

**23-07-2024 RECORRIDOS VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCIÓN DAPS RIO
BLANCO**

María Elvia Cifuentes



Lorenzo Diaz Monataño



Ruben Rios



Amanda Muñoz



Juan Antonio Castro



Miriam Herrera



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.347.635

CIFUENTES CRUZ

APELLIDOS

MARIA ELVIA

NOMBRES

Maria Elvia Cruz



FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-1938

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.44

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

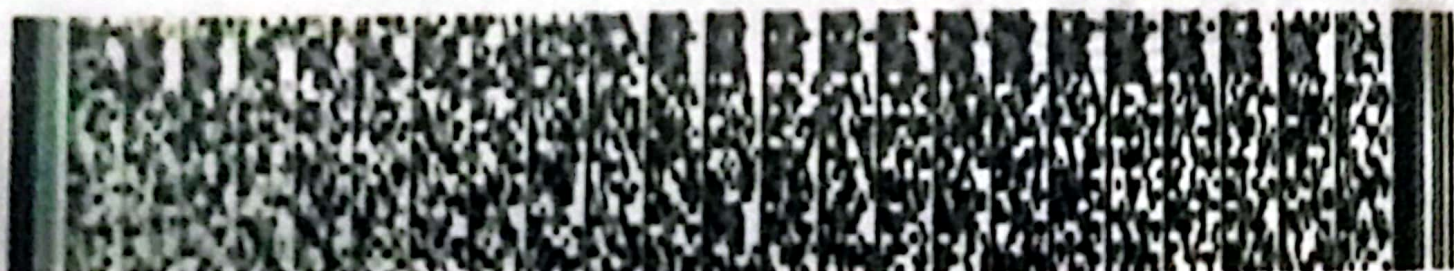
01-OCT-1959 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Amel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.656.562

ACOSTA DIAZ

PELLIDOS

LICETH NATHALIA

OMBRES

Liceth Nathalia Acosta Diaz

FIRMA



12:05



FECHA DE NACIMIENTO

25-JUN-1999

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

23-AGO-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo

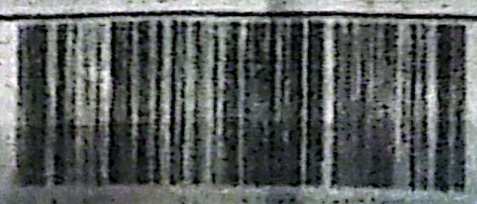
REGISTRADOR NAC
JUAN CARLOS GALINDO

NDICE DERECHO

INFORMACION DE INTERES
 INFORMACION TARIFARIA
 INFORMACION GENERAL
 INFORMACION DE CONTACTO

DETALLE DE CREDITO
 DETALLE DE DEBITO
 DETALLE DE PAGOS

PUNTO CIBER
 19 MAR 2023
 CARRERA 14B # 2450



TOTAL A PAGAR
 PAGO OPORTUNO

1980. NR. CENTRO DE SALUD MAZARETH
Compartimiento de Mazareth de Tumucac
PLAN DE MANDO EXTERNO

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPHOC

[illegible]

- Hipertensión esencial
- Hipertensión secundaria
- Hipertensión esencial
- Hipocausa bilateral

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Dosis	Unidad	Vía de Administración	Frecuencia	Duración	Comentarios
Calcio Carbonato	600 mg	Tableta	Vía Oral	2 veces al día	90 días	NOVENA
Aspirina	100 mg	Tableta	Vía Oral	2 veces al día	90 días	NOVENA
Paracetamol	500 mg	Tableta	Vía Oral	2 veces al día	90 días	NOVENA
Insulina	10 unidades	Tableta	Vía Oral	2 veces al día	90 días	NOVENA

[illegible]

Author's complete name: _____
 Address: _____
 City: _____ State: _____ Zip: _____

UNO, EN CENTRO DE SALUD NAZARET
CORRESPONDENCIA DE SALUD EN SUZUKI
PLAN DE MANEJO EXTERNO

2000 AND WITH CONCORDANCE WITH THE PROVISIONS OF THE FEDERAL CLIMATE CHANGE ACT.

[illegible]

Distinguishing Power 1172 **COPYRIGHTS MATERIAL (PRODUCTION)**

TELETYPE UNIT T-1000 VISA CABLE CAUDA IN PORTLAND

Medicamento:	Indicaciones:	ESQUEMA DE DOSIS CAPILLA	Condiciones:	Observaciones:
Condiciones:	23.474 mg	Unidad	VIA ADMINISTRACION	Observaciones:
Dosis:	20	Unidad	ESQUEMA	Observaciones:
Medicamento:	20 mg	Unidad	VIA ADMINISTRACION	Observaciones:
Condiciones:	20	Unidad	VIA ADMINISTRACION	Observaciones:

TOBACCO: 100% TOBACCO. 100% TOBACCO. 100% TOBACCO.

Medicamento/ Concentración	Unidad	Vía de administración	Presentación	Comercial: IMC
ASPIRINA	20 mg	Oral	Tabletas	IMC

Professional
Registered Professional
Specialist
1212643175
BOLA SAGADA IONA VERGARA
1212643175
EDICION GENERAL CREDITO

UBS: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH

Dirección USS: Corregimiento de Nazareth de Sumopaz

Yaleford 1255: 3 10802/440

PLAN DE MANEJO EXTERNO

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

1ª Historia Clínica: 20347635

p Folio: 292 Folio Asociado: 56

® Gestor Formula Medica: LC20347635_292

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA ELVA CIFUENTES CRUZ

Fecha Nacimiento: 7/04/1938 Edad Actual: 85 Años / 7 Meses / 9 Días

Recepción: VO ANIMA CORREGIMIENTO DE NAZARETH

Precedencia: BOGOTA

DATOS DE AFILIACIÓN

CAPITAL SALUD EPSS S1

Key Beneficiaries: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO

DATOS DEL INGRESO

Responsible:

Direction Resp

Finalidad Consultar No Aplica

Unidad Asistencial: CENTRO DE SALUD NAZARETH

CONS MEDICINA GENERAL - NAZARETH

Suministros Pacientes:

Diagnostico Principal: H0X **HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Dosis:	20	Unidad Dosis:	MILIGRAMO	Frecuencia:	24	Hora
--------	----	---------------	-----------	-------------	----	------

Observaciones: TOMAR UNA TABLETA VÍA ORAL CADA 24 HORAS **EN LAS NOCHES**

Medicamento:	M00S02	QUETIAPINA 25MG TAB	Cantidad:	90	NOVENTA
--------------	--------	---------------------	-----------	----	---------

Concentración:	25 mg	Unidad:	TABLETA	Vía Administración:	Oral	Duración:	90 Días
----------------	-------	---------	---------	---------------------	------	-----------	---------

