discapacidad cognitiva leve	Diagnostico 3:	
Diagnostico 2:	Acné vulgar	Diagnostico 3:	
Fecha última hospitalización	DD/MM/AAAA		
Quirúrgicos	Ninguno		
Alérgicos	PIÑA		
Traumáticos (caídas previas, eventos adversos)	Ninguno		
Tóxicos	Ninguno		
Ostomías	No		

Familiares	Desconocidos
Transfusionales	No

Observaciones:

_____

_____

_____

.4.1 Tratamiento farmacológico habitual:

No cuenta con tratamiento farmacológico instaurado en la actualidad.

Tratamiento farmacológico instaurado						
Especialidad	Medicamento	Presentación	Dosis	Frecuencia y vía de administración	Cantidad entregada	Fecha próxima entrega
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA

5. VALORACION NUTRICIONAL - FISICA - MENTAL

5.1. VALORACION NUTRICIONAL

PESO	60 kg	TALLA	150,4 cm	IMC	26,53
Diagnóstico Nutricional		Sobrepeso según IMC			
Fecha de última valoración		30/07/2024			
Dieta habitual		Alimentación Institucional ajustada por:			

	- Su estado nutricional en: Hipocalorica-hipoglucida/alta en fibra / consistencia normal - Preferencias alimentarias: No champiñón, no pescado, no uvas pasas, no jugo de guanábana.
Intolerancias alimentarias	Alergia a la piña

Alteraciones en el apetito	SI	Piezas dentarias		
	NO **X**	completas **X**	incompletas	ausentes

Dificultad para comer					
Masticar	SI	NO **X**	Ingesta independiente	SI **X**	NO
Deglución	SI	NO **X**	Hiperfagía	SI	NO **X**

Estado de la piel marque con una (X) según corresponda el estado de la piel de la persona con discapacidad

Alteraciones en la piel	SI **X**	NO	Dermatitis	SI **X**	Prurito	
			Edemas		Laceraciones	
Lesiones cutáneas	SI **X**	NO	¿Cuál? Lesiones en cara por antecedente de acné.			
Zonas por presión	SI	NO	Lugar			
Equimosis	SI	NO	Lugar			
Origen de la equimosis						

Observaciones:
Presenta dermatitis atopica por algunas sustancias como jabones por lo que de manera esporádica presenta dermatitis especialmente en parte posterior de cuello amanerada con corticoides en tratamientos cortos.

4.2. VALORACIÓN MENTAL

Estado de conciencia								
Alerta	S **X**	NO	Confuso	SI	NO **X**	Somnolencia	SI	NO **X**

Orientación								
Tiempo	SI **X**	NO	Espacio	SI **X**	NO	Persona	SI **X**	NO
Lenguaje								
Coherente	SI **X**	NO	Incoherente	SI	NO **X**	Otro	SI	NO **X**
¿Cuál? Adecuada fluidez verbal, coherencia y cohesión del discurso oral.								

Observaciones:

_____

_____

_____

RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA:

Mujer de 19 años ubicada autopsíquica y alopsiquicamente, se requiere seguimiento en el área personal dado el ciclo vital de la joven, acompañamiento en gestión emocional, expresión emocional de forma intrapersonal ya que suele mantener un estado de superioridad ante su entorno y quien se lo demanda, seguimiento en reconocimiento emocional con pares si bien reconoce las necesidades del entorno puede tornar un estado egocéntrico alterando su entorno. Durante la permanencia en el centro Renacer y dadas los requerimientos, observaciones generados por la defensora de familia se requiere integración social según el grupo etario, mantenimiento y responsabilidad en actividad de la vida diaria así como incentivar, instruir y guiar a la joven de su transporte de la institución educativa IED Villemar, en Fontibón hacia su lugar de residencia.
Se es necesario mantener el vínculo afectivo con sus referentes afectivas la señora Mabel Casas y Paola Camargo con quienes han tenido la posibilidad de compartir distintos entornos fortaleciendo de igual forma el área social.

5. HABILIDADES Y CAPACIDADES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES:

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	SEMI-INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTACIÓN	Alimentación hipoglucida de consistencia normal sin dificultad en el desencadenamiento de proceso estomatognaticos. Realiza ingesta completa de alimentos ofrecidos.		

VESTIDO	La preferencia de su ropa es cómoda, casual e informal, le agradan los vestidos. Realiza el proceso de vestido y desvestido de forma autónoma sin embargo se le deben recalcar las reglas de recogida de la ropa y organización de la misma, escoge vestuario acorde a su edad cronológica como sacos, chaquetas, jean, tenis de preferencia		
TRASLADOS	No requiere ninguna ayuda o ajuste.		
BAÑO	Este proceso lo realiza de manera autónoma y consciente sin embargo tiende a dedicar más tiempo al lavado de su cabello que a su cuerpo en general, maneja elementos de cuidado facial.		

6. INSPECCIÓN POR SISTEMAS:

SISTEMA	OBSERVACIÓN
Digestivo	No presenta masas, distensión o dolor abdominal, no náuseas, vómito o pirosis. No alteraciones en patrón de eliminación.
Respiratorio	Adecuado tipo y modo respiratorio que le permite el desarrollo de procesos de soplo abierto y cerrado de forma adecuada. adecuada coordinación fono-respiratoria y deglución-respiración.
Osteomuscular	Presenta condiciones mioarticulares conservadas, sin antecedentes de fracturas y/o deformidades, con un desempeño muscular global de 3/ 5 segun Escala de Daniels.
Piel	Piel integra, con alteraciones tipo acne y dermatitis
Urinario	Control de esfínteres total, no requiere pañal.
Auditivo	Audición Normal Bilateral.

Visual	No presenta alteraciones.

7. SOPORTES ENTREGADOS:
Orden relacionada anteriormente.

8. RECOMENDACIONES GENERALES

A nivel nutricional, se recomienda ajustar la derivación de dietas de acuerdo a los requerimientos energéticos para su grupo etario y su estado nutricional para disminuir riesgos de enfermedades asociadas a malnutrición por exceso.

Es necesario mantener el vínculo afectivo con sus referentes afectivas la señora Mabel Casas y Paola Camargo con quienes han tenido la posibilidad de compartir distintos entornos fortaleciendo de igual forma el área social. de igual manera Linda cuenta con su hermana Jennifer quien también está institucionalizada y no es favorable separarlas.

Desde las competencias de estimulacion y aprendizaje de habilidades motoras, se recomienda empoderar a Linda, en continuar con la práctica de estilos de vida saludable, con el fin de mejorar sus condiciones osteomusculares globales, calidad de vida y salud. . Además, continuar favoreciendo el aprendizaje de habilidades motrices, con el fin de optimizar sus patrones fundamentales de movimiento e inclusión en las actividades deportivas del gusto de la participante.

9. Nombre de los profesionales que realizan la valoración y aportan con información registrada en el formato:

Nombre del profesional	Profesión - cargo	No. reg.profesional	Firma
Laura Valentina Corredor	Psicóloga	267461	
Yaniris Johana Arnedo Perez	Fonoaudióloga	09-01542	
Laura Jhoana Redondo Guerra	Nutricionista Dietista	1030684255	
Adriana Gonzalez Orozco	Trabajadora Social	35520415	
Mildrella Pedrozo Molina	Educadora Especial	521536201	
Leidy Johana Bohorquez Santos	Fisioterapeuta	1030584947	

Laura Andrea Betancur Parra	Terapeuta Ocupacional	1026296528	
Mavi Padilla Espinosa	Enfermerx	1016077994	

Compromisos generados durante el proceso:

Compromisos	Responsable	Fecha de Ejecución

Nombre del referente	Parentesco
Firma	

Observaciones:

Linda Liset Bustos es una joven con medida de adopcion, que se encuentra vinculada al programa de Referentes afectivos del ICBF con sus dos madrinas Mabel Casas y Paola Camargo, quienes se encuentran en nivel 2 del programa con salidas fin de semana.
igualmente Linda cuenta con su hermana Jennifer quien también se encuentra institucionalizada y siempre han estado juntas.

_

Nombre de quien entrega la persona con discapacidad:	Nombre de quien recibe la persona con discapacidad:
Profesión:	Profesión:
CIAI que entrega:	CIAI quien recibe:
Convenio de asociación No.	Convenio de asociación No.
Número de cedula del profesional:	Número de cedula del profesional:

“En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría

Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía".