Dosis: 25 Unidad Dosis: MILIGRAMO Frecuencia: 24 Hora NO

Observaciones: tomar una tableta en las noches

Medicamento:	M00208	BISACODILO 5MG TABLETA	Cantidad:	30	TREINTA
--------------	--------	------------------------	-----------	----	---------

Concentración: 5 mg **Unidad:** TABLETA **Vía Administración:** Oral **Duración:** 90 Días

Dosis: 5 Unidad Dosis: MILIGRAMO Frecuencia: 24 Hora

Observaciones: tomar una tableta cuando presente estreñimiento

Profesional 12331909B3 - JUNCA ERASO CARLOS ANDRES

Registro Profesional 1233190983

Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

FIRMA Y SELLO

Nombre reports : 1382 Manuscripts : 1382

Page 2/7

LICENCIADO A: [SUSRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	20347635
NOMBRES	MARIA ELVIA
APELLIDOS	CIFUENTES CRUZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	16/10/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 07/31/2024 12:03:37 | Estación de origen: | 192.168.70.220



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL,
GESTIÓN TERRITORIAL Y
TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:



FORMATO DE SOLICITUD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Natalia			Segundo Nombre	Elvira		
Primer Apellido	CHIENTE			Segundo Apellido	CRUZ		
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	No. de ID
Fecha de Nacimiento	07	04	38	Edad	86	Sexo	H
Nombre Identitario	Ninguno			Orientación Sexual	☒	HO	BI
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante	2. Persona discapacitada	3. Víctima del conflicto armado	4. Población LOTBCH	5. Excombatiente	6. Persona en condición de calle	7. Inmigrantes
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1. Afrodescendiente	2. Negro/a	3. Palenquero	4. Racial	5. Indígena	Indique nombre de Pueblo Indígena	6. Room o gitano/a
Localidad	20 Sumapaz			Barrio	Animas		
Dirección	El bravo			UPZ	Estrato		
Descripción de la ocupación	Ninguna			Teléfonos	3234916748		
Tipo de Afiliación a Salud	☒	C	PPNA	EXES	EAPB	Capital Salud	SISBEN
Diagnóstico Médico (CIE10)	ARTROSIS generalizada			Tipo de Discapacidad	☒	A	V
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	Silla sanitaria con ruedas			Elevador sanitario y almohada	Barra para el baño		
Nombre de Cuidador (a)	Iiceth natalia acosta			Parentesco	Neta		
Datos del cuidador	3234916748			Finca bravo	Vive con la persona con discapacidad		
Otro contacto	Teléfono			Dirección			Parentesco
El solicitante es	☒	Beneficiario de vigencia anterior	Vigencias en las que ha sido beneficiario			Fecha de Solicitud	
Si el solicitante ha sido beneficiario (a) en otras vigencias, especificar los dispositivos recibidos							

2. SELECCIÓN DE CANDIDATO: (Marque con una x)

Criterios de selección del Candidato		Si	No
a. Cumple con los requisitos para ser beneficiario del convenio o contrato.		☒	
b. Presenta los documentos solicitados, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento Técnico Distrital.		☒	
c. El solicitante anexa prescripción médica realizada por un médico ortopedista o fisiatra (obligatorio para calzado ortopédico, plantillas y medias de compresión)			☒
d. El dispositivo de asistencia personal -DAP- es un elemento No cubierto por el Plan de Beneficios		☒	

3. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES Y COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

3.1 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CANDIDATO (A)

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, 1037656362, identificado(a) con 1037656362, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de mis datos personales X, b. Registro fotográfico X y c. Anexar copia de mi historia clínica X, como parte de la documentación para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

3.2 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CUIDADOR (A) Y/O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de cuidador(a) y/o representante de la persona con discapacidad candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, 1037656362, identificado(a) con 1037656362, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de datos personales X, b. Registro fotográfico X y c. Anexar copia de historia clínica X, como parte de la documentación de la persona con discapacidad, la cual represento, para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL,
GESTIÓN TERRITORIAL Y
TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

Elaborado por:
Revisado por:
Aprobado por:



Nombre del Candidato(a)	Marta Elvira Cifuentes	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID	20323635	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Natalia Acosta	Firma	Natalia Acosta	Tipo y No. de ID	1032656562	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia SM	Tipo y No. de ID	1022393924	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

4. DECISIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DE APROBACIÓN DEL CONVENIO O CONTRATO (Este espacio debe ser diligenciado exclusivamente durante el proceso de presentación del caso en el marco del Comité Técnico de Aprobación): El Comité Técnico estudió y aprobó el otorgamiento del(los) siguiente(s) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s): (Marque con una x)

Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado	Aprobada		Criterios de No Aprobación
	SI	NO	
1. Silla de ruedas eléctrica			
2. Bata de quirófano			
3. Fierro de planchar			

Almohada ortopédica

Observaciones: _____

SESIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO - ACTA No. _____ FECHA: _____

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia SM	Tipo y No. de ID	1022393924
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición - Equipo GPIL SDS, 2024

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE HISTORIA DE VULNERABILIDAD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

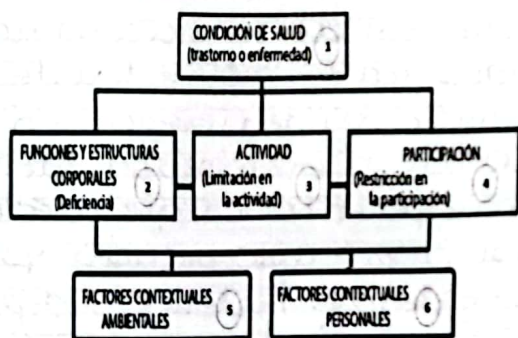
Primer Nombre	MARIA						Segundo Nombre	ELISA						
Primer Apellido	CIFUENTES						Segundo Apellido	CORTES						
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro		No. de ID	70324638					
Fecha de Visita	23	07	2021											

2. CONDICIONES DEL USUARIO

Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)		4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha extrema)	2. Dificultad Moderada (Medio Regular)	1. Dificultad Ligera (Poca, escasa)	0. No hay Dificultad (Ninguna Insignificante)
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)		Intermitente	☒ Continuo	Extenso	Generalizado	
Autocuidado						
Higiene	Independiente	Semidependiente		Dependiente		
Vestido	Independiente	Semidependiente		Dependiente		
Alimentación	Independiente	Semidependiente		Dependiente		
Otro ¿Cuál?	Independiente	Semidependiente		Dependiente		
Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad		SI	☒	Observaciones		

VALORACIÓN DE LA CIF

(Realizar la descripción técnica, de acuerdo con las características evidenciadas, tomando como referencia los dominios de cada componente contenidos en el instructivo ubicado al final del formato)



1. Artrosis degenerativa
Esclerosis acetabular
Gestis anfrictis puvica
HTA.

2. b4203 funciones de la presión arterial
b710.3 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones
b730.3 funciones relacionadas con la fuerza muscular
s740.318 estructuras de la región pélvica
s750.378 estructura de extremidad inferior.

3. ds98.3 autocuidado.
usuaria dependiente de la cuidadora para todas las actividades de la vida diaria por alto riesgo de caída
d175.3 Resolver problemas.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

4	dño. 3. vida comunitaria social entre otras. dificultad para participar en actividades propias de la localidad
5	(Incluir barreras y facilitadores) Baneras. usuaria dependiente de la cuidadora para todas las actividades de la vida diaria.
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores - usuaria recibe bono de adulto mayor - Recibe apoyo económico por parte de la familia

3. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN CLÍNICA, SOCIAL Y DE CONDICIONES DE VIDA (justificación para la prescripción y proceso de aprobación de los Dispositivos de Asistencia Personal, solicitados para el candidato): Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.

usuaria en condición de discapacidad física con deficiencia en función de la presinarticular, funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones y funciones de la fuerza muscular con deficiencia en estructuras de la región pélvica y estructuras de la extremidad inferior con cambios cualitativos en estructuras no especificadas que afectan su capacidad para resolver problemas, su propio autocuidado y su vida comunitaria restringiendo su independencia haciéndola dependiente de su cuidadora para todas las actividades de la vida diaria.

4. ASESORÍA Y CANALIZACIÓN: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.						SI	NO
Se brinda información para el proceso de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RCLCPD.						X	
Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad						X	
Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad						X	
Se realiza proceso de canalización	SI	Intersectorial	Intrasectorial	Intrainstitucional	Interinstitucional	NO	
						X	
Si su respuesta fue sí, debe diligenciar el formato relacionado con canalización y anexarlo.							

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por:	
			Revisado por:	
			Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	<u>Natalia Cifuentes</u>	Firma	<u>NO FIRMA</u>	Tipo y No. de ID	<u>20387635</u>	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)	<u>Natalia Acosta</u>	Firma	<u>Liceth Acosta</u>	Tipo y No. de ID	<u>1022656562</u>	
Nombre del Terapeuta	<u>Natalia Sanabria</u>	Firma	<u>Natalia SM</u>	Tipo y No. de ID	<u>1022308924</u>	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	<u>Natalia Sanabria</u>	Firma	<u>Natalia SM</u>	Tipo y No. de ID	<u>1022393924</u>
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

**FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL -
PARA LA TERAPIA, ENTRENAMIENTO, CUIDADO Y LA PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9**

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Nana					Segundo Nombre	Elisa							
Primer Apellido	Cruente					Segundo Apellido	Cruz							
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	FEP	Otro	No. de ID	20397635						
Fecha de visita	03/02/2018					Peso del candidato	65					Presenta úlcera o escara	SI	X

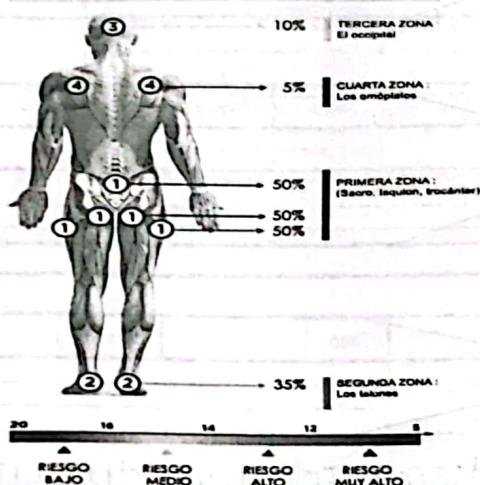
2. ULCERA O ESCARA (Si la respuesta es NO, pasar al numeral 3)

Presenta úlcera o escara	SI	X	Origen	Por presión	Venosa	Arterial	Mista	Diabética	Isquémica	Otro	Cuál?	
Localización	a. b. c.							Grado	a. 1 2 3 4 b. 1 2 3 4 c. 1 2 3 4			
Ha recibido algún tipo de cuidado por la úlcera o escara	SI	X	Cual?									

2.1 CALIFICACIÓN POR LOCALIZACIÓN: Señale con una x o circulo, en la gráfica, la zona afectada y el riesgo según escala. En la tabla, marque con una X en cada columna, según corresponda (ver instructivo).

ESCALA DE NORTON

Zonas con riesgo de Escaras



ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTAJE
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	
Regular	Confuso	Muy Limitada	Sentado	Urinaria o fecal	
Muy Malo	Estuporoso/comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	

TOTAL	Puntaje en la escala de Norton	Nivel de Riesgo
--------------	--------------------------------	-----------------

3. PRESCRIPCIÓN DE COJINES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo	Posición en la que permanece				Cuál?	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	NO
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras	Cojín de Posición	Rin de coque	Otro	Cuál?	Perfil del Dispositivo	Alto	Medio
Componente del dispositivo	GetSicoma	Espuma	Aire	Otro	Cuál?	Dimensiones del dispositivo (CM O PULG. especificar unidad de medida)	Alto	Profundidad
Se prescribe cojín para silla de ruedas	SI	NO	Dimensiones del asiento de la silla de ruedas (CM O PULG. especificar unidad de medida)				Alto de espaldar	Profundidad



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL,
GESTIÓN TERRITORIAL Y
TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO

Elaborado por:
Revisado por:
Aprobado por:



4. PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo			Posición en la que permanece			Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	NO
Tipo de dispositivo requerido	Colchón artesanal	Otro			Dimensiones del dispositivo (cm)	Largo	Ancho	Alto
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA				CAMA SOBRE MEDIDA			
Componente del dispositivo	Espuma	Otro			Dimensiones de la cama (cm)	Largo	Ancho	Alto

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido	Silla sanitaria en ruedas plegable cicero							
Dimensiones del baño (cm)	200	220	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del beneficiario y dimensiones del espacio)	Sanitaria con ruedas	Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	X	NO	
Dimensiones de la ducha (cm)	100	200			Zona principal donde realiza actividades de higiene	Baño		
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	70cm				Esta zona cuenta con espacio suficiente para el dispositivo	X	NO	
Observaciones								

6. CALZADO PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN

Características del calzado	Pie Diabético	Ortopédico	Artístico	¿Cuenta con prescripción médica?		SI	NO
Tipo de calzado	Botas	Tenis	Formal	Sandalias	Otro	Talla	Color
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	Observaciones del profesional						

7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Silicona	Gel	Cuero	Otro	¿Cuenta con prescripción médica?	SI	NO
¿Cuenta con prescripción médica?	SI					NO	
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	Observaciones del profesional						

8. PRESCRIPCIÓN MEDIAS DE COMPRESIÓN

Nivel de compresión	Baja	Meda	Alta	Talla	Color
Tipo	Plantilla	Plantilla Maxima	Al muslo	A la rodilla	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))

Observaciones del Profesional: usuaria en condición de discapacidad con dificultad para su propio autocuidado como asear diario ya que es dependiente de su cuidadora para todas las actividades de la vida diaria

Nombre del Candidato(a)	Natalia elvia Cifuentes	Firma	NO firma	Tipo y No. de ID	803217635	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Natalia Alonzo	Firma	Liceth Acosta	Tipo y No. de ID	1032656562	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia SM	Tipo y No. de ID	102239392121	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia SM	Tipo y No. de ID	102239392121
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL GENERALES

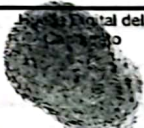
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	MARTA						Segundo Nombre	ELISA						
Primer Apellido	CIFUENTES						Segundo Apellido	CAJZ						
Tipo de Identificación	RC	TI	CX	CE	REP	Ora	Cust?	No. de ID	203217635					
Fecha de Visita	23/03/24													

2. DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL A PRESCRIBIR: (Marque con una X y diligencie las casillas correspondientes).