Fecha de realización del traslado: 03/08/2024

OPERADOR QUE ENTREGA	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO RENACER	
OPERADOR QUE RECIBE	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA (CIAI) GRUPO 2	

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Nombre participante JHOAN SMITH BUITRAGO ESPINOSA			
Fecha de Nacimiento: 13/10/2003		Edad	20 AÑOS 9 MESES
No. documento de identidad 1000338399			de Bogotá
Tipo de documento			
Registro civil		Cédula de ciudadanía	X
Tarjeta de identidad		Cédula de extranjería	
Otro		¿Cuál?	

2. DATOS DE AFILIACIÓN A SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD:

Tipo de Afiliación					
Contributivo		Subsidiado	**X**	Vinculado/a	
EPS: CAPITAL SALUD EPS		IPS Primaria USS Chapinero			
Tipo de vinculación		Afiliado/a	X	Beneficiario/a	
Si es vinculado/a describa el estado actual de la afiliación					
Activo	**X**	Desafiliado		Suspendido	
Último control médico especialista o general: 31/07/2024					
Motivo Aumento de reflujo gastroesofágico, combinado con rumiación alimenticia.					

Recomendaciones generales de la consulta No realiza recomendaciones importantes. Informa que envía examen para deglución, que si este no es autorizado en EPS realizar agendamiento de gastroenterologia e informar situación.
Acciones por realizar Autorizar y gestionar examen y apoyo terapéutico

Fecha consulta seguimiento DD/MM/AAAA	No Aplica	**X**

3. CITAS, PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES PENDIENTES POR CUMPLIR O ASIGNAR:

3.1 Citas médicas pendientes por cumplir o asignar:

Especialidad	Estado del proceso	Fecha	IPS o lugar de atención	Se recibe orden medica	
PSIQUIATRIA	AGENDAR PARA OCTUBRE	DD/MM/AAAA	USS CHAPINERO	SI **X**	NO
NEUROLOGÍA	AGENDAR CON RESULTADOS DE VIDEOTELEMETRIA	DD/MM/AAAA	USS CHAPINERO	SI **X**	NO
GASTROENTEROLOGIA	AGEDAR DEOENDIENDO DE AUTORIZACION DE EXAMEN	DD/MM/AAAA	USS ENGATIVA	SI **X**	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones:

_____

_____

_____

3.2 Exámenes o procedimientos pendientes por realizar:

Procedimientos/imágenes diagnósticas/laboratorios	Fecha	Institución que la realiza	Se recibe orden médica	
CURETAJE	DD/MM/AAAA	USS SIMON BOLIVAR	SI **X**	NO
FARINGOGRAFIA O ESOFAGOGRAMA	DD/MM/AAAA		SI **X**	NO
TERAPIA - DEGLUCION	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones:
Esta pendiente autorizar los dos ultimos items al ser de la cita del 31 de julio.

4. ANTECEDENTES

Diagnósticos			
Diagnostico 1	Retraso mental grave, deterioro del comportamiento de grado no especificado	Diagnostico 3:	Dispepsia funcional
Diagnostico 2:	Epilepsia, tipo no especificado	Diagnostico 4:	Verrugas víricas

Fecha última hospitalización	DD/MM/AAAA
Quirúrgicos	Ninguno
Alérgicos	Ninguno
Traumáticos (caídas previas, eventos adversos)	Ninguno
Tóxicos	Ninguno

Ostomías	No
Familiares	Desconocidos
Transfusionales	Desconocidos

Observaciones:

_____

_____

_____

.4.1 Tratamiento farmacológico habitual:

Tratamiento farmacológico instaurado						
Especialidad	Medicamento	Presentación	Dosis	Frecuencia y vía de administración	Cantidad entregada	Fecha próxima entrega
PSIQUIATRÍA	HALOPERIDOL	GTS 2MG/ML	5-5-5	C/8H VIA ORAL		29/08/2024
PSIQUIATRÍA	LEVOMEPROMAZINA	TAB 25MG	0-0-2	C/24H VIA ORAL		29/08/2024
PSIQUIATRÍA	ACIDO VALPROICO	SUSP 250MG/5ML	10-10-10	C/8H VIA ORAL		29/08/2024
MEDICINA GENERAL	ESOMEPRAZOL	CAP 20MG	0-0-1	C/24H VIA ORAL	30 CAP	01/09/2024
MEDICINA GENERAL	BISACODILO	TAB 5MG	0-0-1	C/24H VIA ORAL	PENDIENTE X EPS	DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA

5. VALORACION NUTRICIONAL - FÍSICA - MENTAL

PESO	54,3 kg	TALLA	152,2 cm	IMC	23,4
Diagnóstico Nutricional		Normal según su IMC			
Fecha de última valoración		23/07/2024			

Dieta habitual	Alimentación institucional ajustada a su estado nutricional y particularidades médicas: NORMOCALORICA/ NORMOPROTEICA / NORMOGRASA/ ASTRINGENTE/ SIN IRRITANTES GASTRICOS / SIN LACTOSA
Intolerancias alimentarias	Lactosa ,alimentos fríos, alimentos ácidos, irritantes gástricos

Alteraciones en el apetito		SI		Piezas dentarias		
		NO **X**	completas **X**	incompletas	ausentes	
Dificultad para comer						
Masticar	SI **X**	NO	Ingesta independiente		SI	NO **X**
Deglución	SI	NO **X**	Hiperfagía		SI	NO **X**

Estado de la piel

Alteraciones en la piel	SI **X**	NO	Dermatitis		Prurito	
			Edemas		Laceraciones	
Lesiones cutáneas	SI **X**	NO	¿Cuál? Verrugas viricas en manos y cara			
Zonas por presión	SI	NO	Lugar			
Equimosis	SI	NO	Lugar			
Origen de la equimosis						

Observaciones:
Lesiones que han persistido a pesar de tratamientos constantes debido a sobre autoestimulacion de las partes genidates.

4.2. VALORACIÓN MENTAL

Estado de conciencia								
Alerta	SI **X**	NO	Confuso	SI	NO **X**	Somnolencia	SI	NO **X**

Orientación								
Tiempo	SI	NO **X**	Espacio	SI **X**	NO	Persona	SI **X**	NO
Lenguaje								
Coherente	SI	NO **X**	Incoherente	SI	NO **X**	Otro	SI **X**	NO
¿Cuál? Sin lenguaje verbal, micro expresiones no verbales intencionales que permiten satisfacer necesidades en cuanto a deseos.								

Observaciones:

_____

_____

_____

RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA:

Joven de 20 años alerta, requiere apoyo generalizado para ABC y AVD, logra la comprensión de la instrucción, aunque requiere reforzamiento y lenguaje claro para la ejecución de este, presenta micro expresiones faciales ante algunas emociones básicas como alegría y tristeza, mantener contacto directo ante manifestaciones de micro expresiones acorde a la necesidad manifiesta, se requiere seguimiento y supervisión constante ya que los periodos atencionales en el joven generan conductas de escape._

5. HABILIDADES Y CAPACIDADES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES:

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	SEMI-INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTACIÓN		Alimentación de consistencia blanda sin desencadenamiento de signos o síntomas deglutorios hasta el momento. Requiere instrucción verbal para la regulación del bolo alimenticio (porción intraoral) y ocasional apoyo a nivel de barrido del alimento en plato y en boca.	
VESTIDO			Requiere de apoyo generalizado para la realización de la actividad desde idear las prendas a

			utilizar, hasta ejecutar la acción de vestido, hace uso de pañal, usa prendas semi formales y de sport para su comodidad, tales como: camiseta tipo polo, camiseta blanca debajo o esqueleto, jean, pantalon de drill y sudadera, tenis
TRASLADOS			Requiere de apoyos generalizados para sus transferencias y desplazamientos en Silla y/o Caminador.
BAÑO			Requiere de apoyos generalizados para el desarrollo de la actividad, desde alistar y alcanzar los elementos a utilizar, hasta ejecutar la acción y pasos para ducharse. Se realiza baño en tina. Se hace uso de elementos generales como shampoo, jabón, toalla para exfoliar y toalla para secarse. No realiza control de esfínteres por lo tanto hace uso de pañal.

6. INSPECCION POR SISTEMAS:

SISTEMA	OBSERVACION
Digestivo	No presenta masas, distensión o dolor abdominal, no náuseas, vómito. Presenta conductas rumiativas con la comida de manera permanente, enviaron medios diagnósticos para revisar manejo. No alteraciones en patrón de eliminación.
Respiratorio	Adecuado tipo y modo respiratorio que le permite el desarrollo de procesos coordinados deglución-respiración.
Osteomuscular	Presenta condiciones mioarticulares conservadas, sin antecedentes de fracturas y/o deformidades, con un desempeño muscular global de 3/ 5 segun Escala de Daniels.
Piel	Presenta verrugas viricas en cara y manos, que han requerido de tratamiento en varias oportunidades.
Urinario	Incontinente total, usuario de pañal las 24 horas.
Auditivo	No se reportan problemas auditivos, sin embargo, se describe alto predisposición a la formación de tapones auditivos bilaterales que requieren aumento en la higiene ótica.
Visual	No presenta alteraciones.

7. SOPORTES ENTREGADOS:
Se entregan ordenes y formulas relacionadas anteriormente. Ademas de carné de vacunación.

8. RECOMENDACIONES GENERALES

Por parte del equipo de cuidados a la salud se informa que joven no recibe pastillas por o que todo medicamento que se administra debe ser macerado.

A nivel nutricional, se recomienda ajustar la derivación de dietas de acuerdo a los requerimientos energéticos para su grupo etario, su estado nutricional actual, así cómo a particularidades médicas indicadas.

Realizar proceso verbal - oral de saludo, anticipación y descripción constante del entorno, de las acciones y actividades a desarrollar, con el fin de continuar favoreciendo los procesos de esquematización mental, reconocimiento de espacios, adaptación a rutinas y disposición del participante.

Desde las competencias neuromotrices y habilidades motoras, se recomienda mantener y optimizar los rangos de movimientos articular a través de cinesiterapia pasiva, seguido de

estiramiento muscular y la movilidad articular. Asimismo, se recomienda facilitar en Johan el aprendizaje de secuencias de movimiento a través del mantenimiento de diferentes posicionamientos, estimulando respuestas motoras como control cefálico, reacciones de enderezamiento y control de tronco. Por último, se debe mejorar sus patrones fundamentales de movimiento y dar continuidad a la mejoría de su resistencia cardiopulmonar en actividades encaminadas a favorecer hábitos y estilos de vida saludable en actividades lúdico-recreativas y deportivas (boccia) con pares.

9. Nombre de los profesionales que realizan la valoración y aportan con información registrada en el formato:

Nombre del profesional	Profesión - cargo	No. reg.profesional	Firma
Laura Valentina Corredor	Psicóloga	267461	
Yaniris Johana Arnedo Perez	Fonoaudióloga	09-01542	
Laura Jhoana Redondo Guerra	Nutricionista Dietista	1030684255	
Adriana Gonzalez Orozco	Trabajadora Social	35520415	
Laura Andrea Betancur Parra	Terapeuta Ocupacional	1026296528	
Leidy Johana Bohorquez Santos	Fisioterapeuta	1030584947	
Mavi Padilla Espinosa	Enfermerx	1016077994	

Compromisos generados durante el proceso:

Compromisos	Responsable	Fecha de Ejecución

Nombre del referente		Parentesco
Firma		

Observaciones:

Actualmente el caso se encuentra a cargo de la Defensoría de Familia REFERENTES AFECTIVOS, con medida de adopción, no obstante NO cuenta con referente afectivo activo.

Nombre de quien entrega la persona con discapacidad:	Nombre de quien recibe la persona con discapacidad:
Profesión:	Profesión:
CIAI que entrega:	CIAI quien recibe:
Convenio de asociación No.	Convenio de asociación No.
Número de cedula del profesional:	Número de cedula del profesional:

“En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía”.

Fecha de realización del traslado: 02/08/2024

OPERADOR QUE ENTREGA	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO RENACER	
OPERADOR QUE RECIBE	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA (CIAI) NIVEL 2	

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Nombre participante JHOAN ANDRES LONDOÑO CRUZ			
Fecha de Nacimiento: 22/02/2004		Edad	20 AÑOS 4 MESES
No. documento de identidad 1031801318			de Bogotá
Tipo de documento			
Registro civil		Cédula de ciudadanía	X
Tarjeta de identidad		Cédula de extranjería	
Otro		¿Cuál?	

2. DATOS DE AFILIACIÓN A SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD:

Tipo de Afiliación					
Contributivo		Subsidiado	**X**	Vinculado/a	
EPS: CAPITAL SALUD EPS		IPS Primaria HEALTH & LIFE			
Tipo de vinculación		Afiliado/a	**X**	Beneficiario/a	
Si es vinculado/a describa el estado actual de la afiliación					
Activo	**X**	Desafiliado		Suspendido	
Último control médico especialista o general: 29/07/2024					
Motivo Valoración y solicitud de órdenes para especialistas.					

Recomendaciones generales de la consulta No realiza recomendaciones importantes
Acciones por realizar Tramitar órdenes entregadas

Fecha consulta seguimiento DD/MM/AAAA	No Aplica	**X**

3. CITAS, PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES PENDIENTES POR CUMPLIR O ASIGNAR:

3.1 Citas médicas pendientes por cumplir o asignar:

Especialidad	Estado del proceso	Fecha	IPS o lugar de atención	Se recibe orden médica	
NUTRICION Y DIETETICA	AGENDAR PARA OCTUBRE	DD/MM/AAAA	USS ORQUÍDEAS	SI **X**	NO
GASTROENTEROLOGÍA	AGENDAR PARA SOLICITAR ORDEN DE CONTROL POR CIRUGÍA	DD/MM/AAAA		SI **X**	NO
NEUROLOGÍA	AGENDAR	DD/MM/AAAA		SI **X**	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones: Medicina general remite a gastroenterologia para que el sea quien remita a cirugia con ell fin de realizar control de boton de gastrostomia.

_____

_____

_____

3.2 Exámenes o procedimientos pendientes por realizar:

Procedimientos/imágenes diagnósticas/laboratorios	Fecha	Institución que la realiza	Se recibe orden médica	
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones:

_____

_____

_____

4. ANTECEDENTES

Diagnósticos			
Diagnóstico 1	Paralisis cerebral espastica cuadripléjica	Diagnostico 3:	Otras anormalidades de la marcha y de la movilidad y las no especificadas
Diagnostico 2:	Disfagia	Diagnostico 4:	Constipación

Fecha última hospitalización	DD/MM/AAAA
Quirúrgicos	Gastrostomía
Alérgicos	Ninguno
Traumáticos (caídas previas, eventos adversos)	Ninguno
Tóxicos	Ninguno
Ostomías	Gastrostomía

Familiares	Desconocidos
Transfusionales	Desconocidos

Observaciones:
Ultimo cambio de boton de gastrostomia en el mes de febrero del presente año.

4.1 Tratamiento farmacológico habitual:

Tratamiento farmacológico instaurado						
Especialidad	Medicamento	Presentación	Dosis	Frecuencia y vía de administración	Cantidad entregada	Fecha próxima entrega
MEDICINA GENERAL	LACTULOSA	SOBRE 66.7%	1-0-1	C/12H ENTERAL	60	29/07/2024
MEDICINA GENERAL	BECLOMETASONA	INH 250MCG/D	3-0-3	C/12H INH		29/07/2024
MEDICINA GENERAL	BROMURO DE IPRATROPIO	20MCG/D	3-3-3-3	C/6H INH		29/07/2024
MEDICINA GENERAL	HIOSCINA	TAB 10MG	0-0-1	C/24H ENTERAL	30	29/07/2024
MEDICINA GENERAL	ESOMEPRAZOL	TAB 20MG	0-0-1	C/24H ENTERAL	30	29/07/2024
MEDICINA GENERAL	SALBUTAMOL	INH 100MCG/D	2-2-2	C/8H INH		29/07/2024
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA

5. VALORACIÓN NUTRICIONAL - FÍSICA - MENTAL

5.1. VALORACIÓN NUTRICIONAL

PESO	25,6 kg	TALLA	146,28 cm	IMC	12

Diagnóstico Nutricional	Delgadez según IMC
Fecha de última valoración	30/07/2024
Dieta habitual	**ALIMENTACIÓN ENTERAL POR GASTROSTOMÍA** DERIVACIÓN HIPERCALÓRICA - HIPERPROTEICA / ALTA EN FIBRA INDICADA POR NUTRICIÓN CLÍNICA Complemento nutricional: Pro Whey Net Tiempos de comida: 6 AM , 1 PM , 6:30 PM , 10 PM Jugo alta en fibra: 9 AM y 4 PM
Intolerancias alimentarias	Intolerancia a la alimentación vía oral.