NOMBRE DEL DISPOSITIVO		DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Grúa mecánica	SI		
Cojines de posicionamiento	SI		
Mesa de escotadura	SI		
Dispositivos de transferencia o trasbordo (tablas, tapetes, hamacas, sábanas, escaleras y cinturones de traslado)	SI		
Otros ¿Cuáles?	X	Elevador sanitario y almohada ortopédica	2

Observaciones del Profesional: Usaria con limitación para actividades de aseo diario y actividades como entrar al baño se solicitan dispositivos que contribuyan a su optimo posicionamiento para disminuir el dolor por posturas forzadas.

Nombre del Candidato(a)	MARTA ELISA CIFUENTES	Firma	No Firma	Tipo y No. de ID	203217635	
Nombre del Cuidador(a)	NATALIA ACOSTA	Firma	Liceth Acosta	Tipo y No. de ID	1032656562	
Nombre del Terapeuta	NATALIA SANABRIA	Firma	Natalia Sm	Tipo y No. de ID	1022393941	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sm	Tipo y No. de ID	1022393941
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPII. SDS, 2024

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

**FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL - MOBILIARIO Y
ADAPTACIONES PARA VIVIENDA Y OTROS INMUEBLES-CLASE 18**

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Nata					Segundo Nombre	eluta				
Primer Apellido	Cifuentes					Segundo Apellido	Cruz				
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	No. de ID	20397633			

2. PRESCRIPCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo			Realiza cambios de posicionamiento			Dependiente del cuidador para AVD	SI	NO
Tipo de dispositivo requerido	Camá manual	Camá Semi Eléctrica	Camá Eléctrica			Planos del Dispositivo	Dos (2)	Tres (3)
Medidas de la habitación (cm)					Medidas de la cama (cm)	Largo	Ancho	Alto

3. PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE SOPORTE

Prescripción de Barras o Pasamanos	Ubicación 1	Costado izquierdo							
	Tipo	Horizontal	Vertical	En L	Diagonal	Mixta	Características	☒	Móvil
	Medidas (cm)	90	93	Diámetro		Calibre	Material	Acero inoxidable	
		Longitud	Altura respecto al piso						
Cantidad de Barras a prescribir	Ubicación 2	Ancho de la ducha							
	Tipo	Horizontal	Vertical	En L	Diagonal	Mixta	Características	☒	Móvil
	Medidas (cm)	90	90	Diámetro		Calibre	Material	Acero inoxidable	
		Longitud	Altura respecto al piso						
	Ubicación 3	Costado derecho							
	Tipo	Horizontal	Vertical	En L	Diagonal	Mixta	Características	☒	Móvil
	Medidas (cm)	100	90	Diámetro		Calibre	Material	Acero inoxidable	
		Longitud	Altura respecto al piso						

Prescripción de Rampas	Tipo	Móvil		Fija	
	Ubicación 1				
Cantidad de Rampas a prescribir	Medidas (cm)	Longitud	Altura	Material	
	Ubicación 2				
Otros	Medidas (cm)	Longitud	Altura	Material	

Observaciones del Profesional: usuaria con preuras caídas recurrentes asociada a diagnósticos y dependencia. Anualmente se realiza solicitud de dispositivos que contribuyan a la mejora de su calidad de vida y disminución de riesgo de caídas.

Nombre del(a) Candidato(a)	Nata eluta Cifuentes	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID	20397633	Huella Digital del Candidato 
Nombre del(a) Cuidador(a)	Natalia Acosta	Firma	Liceth Acosta	Tipo y No. de ID	1032656362	
Nombre del(a) Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sanabria	Tipo y No. de ID	1022393944	
Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sanabria	Tipo y No. de ID	1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 248.955

DIAZ MONTAÑA

APellidos
REPÚBLICA DE COLOMBIA

LORENZO

NOMBRES

FIRMA

REP
CO



REP
CO



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

30-JUL-1930

USME
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

28-JUL-1955 FUSAGASUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500120-47149224-M-0000248955-20060713

0005006194M 02 203517786

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.032.656.562**

ACOSTA DIAZ

APELLIDOS

LICETH NATHALIA

NOMBRES

Liceth Nathalia Acosta Diaz

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1999**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

23-AGO-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-01084678-F-1032656562-20190717

0066483438A 1

9909178948



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: LORENZO
1.2 Segundo nombre: DIAZ
1.3 Primer apellido: MONTAÑA
1.4 Segundo apellido: MONTAÑA
1.5 Documento de identidad: Certificado de Nacimiento, Registro civil, Tarjeta de identidad, Cédula de ciudadanía, ☒ Cédula de extranjería, Pasaporte, Carnet diplomático, Permiso especial de permanencia.
Número de documento de identidad: 248955

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

2.2 Fecha:

Año: 2021 Mes: 9 Día: 9

2.3 Departamento:

BOGOTÁ, D.C.