Alteraciones en el apetito	SI	Piezas dentarias			
	NO **X**	completas**X**	incompletas	ausentes	
Dificultad para comer					
Masticar	SI**X**	NO	Ingesta independiente	SI	NO**X**
Deglución	SI **X**	NO	Hiperfagía	SI	NO**X**

Estado de la piel

Alteraciones en la piel	SI	NO **X**	Dermatitis		Prurito	
			Edemas		Laceraciones	
Lesiones cutáneas	SI	NO **X**	¿Cuál?			
Zonas por presión	SI **X**	NO	Crestas iliacas, coxis, pabellón auricular			
Equimosis	SI	NO	Lugar			
Origen de la equimosis						

Observaciones:
Las lesiones que presentan no presentan desfacelacion o perdida de la continuidad de la piel, se mantienen cambios de posicion constantes, hidratacion de piel y proteccion, cuando presentan aumento del enrojecimiento se cubren con parches de duoderm y se mantiene este manejo por aproximadamente 15 dias

4.2. VALORACIÓN MENTAL

Estado de conciencia								
Alerta	SI **X**	NO	Confuso	SI	NO **X**	Somnolencia	SI **X**	NO
Orientación								
Tiempo	SI	NO **X**	Espacio	SI	NO **X**	Persona	SI	NO **X**
Lenguaje								
Coherente	SI	NO **X**	Incoherente	SI	NO **X**	Otro	SI	NO **X**
¿Cuál? Sin lenguaje verbal, micro expresiones no verbales.								

Observaciones:

RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA:

Hombre de 20 años requiere apoyo generalizado en actividades ABC y AVD, complejidad en expresión y comprensión de la emoción, manifiesta microexpresiones que permiten identificar una necesidad manifiesta.

5. HABILIDADES Y CAPACIDADES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES:

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	SEMI-INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTACIÓN			Alimentación exclusiva por gastrostomía.
VESTIDO			Requiere de apoyo generalizado para la realización de la actividad desde idear las prendas a utilizar, hasta ejecutar la acción de vestido, hace uso de pañal, usa prendas de sport

			para su comodidad, tales como: conjunto de sudadera saco, pantalón y tenis.
TRASLADOS			Requiere de apoyo generalizado para la adopción, transferencia y traslados a posiciones básicas en cama y/o silla de ruedas.
BAÑO			Requiere de apoyos generalizados para el desarrollo de la actividad, desde alistar y alcanzar los elementos a utilizar, hasta ejecutar la acción y pasos para ducharse. Se realiza baño en tina. Usa elementos generales como shampoo, jabón, toalla para exfoliar y toalla para secarse. No realiza control de esfínteres por lo tanto hace uso de pañal.

6. INSPECCION POR SISTEMAS:

SISTEMA	OBSERVACION
Digestivo	No presenta masas, distensión o dolor abdominal, no náuseas, vómito o pirosis. Presenta constipación crónica por lo que se debe mantener hidratación por gastrostomía, recomendable 150ml después de cada toma. En algunos momentos durante los tiempos de alimentación se frena goteo y con dificultad retoma por lo que es importante informar al gastroenterólogo esta alteración que se puede deber a la posición en que se encuentra y sus alteraciones.
Respiratorio	Se describe un tipo respiratorio clavicular o superficial alto asociado a curvatura escoliótica aumentada con ocasionales episodios de desaturación que requieren oxígeno complementario.

Osteomuscular	Presenta cuadriplejia espástica y deformidades instauradas en tronco y caja torácica, posee alteraciones a nivel neuromusculoesquelético severas y total dependencia en su movilidad.
Piel	Piel integra, presenta zonas de presión (únicamente enrojecimiento) en crestas iliacas, pabellón auricular y coxis. Con manejo de parches de duoderm para estimular crecimiento de células.
Urinario	Incontinencia total, usuario de pañal las 24h. Con MIPRES vigente.
Auditivo	No se reportan problemas auditivos, sin embargo, se describe alto predisposición a la formación de tapones auditivos bilaterales y cuadros micóticos, que requieren aumento en la higiene y adecuado posicionamiento protectivo óptico durante el baño..
Visual	No presenta alteraciones.

7. SOPORTES ENTREGADOS:

Ademas de formulas y ordenes relacionas anteriormente se realiza entrega de formula de insumos para terapias respiratorias domiciliarias, asi como MIPRES de pañales y nutrición enteral vigente

8. RECOMENDACIONES GENERALES

A nivel nutricional se recomienda implementar prescripción de nutrición clínica y mantener aporte de preparaciones altas en fibra establecidas para propiciar la motilidad intestinal; realizar vigilancia del estado nutricional periódica y realizar las articulaciones que sean pertinentes para garantizar el suministro del complemento nutricional indicado.

Realizar proceso verbal - oral de saludo, anticipación y descripción constante del entorno, de las acciones y actividades a desarrollar, con el fin de continuar favoreciendo los procesos de esquematización mental, reconocimiento de espacios, adaptación a rutinas y disposición del participante.

9. Nombre de los profesionales que realizan la valoración y aportan con información registrada en el formato:

Nombre del profesional	Profesión - cargo	No. reg.profesional	Firma
Laura Valentina Corredor	Psicóloga	267461	
Yaniris Johana Arnedo Perez	Fonoaudióloga	09-01542	
Laura Jhoana Redondo Guerra	Nutricionista Dietista	1030684255	
Laura Andrea Betancur Parra	Terapeuta Ocupacional	1026296528	
Leidy Johana Bohorquez Santos	Fisioterapeuta	1030584947	
Mavi Padilla Espinosa	Enfermera	1016077994	

Compromisos generados durante el proceso:

Compromisos	Responsable	Fecha de Ejecución

Nombre del referente	Parentesco
Firma	

Observaciones:

Actualmente el caso se encuentra a cargo de la Defensoría de Familia REFERENTES AFECTIVOS, con medida de adopción. No cuenta con referente afectivo.

Nombre de quien entrega la persona con discapacidad:	Nombre de quien recibe la persona con discapacidad:
Profesión:	Profesión:
CIAI que entrega:	CIAI quien recibe:
Convenio de asociación No.	Convenio de asociación No.

Número de cedula del profesional:	Número de cedula del profesional:

“En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía”.

Fecha de realización del traslado: 02/08/2024

OPERADOR QUE ENTREGA	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO RENACER	
OPERADOR QUE RECIBE	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA (CIAI) NIVEL 6	

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Nombre participante JENNIFER ANDREA BUSTOS CANTILLO			
Fecha de Nacimiento: 02/03/2004		Edad	20 AÑOS 4 MESES
No. documento de identidad 1024514514			de Bogotá
Tipo de documento			
Registro civil		Cédula de ciudadanía	X
Tarjeta de identidad		Cédula de extranjería	
Otro		¿Cuál?	

2. DATOS DE AFILIACIÓN A SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD:

Tipo de Afiliación					
Contributivo		Subsidiado	**X**	Vinculado/a	
EPS: CAPITAL SALUD EPS		IPS Primaria USS Chapinero			
Tipo de vinculación		Afiliado/a	**X**	Beneficiario/a	
Si es vinculado/a describa el estado actual de la afiliación					
Activo	**X**	Desafiliado		Suspendido	
Último control médico especialista o general: 29/07/2024					
Motivo Control y reformulación de tratamiento					

Recomendaciones generales de la consulta Médico refiere que encuentra estable, reformula bisacodilo debido a que por momentos se le dificulta realizar deposición, envía orden para control por la especialidad de neurología.		
Acciones por realizar Programar cita por la especialidad de neurología Reclamar medicamento envíado		
Fecha consulta seguimiento DD/MM/AAAA	No Aplica	**X**

3. CITAS, PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES PENDIENTES POR CUMPLIR O ASIGNAR:

3.1 Citas médicas pendientes por cumplir o asignar:

Especialidad	Estado del proceso	Fecha	IPS o lugar de atención	Se recibe orden medica	
Enfermería	Agendar para el mes de agosto	DD/MM/AAAA	USS Engativa	SI **X**	NO
Psiquiatría	Agendar para el mes de agosto	DD/MM/AAAA	USS Chapinero	SI **X**	NO
Neurología	Agendar	DD/MM/AAAA		SI **X**	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones: Joven que cuenta con implante subdermico como metodo de planificación, por lo que se encuentra en controles por el área de enfermería.

3.2 Exámenes o procedimientos pendientes por realizar:

Procedimientos/imágenes diagnósticas/laboratorios	Fecha	Institución que la realiza	Se recibe orden medica	
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones: No cuenta con exámenes o procedimientos pendientes por realizar

4. ANTECEDENTES

Diagnósticos			
Diagnóstico 1	F728 Retraso mental grave, otros deterioros del comportamiento	Diagnostico 3:	
Diagnostico 2:	Constipación	Diagnostico 4:	
Fecha última hospitalización	DD/MM/AAAA		
Quirúrgicos	Ninguno		
Alérgicos	Ninguno		
Traumáticos (caídas previas, eventos adversos)	Ninguno		
Tóxicos	Ninguno		

Ostomías	No
Familiares	
Transfusionales	No

Observaciones:

_____

_____

_____

.4.1 Tratamiento farmacológico habitual:

Tratamiento farmacológico instaurado						
Especialidad	Medicamento	Presentación	Dosis	Frecuencia y vía de administración	Cantidad entregada	Fecha próxima entrega
Psiquiatría	Aripiprazol	Tab 15mg	0-0-1	c/24h VO	30	Última entrega
Psiquiatría	Olanzapina	Tab 10 mg	0-0-2	c/24h VO	60	Última entrega
Psiquiatría	Acido Valproico	Cap 250mg	2-0-2	c/12h VO	120	Última entrega
Psiquiatría	Carbamazepina	Tab 200mg	1-1-1	c/8h VO	90	Última entrega
Medicina Generla	Bisacodilo	Tab 5mg	0-0-1	c/24h VO	Pendiente x EPS	01/09/2024
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA

5. VALORACION NUTRICIONAL - FÍSICA - MENTAL

5.1. VALORACIÓN NUTRICIONAL

PESO	62,4 kg	TALLA	155 cm	IMC	25,97

Diagnóstico Nutricional	Sobrepeso según IMC
Fecha de última valoración	30/07/2024
Dieta habitual	Alimentación Institucional ajustada por: - Su estado nutricional en: Hipocalórica-hipoglucida/alta en fibra / consistencia normal - Preferencias alimentarias: No pescado
Intolerancias alimentarias	Crucíferos: brócoli, coliflor

Alteraciones en el apetito	SI	Piezas dentarias			
	NO **X**	completas**X**	incompletas	ausentes	
Dificultad para comer					
Masticar	SI	NO **X**	Ingesta independiente	SI **X**	NO
Deglución	SI	NO **X**	Hiperfagía	SI	NO **X**

Estado de la piel

Alteraciones en la piel	SI	NO **X**	Dermatitis		Prurito	
			Edemas		Laceraciones	
Lesiones cutáneas	SI	NO **X**	¿Cuál?			
Zonas por presión	SI	NO **X**	Lugar			
Equimosis	SI	NO **X**	Lugar			
Origen de la equimosis						

Observaciones:

_____

_____

_____

4.2. VALORACIÓN MENTAL

Estado de conciencia								
Alerta	SI**x**	NO	Confuso	SI	NO**x**	Somnolencia	SI	NO**x**
Orientación								
Tiempo	SI**x**	NO	Espacio	SI**x**	NO	Persona	SI**x**	NO
Lenguaje								
Coherente	SI**x**	NO	Incoherente	SI	NO**x**	Otro	SI	NO**x**
¿Cuál? lenguaje verbal oral intencional con refuerzo verbal por presencia de taquilalia.								

Observaciones:

_____
_____
_____

RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA:

Mujer de 20 años ubicada autopsiquica y alopsiquicamente, se requiere seguimiento en el área personal dado el ciclo vital de la joven, acompañamiento en gestión emocional, expresión emocional de forma intrapersonal ya que suele mantener un estado eufórico y anhedonia característico del trastorno afectivo bipolar, suele manifestar un estado abúlico ante las actividades, presunta conducta evasiva ante el entorno, suele referir sentirse triste con regularidad, llanto esporádico, ante alteración emocional y conductual demuestra conductas heteroagresivas con su hermana, pares y profesionales Se es necesario mantener el vínculo afectivo con sus referentes afectivas la señora Mabel Casas y Paola Camargo con quienes han tenido la posibilidad de compartir distintos entornos fortaleciendo de igual forma el área social. Requiere reforzamiento positivo hacia palabras de afirmación, muestras de afecto y estímulos salientes con una ventana variable.

5. HABILIDADES Y CAPACIDADES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES:

Jennifer es una joven que aunque presenta características independiente para el cumplimiento de actividades básicas cotidianas requiere de supervisión para la ejecución de las mismas,

debido a que realiza procesos sin secuencia, se le debe recordar el uso de los elementos para uso diario a fin de que realice un proceso consiente. realiza proceso de vestido y desvestido pero se le debe recordar el espacio de la intimidad, en cuanto a los tiempos de actividades de vida diaria requiere siempre que se le recuerde el tendido y organización de la cama, aunque es organizada en sus elementos y pertenencias tiene fijación por los bolsos y los mantiene con objetos de uso diario o simplemente papel doblado. Necesita de mucha motivación para cumplir con una estructura habituacional en una determinada actividad.y que esta se torne asimilada y acomodada cognitivamente.

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	SEMI-INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTACIÓN	Alimentación hipoglucida de consistencia normal. Realiza ingesta completa de alimentos ofrecidos. Hace uso de cuchara pequeña por presencia de ansiedad alimenticia.		
VESTIDO	Utiliza ropa diversa, vestidos, ropa deportiva, ropa informal. Usa accesorios para el cabello como balacas, diademas y moñas.		
TRASLADOS	No requiere ninguna ayuda o ajuste.		
BAÑO		Requiere supervisión para recordarle el uso adecuado de los elementos de aseo.	

6. INSPECCION POR SISTEMAS:

SISTEMA	OBSERVACIÓN
Digestivo	No presenta masas, distensión o dolor abdominal, no náuseas, vómito o pirosis. No alteraciones en patrón de eliminación.

	Ingiere alimentos en muy corto tiempo, acepta y tolera dieta indicada por nutrición.
Respiratorio	Adecuado tipo y modo respiratorio que le permite el desarrollo de procesos de soplo abierto y cerrado de forma adecuada. buena coordinación fono-respiratoria y deglución-respiración.
Osteomuscular	Presenta condiciones mioarticulares conservadas, sin antecedentes de fracturas y/o deformidades, con un desempeño muscular global de 3/ 5 segun Escala de Daniels.
Piel	Piel íntegra, sin alteraciones o requerimiento de curaciones.
Urinario	Evacuaciones habituales aunque por momentos con dificultad por lo que cuenta con tratamiento instaurado, control de esfínteres total, no requiere pañal.
Auditivo	Audición Normal Bilateral.
Visual	Uso permanente de lentes formulados.

7. SOPORTES ENTREGADOS:
Formulas y ordenes relacionas anteriormente

8. RECOMENDACIONES GENERALES

En el ámbito nutricional, se aconseja adaptar las derivación de dieta conforme a las necesidades energéticas específicas para su grupo etario y su estado nutricional, con el objetivo de reducir el riesgo de enfermedades relacionadas con la malnutrición por exceso.

Desde las competencias neuromotrices y habilidades motrices, se debe continuar favoreciendo el aprendizaje de habilidades motrices en Jenifer, con el fin de mejorar su coordinación visomotora, además, que permitan optimizar sus patrones fundamentales de movimiento e inclusión en las actividades lúdico-recreativas con pares. Además, se recomienda mantener las condiciones mio-articulares globales con el fin de mantener los rangos de movilidad articular, el desempeño muscular y flexibilidad global. Por ultimo, de deben mejorar la resistencia

cardiopulmonar en actividades encaminadas a favorecer hábitos y estilos de vida saludable en actividades deportivas.

9. Nombre de los profesionales que realizan la valoración y aportan con información registrada en el formato:

Nombre del profesional	Profesión - cargo	No. reg.profesional	Firma
Laura Valentina Corredor	Psicóloga	267461	
Yaniris Johana Arnedo Perez	Fonoaudióloga	09-01542	
Laura Jhoana Redondo Guerra	Nutricionista Dietista	1030684255	
Mildrella Pedrozo Molina	Educadora Especial	521536201	
Adriana Gonzalez Orozco	Trabajadora Social		
Laura Andrea Betancur Parra	Terapeuta Ocupacional	1026296528	
Leidy Johana Bohorquez Santos	Fisioterapia	1030584947	
Mavi Padilla Espinosa	Enfermerx	1016077994	

Compromisos generados durante el proceso:

Compromisos	Responsable	Fecha de Ejecución

Nombre del referente		Parentesco
Firma		

Observaciones:

Jennifer Andrea Bustos es una joven con medida de adopción, que se encuentra vinculada al programa de Referentes afectivos del ICBF con sus dos madrinas Mabel Casas y Paola Camargo, quienes se encuentran en nivel 2 del programa con salidas fin de semana.

igualmente Jennifer cuenta con su hermana Linda quien también se encuentra institucionalizada y siempre han estado juntas.