2.4 Municipio:

BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

	SI	X	NO
Física	SI	X	NO
Visual	SI	NO	X
auditiva	SI	NO	X
Intelectual	SI	NO	X
Psicosocial (Mental)	SI	NO	X
Sordoceguera	SI	NO	X
Múltiple	SI	NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	54.17
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	35.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	61.25
GLOBAL	62.36

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Códigos Funciones Corporales

b4402.3 b770.2

2. Códigos Estructuras Corporales

s4100.279 s4102.377 s4301.373

3. Códigos Actividades y Participación

d4501.4 d879.4 d910.3



La salud
es de todos

Ministerio de Salud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

1. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
MONICA ALEJANDRA BERMUDEZ UGO	Terapia ocupacional	<i>Mónica Bermúdez</i> CC-1024558682
LUISA MARGARITA DAZA YANI	Medicina	<i>Luisa Daza Yami</i> CC-1065647040
LUZ ANGELICA CASTAÑEDA TACHA	Fonocardiología	<i>Luz Angélica Castañeda</i> CC-52052854

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, **LORENZO DIAZ MONTAÑA** manifiesto que: **SI**
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Lorenzo Díaz Montaña
Nombre y Firma

Documento: CC-248955

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la
normatividad que lo regula. **SI**



(El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional. Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez)

**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	248955
NOMBRES	LORENZO
APELLIDOS	DIAZ MONTAÑA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	
CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL IMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	16/10/2015	31/12/2999	CAR

Fecha de Impresión: | 07/31/2024 12:30:09 | Estación de origen: | 192.168.70.220

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Fecha de Registro: 25/05/2023 1:50:35 p.m.
Fecha Actual: Jueves, 25 Mayo 2023

USS: JC - CENTRO DE SALUD EL CARMEN
CL 48 B SUR No. 28 - 80

SOLICITUD DE EXÁMENES

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Identificación: 248955 N° Folio: 301 Folio Asociado: 254 N° DE ORDEN:

DATOS PERSONALES

Paciente: LORENZO DIAZ MONTANA
Documento: Cédula Ciudadanía
Fecha: 30/07/1930 Edad Actual: 92 Años / 9 Meses / 25 Días
Vereda: Vereda las Animas sumapaz
Ciudad: BOGOTÁ

DE AFILIACIÓN

CAPITAL SALUD EPSS S A S
Régimen: Régimen Simplificado
Nivel - Estrata: SUBSIDIADO NIVEL 1

DEL INGRESO

Teléfono Resp: 3209772046
N° Ingreso: 12457736 Fecha: 25/05/2023
Causa Externa: Enfermedad General

SELECCIONAR CENTRO DE COSTO

IMPRESION DIAGNOSTICA

Insuficiencia Respiratoria, No Especificada

LISTADO DE EXÁMENES

N	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
02	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	1	Rutinario

Total Items: 0

79325765 - AREVALO GALINDO DANILLO ALBERTO
Profesional 79325765
Especialidad NEUMOLOGIA

FIRMA Y SELLO

PERSONALES

Paciente: LORENZO DIAZ MONTANA

Documento: Cédula Ciudadanía

30/07/1930

Edad Actual: 92 Años / 9 Meses /
25 Días

Identificación: 248955 Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Vereda las Animas sumapaz

Teléfono: 3209772046

BOGOTA

Ocupación: Otras Ocupaciones

DE AFILIACIÓN

CAPITAL SALUD EPSS S A S

Régimen: Regimen_Simplificado

Beneficio: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1

Plan de Beneficios: FES03414

DEL INGRESO

able:

Teléfono Resp:

Resp:

Nº Ingreso: 12457736 Fecha: 25/05/2023

Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

RVICIO: X00SS

SELECCIONAR CENTRO DE COSTO

IMPRESION DIAGNOSTICA

ico:

LISTADO DE EXÁMENES

GH	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
002	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	1	Rutinario
	M19.9	POLIARTROSIS		
	J969	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA		

ión:

Total Ítems: 0

1407265-3

No. 132392499-5

CLIENTE
LORENZO DIAZ
MORON (A) MORON

FECHA DE EMISION: 18 MAR / 2024

TOTAL A PAGAR
\$86.210

DESACTUACION
00

PAGO OPORTUNO
12 MAR / 2024

FECHA SUSPENSION
30 MAR / 2024

EVOLUCION DEL CONSUMO

PERIODO FACTURADO
17 FEB - 17 MAR 2024

PRIMA LECTURA
16 MAR 2024

TIPO LECTURA
FEM

ANUALIDAD

CONSUMO PROMEDIO
DE TIEMPO 4 MESES
194

CONSUMO PERIODO
274,427

INFORMACION DEL CONSUMO

WEDDOWA TIPO MEDIDA LEC. ACTUAL LEC. ANTERIOR FACTOR EMERGENCIA EMERGENCIA

MARCA LECT 274,427 274,427 1 174 174

CALIDAD DEL SERVICIO

INFORMACION DE INTERES

INFORMACION TECNICA

INFORMACION TARIFARIA

DETALLE DE CUENTA

SUBTOTAL

CONSUMO DE ENERGIA

5149,790

CONSUMO DE ENERGIA

554,427

SUBTOTAL VALOR CONSUMO

594,743

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE,

TE COSTO \$6.713 DIARIOS

COMPENSACION \$8.555

SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGIA

52

19 MAR 2024

CARTELA 748-44 SUK

7265-3

132392499-5

TOTAL A PAGAR
\$86.210
PAGO OPORTUNO

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE SOLICITUD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Lorenzo										Segundo Nombre																						
Primer Apellido	Díaz										Segundo Apellido	Montaña																					
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	¿Cuál?					No. de ID	248955					Nacionalidad	Colombiana														
Fecha de Nacimiento	30	07	1990	Edad	94	Sexo	☒	M	☐	F	☐	Género	☒	HO	BI	NE	NI	Otro	¿Cuál?														
Nombre Identitario											Orientación Sexual	☒	HO	BI	NE	NI	Otro	¿Cuál?															
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante		2. Persona con discapacidad		3. Víctima del conflicto armado		4. Población LGTBIQ+		5. Excombatiente		6. Persona en condición de calle		7. Inmigrantes		8. Origen no europeo		9. Persona de etnias precolombinas		10. Ninguno														
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1. Afrodescendiente		2. Negra/o		3. Palenquero		4. Raizal		5. Indígena		Indique nombre de Pueblo Indígena		6. Rom o gitano/a		7. Ninguno																		
Localidad	20	Sumbat										Barrio	Animas										UPZ										
Dirección	Ruralidad Animas										Estrato																						
Descripción de la ocupación	Ninguna										Teléfonos	3234916748																					
Tipo de Afiliación a Salud	☒	C	PPNA	EXES	EAPB	capital salud					SISBEN	☒	NO	Puntaje del SISBEN																			
Diagnóstico Médico (CIE10)	M14.9 Artrosis										Tipo de Discapacidad	☒	A	V	S/C	CG	P/M	MP															
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	colchon ortopedico doble DAP - AT 1										Almohada ortopedica DAP - AT 2										Kit Avul (pinta, desvestidor, calzado, colocador, medius) DAP - AT 3										Cuenta con Cuidador(a)	☒	NO
Nombre de Cuidador (a)	Lizeth Natalia Acosta										Parentesco	Nieta																					
Datos del cuidador	3234916748 Teléfono										Animas Dirección										Vive con la persona con discapacidad	☒	NO										
Otro contacto																					Parentesco												
El solicitante es	☒	Beneficiario de vigencia anterior	Vigencias en las que ha sido beneficiario										Fecha de Solicitud	23	07	24																	
Si el solicitante ha sido beneficiario (a) en otras vigencias, especificar los dispositivos recibidos																																	

2. SELECCIÓN DE CANDIDATO: (Marque con una x)

Criterios de selección del Candidato	Si	No
a. Cumple con los requisitos para ser beneficiario del convenio o contrato.	☒	
b. Presenta los documentos solicitados, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento Técnico Distrital.	☒	
c. El solicitante anexa prescripción médica realizada por un médico ortopedista o fisiatra (obligatorio para calzado ortopédico, plantillas y medias de compresión)		☒
d. El dispositivo de asistencia personal -DAP- es un elemento No cubierto por el Plan de Beneficios	☒	

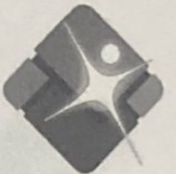
3. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES Y COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

3.1 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CANDIDATO (A)

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Lorenzo Díaz Montaña, identificado(a) con 248955, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de mis datos personales X, b. Registro fotográfico X y c. Anexar copia de mi historia clínica X, como parte de la documentación para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

3.2 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CUIDADOR (A) Y/O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de cuidador(a) y/o representante de la persona con discapacidad candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Lizeth Acosta, identificada(a) con cédula de ciudadanía número 1031616162, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de datos personales X, b. Registro fotográfico X y c. Anexar copia de historia clínica X, como parte de la documentación de la persona con discapacidad, la cual represento, para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	Lorenzo Diaz	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID	cc 248955	
Nombre del Cuidador(a)	Lizeth Acosta	Firma	Lizeth Acosta	Tipo y No. de ID	cc 1032656362	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S-m	Tipo y No. de ID	cc 1022393944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

4. **DECISIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DE APROBACIÓN DEL CONVENIO O CONTRATO** (Este espacio debe ser diligenciado exclusivamente durante el proceso de presentación del caso en el marco del Comité Técnico de Aprobación): El Comité Técnico estudió y aprobó el otorgamiento del(los) siguiente(s) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s): (Marque con una x)

Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado	Aprobada		Criterios de No Aprobación
	SI	NO	
1. Colchon ortopedico doble			
2. Almohada ortopedica			
3. Kit Aud			

Observaciones: _____

SESIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO – ACTA No. _____ FECHA: _____

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S-m	Tipo y No. de ID	cc 1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024



FORMATO DE HISTORIA DE VULNERABILIDAD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

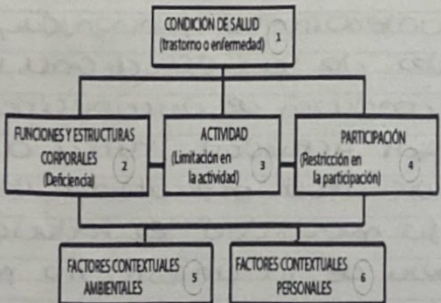
Primer Nombre	Lorenzo		Segundo Nombre		
Primer Apellido	Díaz		Segundo Apellido	Montaña	
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP
Fecha de Visita	23	07	24		

2. CONDICIONES DEL USUARIO

Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)		4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha asistencia)	2. Dificultad Moderada (Asistencia Regular)	1. Dificultad Ligera (Poca asistencia)	0. No hay Dificultad (Ninguna insignificante)
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)		Intermitente	☒ Ligero	Extenso	Generalizado	
Autocuidado						
Higiene	Independiente	☒	Semidependiente	Dependiente		
Vestido	Independiente	☒	Semidependiente	Dependiente		
Alimentación	Independiente	☒	Semidependiente	Dependiente		
Otro ¿Cuál?			Independiente	Semidependiente	Dependiente	
Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad		☒	NO	Observaciones		

VALORACIÓN DE LA CIF

(Realizar la descripción técnica, de acuerdo con las características evidenciadas, tomando como referencia los dominios de cada componente contenidos en el instructivo ubicado al final del formato)

		<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia respiratoria - polidrosis - oxígeno requerente 24 horas
<p>2</p>		<p>64402-3 funciones respiratorias</p> <p>6770-2 funciones relacionadas con el patrón de la marcha</p> <p>6789-2 funciones relacionadas con el movimiento</p>
<p>3</p>	<p>0248-2 Tareas y demandas generales</p> <p>0410-2 cambiar las posturas corporales básicas</p>	<p>54100279 Estructura del sistema cardiovascular</p> <p>54301-373 Estructura del sistema respiratorio</p> <p>5798-2 Estructuras relacionadas con el movimiento</p>

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD</p> <p>PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD</p> <p>DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

4	<p>datos Andar</p> <p>datos vida económica</p> <p>datos vida comunitaria</p>
5	<p>(Incluir barreras y facilitadores)</p> <p>Barreras =</p> <ul style="list-style-type: none"> - movilidad reducida - NO puede realizar mucha actividad física
6	<p>(Incluir barreras y facilitadores)</p> <p>Facilitadores =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibe bono de centro día - Recibe apoyo socioeconómico de la familia

3. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN CLÍNICA, SOCIAL Y DE CONDICIONES DE VIDA (justificación para la prescripción y proceso de aprobación de los Dispositivos de Asistencia Personal, solicitados para el candidato): Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.

Usuario de 44 años con diagnósticos anteriormente mencionados, es independiente para realizar actividades de la vida diaria. vive con la esposa que es una persona en condición de discapacidad y con la niña. Se le dificulta realizar actividad física o movimientos en exceso ya que por su dificultad respiratoria debe usar oxígeno las 24 horas del día, su movilidad es reducida y camina con ayuda de muletas a causa de la artritis, no puede realizar cambios de posición con frecuencia ya que aumenta la sintomatología dolorosa. El usuario recibe apoyo socioeconómico de la familia, al no salir con frecuencia de la casa no tiene relación social constante afectando la vida comunitaria.

4. ASESORÍA Y CANALIZACIÓN: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.						SI	NO
Se brinda información para el proceso de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RCLCPD.						X	
Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad						X	
Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad						X	
Se realiza proceso de canalización	SI	Intersectorial	Intrasectorial	Intrainstitucional	Interinstitucional	NO	
Si su respuesta fue si, debe diligenciar el formato relacionado con canalización y anexarlo.							