Nombre de quien entrega la persona con discapacidad:	Nombre de quien recibe la persona con discapacidad:
Profesión:	Profesión:
CIAI que entrega:	CIAI quien recibe:
Convenio de asociación No..	Convenio de asociación No.
Número de cedula del profesional:	Número de cedula del profesional:

"En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía".

Fecha de realización del traslado: 02/08/2024

OPERADOR QUE ENTREGA	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO RENACER	
OPERADOR QUE RECIBE	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA (CIAI) NIVEL 2	

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Nombre participante DANIEL ARIAS CISNEROS			
Fecha de Nacimiento: 23/12/2005	Edad	18 AÑOS 6 MESES	
No. documento de identidad 1049895100		de Bogotá	
Tipo de documento			
Registro civil		Cédula de ciudadanía	**X**
Tarjeta de identidad		Cédula de extranjería	
Otro		¿Cuál?	

2. DATOS DE AFILIACIÓN A SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD:

Tipo de Afiliación					
Contributivo		Subsidiado	**X**	Vinculado/a	
EPS: CAPITAL SALUD EPS		IPS Primaria USS Chapinero			
Tipo de vinculación		Afiliado/a	**X**	Beneficiario/a	
Si es vinculado/a describa el estado actual de la afiliación					
Activo	**X**	Desafiliado		Suspendido	
Último control médico especialista o general: 25/07/2024					
Motivo Control trimestral					

Recomendaciones generales de la consulta No realiza ningún cambio, no refiere recomendaciones o manejos adicionales
Acciones por realizar

Fecha consulta seguimiento: 3 meses	No Aplica	

3. CITAS, PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES PENDIENTES POR CUMPLIR O ASIGNAR:

3.1 Citas médicas pendientes por cumplir o asignar:

Especialidad	Estado del proceso	Fecha	IPS o lugar de atención	Se recibe orden medica	
ANESTESIOLOGÍA	AGENDADA	06/08/2024	Hospital San Jose	SI **X**	NO
ANESTESIOLOGÍA	AGENDADA	13/08/2024	USS Engativa	SI **X**	NO
ODONTOPEDIATRÍA	TRAMITAR CON CONCEPTO DE ANESTESIOLOGIA	DD/MM/AAAA		SI **X**	NO
DERMATOLOGÍA	TRAMITAR PARA SEPTIEMBRE	DD/MM/AAAA	USS Simon Bolivar	SI **X**	NO
PSIQUIATRÍA	TRAMITAR PARA OCTUBRE	DD/MM/AAAA	USS Chapinero	SI **X**	NO
NEUROLOGÍA	TRAMITAR CON RESULTADOS	DD/MM/AAAA	USS Simon Bolivar	SI **X**	NO

Observaciones:

Se agendan dos citas por la especialidad de anestesiología debido a que se requieren de manera separada debido a la diferencia de prestadores, se entregan resultados de laboratorios para llevar a estas dos valoraciones.

3.2 Exámenes o procedimientos pendientes por realizar:

Procedimientos/imágenes diagnósticas/laboratorios	Fecha	Institución que la realiza	Se recibe orden medica	
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	DD/MM/AAAA	SUB RED	SI **X**	NO
RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO (BAJO SEDACIÓN)	DD/MM/AAAA	HOSPITAL SAN JOSE CENTRO	SI **X**	NO
ORTOPANTOMOGRAFIA	DD/MM/AAAA	DE MANERA PARTICULAR	SI **X**	NO
INCISION Y DRENAGE INTRAORAL	DD/MM/AAAA	SUB RED	SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones:
La ortopantomografia se debe tomar una vez se programe el procedimiento con pediatria debido a que pueden haber cambios importantes al pasar el tiempo.

4. ANTECEDENTES

Diagnósticos			
Diagnostico 1	Retraso mental profundo, de grado no especificado que requiere atención y/o tratamiento	Diagnostico 3:	Gingivitis
Diagnostico 2:	Esclerosis tuberosa	Diagnostico 3:	

Fecha última hospitalización	DD/MM/AAAA
Quirúrgicos	Ninguno
Alérgicos	Ninguno
Traumáticos (caídas previas, eventos adversos)	Ninguno
Tóxicos	Ninguno

Ostomías	No
Familiares	Desconocidos
Transfusionales	Desconocidos

Observaciones:

_____

_____

_____

.4.1 Tratamiento farmacológico habitual:

Tratamiento farmacológico instaurado						
Especialidad	Medicamento	Presentación	Dosis	Frecuencia y vía de administración	Cantidad entregada	Fecha próxima entrega
PSIQUIATRÍA	CARBAMAZEPINA	SUSP 2%	8-8-8	C/8H VIA ORAL	4 FCOS	29/07/2024
PSIQUIATRÍA	HALOPERIDOL	GTS 2MG/ML	25-0-25	C/12H VIA ORAL	4 FCOS	29/07/2024
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA
						DD/MM/AAAA

5. VALORACIÓN NUTRICIONAL - FÍSICA - MENTAL

5.1. VALORACIÓN NUTRICIONAL

PESO	60,6 kg	TALLA	179,4 cm	IMC	18,5

Diagnóstico Nutricional	Delgadez según su IMC
Fecha de última valoración	23/07/2024
Dieta habitual	Alimentación Institucional ajustada por: - Su estado nutricional en: HIPERCALÓRICA-HIPERPROTEICA/ALTA EN FIBRA / CONSISTENCIA NORMAL
Intolerancias alimentarias	Ninguna.

Alteraciones en el apetito	SI	Piezas dentarias			
	NO **X**	completas**X**	incompletas	ausentes	
Dificultad para comer					
Masticar	SI	NO **X**	Ingesta independiente	SI **X**	NO
Deglución	SI	NO **X**	Hiperfagía	SI	NO **X**

Estado de la piel marque con una (X) según corresponda el estado de la piel de la persona con discapacidad

Alteraciones en la piel	SI **X**	NO	Dermatitis		Prurito	
			Edemas		Laceraciones	
Lesiones cutáneas	SI **X**	NO	¿Cuál? Verrugas en cara y cuello			
Zonas por presión	SI	NO	Lugar			
Equimosis	SI	NO	Lugar			
Origen de la equimosis						

Observaciones:

_____

_____

_____

4.2. VALORACIÓN MENTAL

Estado de conciencia								
Alerta	SI**X**	NO	Confuso	SI**X**	NO	Somnolencia	SI	NO**X**
Orientación								

Tiempo	SI	NO**X**	Espacio	SI	NO**X**	Persona	SI	NO**X**
Lenguaje								
Coherente	SI	NO**X**	Incoherente	SI	NO**X**	Otro	SI**X**	NO
¿Cuál? Sin lenguaje verbal, micro expresiones no verbales intencionales que le permiten satisfacer necesidades básicas y cotidianas. Se viene evidenciando proceso de tarareo de canciones y producciones silábicas ocasionales asociadas a ritmos musicales.								

Observaciones:

_____

_____

_____

RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA:

Joven de 18 años, emite sonidos con el fin de manifestar sus necesidades, comprende instrucciones puntuales siendo receptivo a lo manifiesto, escaso control de impulsos con movimientos entorpecidos _____

5. HABILIDADES Y CAPACIDADES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES:

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	SEMI-INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTACIÓN	Alimentación Hipercalórica de consistencia normal sin desencadenamiento de signos o síntomas deglutorios. Requiere ocasional instrucción verbal para iniciar el proceso de ingesta.		
VESTIDO		Requiere de apoyo extenso y direccionamiento verbal para colocar las prendas de vestir en cuanto a lateralidad y posición (derecho y revés). Se debe apoyar desde idear las prendas a utilizar,	

		hasta ejecutar la acción de vestido, logra realizar algunos pasos, por medio de instrucciones claras precedidas por su nombre. Usa prendas semi formales y de sport para su comodidad, tales como: camiseta tipo polo, camiseta blanca debajo o esqueleto, jean, pantalon de drill, sudadera y tenis.	
TRASLADOS	No requiere ninguna ayuda o ajuste, sólo direccionamiento y supervision verbal.		
BAÑO		Requiere de apoyo extenso para el desarrollo de la actividad de baño, desde alistar los elementos a utilizar, hasta ejecutar algunas acciones y pasos para ducharse, realiza algunos pasos como alcanzar objetos o pasar el jabón por su cuerpo en periodos cortos y con instrucciones verbales claras y apoyo mano sobre mano. Realiza baño en ducha posición bípeda. Usa elementos generales como shampoo, jabón, toalla para exfoliar y toalla para secarse. Requiere ser llevado al baño dentro del proceso de rutina, se maneja cada 3 horas aproximadamente, sin embargo, se ha evidenciado mayor tiempo de control.	