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	Lorenzo Diaz	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID	248955	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)	Lizeth Acosta	Firma	Liceth Acosta	Tipo y No. de ID	1032656562	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanchez	Firma	Natalia S	Tipo y No. de ID	1022393944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanchez	Firma	Natalia S	Tipo y No. de ID	1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

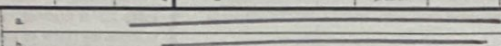
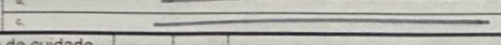
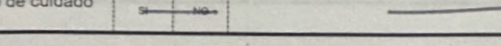
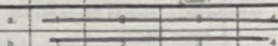
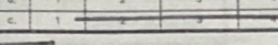
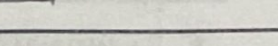
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

**FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL -
PARA LA TERAPIA, ENTRENAMIENTO, CUIDADO Y LA PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9**

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Loremo						Segundo Nombre							
Primer Apellido	Díaz						Segundo Apellido	Montaño						
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	248955					
Fecha de visita	23	07	24	Peso del candidato				68	Presenta úlcera o escara				SI	☒

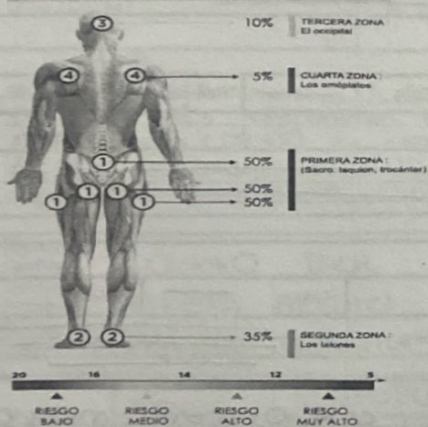
2. ÚLCERA O ESCARA (Si la respuesta es NO, pasar al numeral 3)

Presenta úlcera o escara	SI	☒	Origen	Por presión	Venosa	Arterial	Mixta	Diabética	Intoxicación	Otro	¿Cuál?	
Localización	a.  b.  c. 								Grado	a.  b.  c. 		
Ha recibido algún tipo de cuidado por la úlcera o escara	SI	☐	¿Cuál?									

2.1 CALIFICACIÓN POR LOCALIZACIÓN: Señale con una x o círculo, en la gráfica, la zona afectada y el riesgo según escala. En la tabla, marque con una X en cada columna, según corresponda (ver instructivo).

ESCALA DE NORTON

Zonas con riesgo de Escaras



ESTADO FÍSICO		ESTADO MENTAL		ACTIVIDAD		MOVILIDAD		INCONTINENCIA		PUNTAJE	
Bueno		Alerta	4	Ambulante		Total		Ninguna	4		8
Mediano	3	Apático		Disminuida	3	Camina con ayuda	3	Ocasional			9
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal			
Muy Malo		Estuporoso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal			

TOTAL	17	Muerto Baso
	Puntaje en la escala de Norton	Nivel de Riesgo

3. PRESCRIPCIÓN DE COJINES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo				Posición en la que permanece	¿Cuál?	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria			
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras	Cojín de Posición	Bin de coque		¿Cuál?	Perfil del Dispositivo	Alto	Medio	Bajo
Componente del dispositivo	Ge/Sistema	Capota	Aire		¿Cuál?	Dimensiones del dispositivo (CM O PULG. especificar unidad de medida)	Alto	Profundidad	Ancho
Se prescribe cojín para silla de ruedas				Dimensiones del asiento de la silla de ruedas (CM O PULG. especificar unidad de medida)		Alto de espalda	Profundidad	Ancho	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

4. PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo	16 horas	Posición en la que permanece	decubito supino	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	NO
Tipo de dispositivo requerido	Colchón ortopédico	Colchón ortopédico	¿Cuenta?	Dimensiones del dispositivo (cm)	140	140
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA		CAMA SOBRE MEDIDA			
Componente del dispositivo	Superficie	Otro	¿Cuenta?	Dimensiones de la cama (cm)	Largo	Ancho

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido				Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	SI	NO
Dimensiones del baño (cm)	Ancho	Largo	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del beneficiario y dimensiones del espacio)	Zona principal donde realiza actividades de higiene		
Dimensiones de la ducha (cm)	Ancho	Largo		Esta zona cuenta con espacio suficiente para el dispositivo	SI	NO
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	Ancho	Largo				
Observaciones						

6. CALZADO PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN

Características del calzado	Pie izquierdo	Ortopédico	Antidolor	¿Cuenta con prescripción médica?	SI	NO
Tipo de calzado	Bata	Sapo	Formal	¿Cuenta?	Talla	Color
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	Observaciones del profesional					

7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Silicona	Goma	Cuero	Otro	¿Cuenta?	Talla	Realce	SI	NO
¿Cuenta con prescripción médica?	SI								
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	Observaciones del profesional								

8. PRESCRIPCIÓN MEDIAS DE COMPRESIÓN

Nivel de compresión	Baja	Medio	Alta	Talla	Color
Tipo	Plantilla	Plantilla mínima	Antidolor	¿Cuenta?	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))

Observaciones del Profesional: USUARIO CON DOLOR EN LA COLUMNA, INTENSAMENTE MENCIONADO, REQUIERE COLCHÓN ORTOPÉDICO PARA ALIVIO DE LA TENSIÓN BIOMECÁNICA Y EL DOLOR QUE PRESENTA CONTRIBUYENDO A MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

Nombre del Candidato(a)	Lorenzo Díaz	Firma	NO firma	Tipo y No. de ID	2480155	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)	Lizeth Acosta	Firma	Lizeth Acosta	Tipo y No. de ID	1032636562	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	1022393944	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL GENERALES

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	LORENTO							Segundo Nombre	
Primer Apellido	DÍAZ							Segundo Apellido	MONTAÑA
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	248455
Fecha de Visita	23	07	24						

2. DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL A PRESCRIBIR: (Marque con una X y diligencie las casillas correspondientes).

NOMBRE DEL DISPOSITIVO		DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Grúa mecánica	SI		
Cojines de posicionamiento	SI		
Mesa de escotadura	SI		
Dispositivos de transferencia o trasbordo (tablas, tapetes, hamacas, sábanas, escaleras y cinturones de traslado)	SI		
Otros ¿Cuáles?	☒	almohada ortopédica, cinta elástica, objetos, derivador cutáneo, colocador medio	4

Observaciones del Profesional: Usuario con diagnóstico anteriormente mencionado, requiere almohada ortopédica y dispositivos de APO facilitando la realización de las mismas y generando posiciones óptimas que disminuyen la sintomatología dolorosa que limita la movilidad del usuario

Nombre del Candidato(a)	LORENTO DÍAZ	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID	248455	
Nombre del Cuidador(a)	LIZETH ACOSTA	Firma	LIZETH ACOSTA	Tipo y No. de ID	1032656562	
Nombre del Terapeuta	NATALIA SANABRIA	Firma	NATALIA SM	Tipo y No. de ID	1022393944	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia SM	Tipo y No. de ID	1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPII. SDS, 2024