6. INSPECCIÓN POR SISTEMAS:

SISTEMA	OBSERVACIÓN
Digestivo	No presenta masas, distensión o dolor abdominal, no náuseas, vómito o pirosis. No alteraciones en patrón de eliminación. En boca presenta calculos dentales, en especial uno ubicado bajo lengua de aproximadamente 1.5 cm de diámetro por lo que está en proceso de atención por la especialidad de odontopediatría bajo sedación.
Respiratorio	Adecuado tipo y modo respiratorio que le permite el desarrollo de procesos coordinados deglución-respiración.
Osteomuscular	Condiciones mioarticulares conservadas.
Piel	Presenta lesiones tipo verruga en cara y cuello las cuales sangran de manera muy esporádica, donde se realiza limpieza y no presenta mayor novedad.
Urinario	Control de esfínteres, se refuerzan tiempos de idas a baño y se acompaña, no requiere de pañal.
Auditivo	No se reportan problemas auditivos, sin embargo, se describe alto predisposición a la formación de tapones auditivos bilaterales que requieren aumento en la higiene ótica
Visual	No presenta alteraciones.

7. SOPORTES ENTREGADOS:

Ademas de órdenes y formulas relacionadas anteriormente se entregan resultados de laboratorios y reporte de eco renal y de vias urinarias.

8. RECOMENDACIONES GENERALES

A nivel nutricional, se recomienda ajustar la derivación de dietas de acuerdo a los requerimientos energéticos para su grupo etario y su estado nutricional actual.

Realizar proceso verbal - oral de saludo, anticipación y descripción constante del entorno, de las acciones y actividades a desarrollar, con el fin de continuar favoreciendo los procesos de esquematización mental, reconocimiento de espacios, adaptación a rutinas y disposición del participante.

Desde las competencias neuromotrices y estimulación de habilidades motoras, se dede continuar favoreciendo en Daniel la mejoria de su funcionalidad en actividades lúdico – recreativas con pares, además, que permitan optimizar sus patrones fundamentales de movimiento e inclusión en las actividades deportivas del gusto del participante. Asimismo, se debe reforzar en Daniel el seguimiento instruccional, tiempos atencionales y periodos de permanencia que disminuyan sus picos ansiosos y regulen sus conductas heteroagresivas.

9. Nombre de los profesionales que realizan la valoración y aportan con información registrada en el formato:

Nombre del profesional	Profesión - cargo	No. reg.profesional	Firma
Laura Valentina Corredor	Psicóloga	267461	
Yaniris Johana Arnedo Perez	Fonoaudióloga	09-01542	
Laura Jhoana Redondo Guerra	Nutricionista Dietista	1030684255	
Adriana Gonzalez Orozco	Trabajadora Social	35520415	
Laura Andrea Betancur Parra	Terapeuta Ocupacional	1026296528	
Leidy Johana Bohorquez Santos	Fisioterapeuta	1030584947	
Mavi Padilla Espinosa	Enfermerx	1016077994	

Compromisos generados durante el proceso:

Compromisos	Responsable	Fecha de Ejecución

Nombre del referente	Parentesco.
Firma	

Observaciones:

Actualmente el caso se encuentra a cargo de la Defensoría de Familia REFERENTES AFECTIVOS, con medida de adopción, no obstante NO cuenta con referente afectivo activo.

Nombre de quien entrega la persona con discapacidad:	Nombre de quien recibe la persona con discapacidad:
Profesión:	Profesión:
CIAI que entrega:	CIAI quien recibe:
Convenio de asociación No.	Convenio de asociación No.
Número de cedula del profesional:	Número de cedula del profesional:

"En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía".

Fecha de realización del traslado: 02/08/2024

OPERADOR QUE ENTREGA	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO RENACER	
OPERADOR QUE RECIBE	CONVENIO DE ASOCIACIÓN No
CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN INTERNA (CIAI) NIVEL 2	

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Nombre participante BRAYAN STEVEN SANTAMARIA SUAREZ			
Fecha de Nacimiento: 10/11/2003		Edad	20 AÑOS 8 MESES
No. documento de identidad 1097640225			de Bogotá
Tipo de documento			
Registro civil		Cédula de ciudadanía	**X**
Tarjeta de identidad		Cédula de extranjería	
Otro		¿Cuál?	

2. DATOS DE AFILIACIÓN A SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD:

Tipo de Afiliación					
Contributivo		Subsidiado	**X**	Vinculado/a	
EPS: CAPITAL SALUD EPS		IPS Primaria USS Chapinero			
Tipo de vinculación		Afiliado/a	**X**	Beneficiario/a	
Si es vinculado/a describa el estado actual de la afiliación					
Activo	**X**	Desafiliado		Suspendido	
Último control médico especialista o general: 31/07/2024					
Motivo Valoración y reformulación de gotas oftálmicas debido a que aún no se cuenta con medio diagnóstico para control por oftalmología.					

Recomendaciones generales de la consulta Ninguna en particular
Acciones por realizar Autorizar y reclamar tratamiento farmacológico en los tiempos establecidos

Fecha consulta seguimiento DD/MM/AAAA 3 meses si no se cuenta con examen para control por oftalmologia	No Aplica	

3. CITAS, PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES PENDIENTES POR CUMPLIR O ASIGNAR:

3.1 Citas médicas pendientes por cumplir o asignar:

Especialidad	Estado del proceso	Fecha	IPS o lugar de atención	Se recibe orden medica	
OPTOMETRÍA	PENDIENTE DISPONIBILIDAD DE AGENDA	DD/MM/AAAA	UNIVER	SI **X**	NO
OFTALMOLOGÍA	AGENDAR CUANDO SE TENGAN RESULTADOS	DD/MM/AAAA	USS Simon Bolivar	SI **X**	NO
PSIQUIATRÍA	AGENDAR PARA AGOSTO	DD/MM/AAAA	USS Chapinero	SI **X**	NO
NEUROCIRUGIA	AGENDAR CON RESULTADOS	DD/MM/AAAA	USS Somin Bolivar	SI **X**	NO
		DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones:

_____

_____

_____

3.2 Exámenes o procedimientos pendientes por realizar:

Procedimientos/imágenes diagnósticas/laboratorios	Fecha	Institución que la realiza	Se recibe orden medica	
POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	DD/MM/AAAA	SUB RED NORTE(CHAPINERO, ENGATIVA)	SI **X**	NO
TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	DD/MM/AAAA	AUTORIZAR	SI **X**	NO
RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	DD/MM/AAAA	AUTORIZAR - AGENDAR	SI **X**	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO
	DD/MM/AAAA		SI	NO

Observaciones:
Junto con la orden de TAC y Rx de craneo se entrega resumen de neurocirugia por si es requerido al momento de la autorización.

4. ANTECEDENTES

Diagnósticos			
Diagnostico 1	Retraso mental grave, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atencion o tratamiento	Diagnostico 3:	Epilepsia, tipo no especificado
Diagnostico 2:	Ceguera monocular	Diagnostico 4:	Constipación
Diagnostico 5:	Paralisis cerebral espastica cuadripléjica	Diagnostico 6:	Hipotiroidismo

Fecha última hospitalización	DD/MM/AAAA
Quirúrgicos	Derivación ventriculoperitoneal derecha (29/12/2003)
Alérgicos	Ninguno
Traumáticos (caídas previas, eventos adversos)	Ninguno
Tóxicos	Ninguno

Ostomías	No
Familiares	Desconocidos
Transfusionales	Desconocidos

Observaciones:

_____

_____

_____

.4.1 Tratamiento farmacológico habitual:

Tratamiento farmacológico instaurado						
Especialidad	Medicamento	Presentación	Dosis	Frecuencia y vía de administración	Cantidad entregada	Fecha próxima entrega
MEDICINA GENERAL	LEVOTIROXINA	TAB 50 MCG	50MCG	C/24H VIA ORAL	30 TABLETAS	29/08/2024
PSIQUIATRÍA	OLANZAPINA	TAB 5 MG	5 MG	C/24H VIA ORAL	60 TABLETAS	29/08/2024
PSIQUIATRÍA	CARBAMAZEPINA	TAB 200MG	200MG	C/8H VIA ORAL	90 TABLETAS	29/08/2024
PSIQUIATRÍA	ACIDO VALPROICO	SUSP 250 MG/5ML	500MG	C/8H VIA ORAL	9 FRASCOS	29/08/2024
PSIQUIATRÍA	LAMOTRIGINA	TAB 50 MG	100MG	C/12H VIA ORAL	PENDIENTE POR EPS	DD/MM/AAAA
OFTALMOLOGIA	LATANOPROST	GTS 0.05%	1GT OJ IZQ	C/24H OFTALMICA		01/09/2024
OFTALMOLOGIA	CARBOXIMETIL CELULOSA	GTS 0.5%	1GT C/O	C/6H OFTALMICA		01/09/2024
MEDICINA GENERAL	GENTAMICINA	GTS 0.3%	1GT C/O	C/8H OFTALMICA	PENDIENTE POR EPS	DD/MM/AAAA
MEDICINA GENERAL	PAÑALES	TALLA L	1	C/6H	120	29/08/2024

5. VALORACIÓN NUTRICIONAL - FÍSICA - MENTAL

5.1. VALORACIÓN NUTRICIONAL

PESO	57 kg	TALLA	160 cm	IMC	21,33
Diagnóstico Nutricional		Normal según IMC			

Fecha de última valoración	30/07/2024
Dieta habitual	Alimentación Institucional ajustada por: - Su estado nutricional en: Dieta Normocalórica - Normoproteica / Alta En Fibra / Consistencia Normal - Preferencias alimentarias: no pasta, no hígado, no bebidas frías en desayuno. - Variaciones de su apetito: nueves y onces suministrar solo porción de fruta.
Intolerancias alimentarias	Ninguna.

Alteraciones en el apetito	SI **X**	Piezas dentarias		
	NO	completas **X**	incompletas	ausentes

Dificultad para comer					
Masticar	SI	NO **X**	Ingesta independiente	SI	NO **X**
Deglución	SI	NO **X**	Hiperfagía	SI	NO **X**

Estado de la piel

Alteraciones en la piel	SI	NO **X**	Dermatitis		Prurito	
			Edemas		Laceraciones	
Lesiones cutáneas	SI	NO **X**	¿Cuál?			
Zonas por presión	SI	NO **X**	Lugar			
Equimosis	SI	NO **X**	Lugar			
Origen de la equimosis						

Observaciones:

_____

_____

4.2. VALORACIÓN MENTAL

Estado de conciencia								
Alerta	SI**X**	NO	Confuso	SI	NO**X**	Somnolencia	SI	NO**X**
Orientación								
Tiempo	SI	NO**X**	Espacio	SI**X**	NO	Persona	SI**X**	NO
Lenguaje								
Coherente	SI	NO**X**	Incoherente	SI	NO**X**	Otro	SI**X**	NO
¿Cuál? Sin lenguaje verbal, micro expresiones no verbales.								

Observaciones:

_____
_____
_____

RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA:

Hombre de 20 años requiere apoyo generalizado en actividades ABC y AVD, manifiesta microexpresiones hacia emociones como alegría (euforia) y tristeza, genera acercamiento acorde con pares, suele representar su vínculo afectivo con demostraciones de afecto como besos o acercamientos físicos. Logra la comprensión de la instrucción hacia un lenguaje claro y puntual. _____
_____

5. HABILIDADES Y CAPACIDADES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES:

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	SEMI-INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTACIÓN		Alimentación de consistencia normal con manejo del utensilio (cuchara y vaso) de manera independiente, con ocasional apoyo bajo técnica mano sobre mano o asistencia de algunos alimentos.	
VESTIDO			Requiere de apoyo generalizado para la realización de la

			actividad desde idear las prendas a utilizar, hasta ejecutar la acción de vestido, hace uso de pañal, usa prendas semi formales y de sport para su comodidad, tales como: camiseta tipo polo, camiseta blanca debajo o esqueleto, jean, pantalon de drill y sudadera, tenis.
TRASLADOS		Requiere de apoyo parcial para realizar la transferencia de posición sedente corto a silla de ruedas. Realiza desplazamientos anterógrados en silla de ruedas de forma autónoma e independiente, pero requiere de apoyo parcial frente a paso de terrenos inclinados.	
BAÑO			Requiere de apoyos generalizados para el desarrollo de la actividad, desde alistar y alcanzar los elementos a utilizar, hasta ejecutar la acción y pasos para ducharse. Se realiza baño en tina. Se hace uso de elementos generales como shampoo, jabón, toalla para exfoliar y toalla para secarse. No realiza control de esfínteres por lo tanto hace uso de pañal.

6. INSPECCIÓN POR SISTEMAS:

SISTEMA	OBSERVACIÓN
Digestivo	No presenta masas, distensión o dolor abdominal, no náuseas, vómito o pirosis. Presenta como antecedente constipación con tratamiento farmacologico instaurado
Respiratorio	Participante con adecuado tipo y modo respiratorio que le permite el desarrollo de procesos coordinados deglución-respiración.
Osteomuscular	Participante quien presenta una hemiplejia espastica derecha marcada, con deformidad en mano instaurada.
Piel	Piel integra, sin lesiones actuales que requieran de curaciones o seguimiento.
Urinario	Incontinente total, requiere de pañal las 24h con cambios c/6h.
Auditivo	No se reportan problemas auditivos, sin embargo, se describe alta predisposición a la formación de tapones auditivos bilaterales que requieren aumento en la higiene ótica.
Visual	Presenta ceguera monofocal, se encuentra en tratamiento y seguimiento.

7. SOPORTES ENTREGADOS:

Ademas de formulas y ordenes relacionadas anteriormente se realiza entrega de historia clinica de neurocirugia y reporte de Ecografia ocular.

8. RECOMENDACIONES GENERALES

A nivel nutricional, se recomienda vigilar el porcentaje de ingesta en los diferentes tiempos de comida y ajustar la dieta según sea necesario. Es importante considerar posibles variaciones en su apetito y sus preferencias alimentarias. Propiciar su autonomía durante el proceso de ingesta y proporcionar los apoyos de asistencia y acompañamiento mencionados sólo cuando sea necesario, para facilitar su adaptación y mantener su estado nutricional.

Realizar proceso verbal - oral de saludo, anticipación y descripción constante del entorno, de las acciones y actividades a desarrollar, con el fin de continuar favoreciendo los procesos de esquematización mental, reconocimiento de espacios, adaptación a rutinas y disposición del participante.

Desde las competencias neuromotrices y estimulación de habilidades motoras, se dede continuar favoreciendo en Brayan la mejoria de su funcionalidad en actividades lúdico – recreativas con pares, además, que permitan optimizar sus patrones fundamentales de movimiento e inclusión en las actividades deportivas del gusto del participante. Asimismo, se debe reforzar en Brayan el seguimiento instruccional, tiempos atencionales y periodos de permanencia que disminuyan sus picos ansiosos y regulen sus conductas auto- y heteroagre

9. Nombre de los profesionales que realizan la valoración y aportan con información registrada en el formato:

Nombre del profesional	Profesión - cargo	No. reg.profesional	Firma
Laura Valentina Corredor	Psicóloga	267461	
Yaniris Johana Arnedo Perez	Fonoaudióloga	09-01542	
Laura Jhoana Redondo Guerra	Nutricionista Dietista	1030684255	
Laura Andrea Betancur Parra	Terapeuta Ocupacional	1026296528	
Leidy Johana Bohorquez Santos	Fisioterapeuta	1030584947	
Mavi Padilla Espinosa	Enfermerx	1016077994	

Compromisos generados durante el proceso:

Compromisos	Responsable	Fecha de Ejecución

Nombre del referente	Parentesco
Firma	

Observaciones:

_____
_____
_____

Nombre de quien entrega la persona con discapacidad:	Nombre de quien recibe la persona con discapacidad:
Profesión:	Profesión:
CIAI que entrega:	CIAI quien recibe:

Convenio de asociación No.	Convenio de asociación No.
Número de cedula del profesional:	Número de cedula del profesional:

“En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía”.