LORENZO DIAZ MONTAÑA



2024-07-23

287° W

Lorenzo Diaz

Número de índice: 248

enel

Regista

1407934-2

Nº 124635442-0

CLIENTE
APRIL ELLIOTT BARRAZA FALCON
CALLE 13 N° 1300
CALLE 13 N° 1300

FECHA DE EXPIRACIÓN: 30 ENE 2024

TOTAL A PAGAR

\$1.410

DEBEN PAGAR

\$1.410

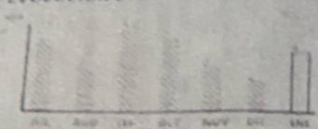
PAGO OPORTUNO

26 ENE / 2024

FECHA SUSPENSIÓN

30 ENE / 2024

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO



PERÍODO DE TURADO

11 DE 2023 A 11 DE 2024

PROXIMA LECTURA

10.100 kWh

TIPO LECTURA

Normal

ABONALIA

1.410 kWh

CONSUMO Y PAGO DE

DE 11 DE 2023 A 11 DE 2024

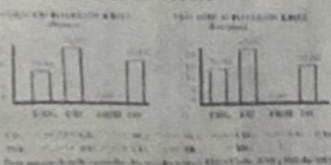
CONSUMO Y PAGO

DE 11 DE 2023 A 11 DE 2024

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

CONSUMO: 1.410 kWh, LECT. ACTUAL: 10.100 kWh, LECT. ANTERIOR: 8.690 kWh, FACTOR: 1, ENERGÍA CONS.: 1.410 kWh, ENERGÍA PAG.: 1.410 kWh

CALIDAD DEL SERVICIO



INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA DE LECTURA: 10.100 kWh
RUTA DE PAGO: 1.410 kWh
TIPO DE LECTURA: Normal
VERIFICACIÓN: 1.410 kWh
CÓDIGO DE SERVICIO: 1.410 kWh
NIVEL DE TENSIÓN: 1.410 kWh

INFORMACIÓN TARIFARIA

Gr. 1.410 kWh, 1.410 kWh, 1.410 kWh, 1.410 kWh
Gr. 1.410 kWh, 1.410 kWh, 1.410 kWh, 1.410 kWh
TARIFA: 1.410 kWh
Valor kWh aplicado: 1.410 kWh
El porcentaje de subsidio para el consumo de electricidad es 1.410 kWh

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO

CONSUMO DE ENERGÍA

Valor kWh: 1.410 kWh, consumo kWh: 1.410 kWh

DEBEN PAGAR

SUBTOTAL VALOR CONSUMO

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE,

TE COSTÓ \$144 DIARIOS

DEBEN PAGAR

SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA

Aplicar a la factura

SUBTOTAL

\$1.501

\$2.101

\$1.400

\$5

\$5

\$5

\$5

\$5



1407934-2 124635442-0

Factura de Servicios Públicos
1407934-2 124635442-0

TOTAL A PAGAR
\$1.410

PAGO OPORTUNO
26 ENE / 2024

CENTRO DE SALUD CAFAM PARA LA ATENCION DEL DOLOR NIT: 860013570-3 CODIGO IPS: 110010559736		PAGINA: 1 VERSION: 1.2017 FECHA: 01-12-2017
HISTORIA CLINICA ARTRITIS Y REUMATOLOGIA		
NOMBRE: RIOS GONZALEZ RUBEN DARIO	DOCUMENTO: 80381912	TIPO DOCUMENTO: CC
FECHA DE NACIMIENTO: 26/05/1982	EDAD: 39 Años 10 Meses 17 Dias	GENERO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE	OCCUPACION: NA	
PERTECENCIA ETNICA: Ninguna de las anteriores	NIVEL EDUCATIVO: Primaria	
RESIDENCIA: ZONA 20 ZUPAPAZ VEREDA BETANIA SANTAFE DE BOGOTA D.C. US	TELEFONO: 312302817	
DEPARTAMENTO: SANTA FE DE BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: SANTAFE DE BOGOTA D.C. US	ZONA: Urbana
RESPONSABLE: GLORIA ESPERANZA QUEVEDO ROZO	PARENTESCO: ESPOSA	
DIRECCION RESPONSABLE: ZONA 20 ZUPAPAZ VEREDA BETANIA /SANTAFE DE BOGOTA	TELEFONO RESP: 312305538	
AD: EPS FAMSANAR LTDA CONTRIBUTIVO	REGIMEN: Contributivo	

FECHA: 12/04/2024 HORA: 09:30
PAÑANTE: SOLO
NESIS:

LUGAR DE LA CONSULTA: 0 - Presencial
ENCUENTRO SE ENCUENTRA RELACIONADA CON UN SUCESO DE SEGURIDAD: NO
EDAD DE LA CONSULTA: 10 - NO APLICA
A EXTERNA: 13-ENFERMEDAD GENERAL
TIPO DE LA CONSULTA: "CUANDO SE ME ACABA LA INYECCION ME DUELE"

DIAGNOSTICO ACTUAL: DX. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
OCCUPACION: TRABAJA EN FINCA
SUSJETIVO
ASISTE A CITA DE CONTROL. REFIERE DESDE HACE 8 DIAS SENSACION DE RIGIDEZ MATUTINA CON LEVE DOLOR LUMBAR. NO HA PRESENTADO MENCIONA QUE HACE 8 DIAS DEBIA APLICARSE EL MEDICAMENTO. NO PRESENTA OTROS DOLORS ARTICULAR. NO HA PRESENTADO SINOVITIS. NO RIGIDEZ ARTICULAR. PUEDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN EL MOMENTO FATIGA 0 DOLOR CUELLO/ESPALDA 1/10 DOLOR EN OTRAS ARTICULACIONES 0/10 GRADO DE DOLOR EN ZONAS DOLOROSAS 2/10 RIGIDEZ MATUTINA 0 TIEMPO DE RIGIDEZ MATUTINA 0

PACIENTE DE 39 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE:

1. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE DIAGNOSTICO 2018
1.1 INICIO DE SINTOMAS DESDE 2001
1.2 LUMBALGIA INFLAMATORIA, ANQUILOSIS SACROILIACAS POR RADIOGRAFIA, HLAB27+, RM SACROILIACAS FUSION ARTICULACIONES EDEMA OSEO, SINDESMOFITO RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

TRATAMIENTO ACTUAL
1. GOLIMUMAB 50 MG CADA 6 SEMANAS EN FEB/2023 OPTIMIZADO / ULTIMA APLICACION 22/02/2024

PERFIL DE RIESGO
20/03/2024 HBAGS 0.34 NO REACTIVO HEPATITIS C 0.04 NO REACTIVO VIH 0.206 NO REACTIVO PPD 0.00
06/07/2023 RX TORAX LEVE CRECIMIENTO VENTRICULAR IZQUIERDO. COJINETE GRASO EPICARDICO. PROMINENCIA EL SEGMENTO PRINCIPAL DE LA ARTERIA PULMONAR Y SUS RAMAS PROXIMALES QUE SUGIERE CAMBIOS DE HIPERTENSION PULMONAR PRECAPILAR. CORRELACIONAR CON DATOS DE

CARRERA 47 N 95-60 LA CASTELLANA - TELEFONOS: 3053057414 - 5144646 - SANTAFE DE BOGOTA D.C. - US - COLOMBIA

CENTRO DE SALUD CAFAM PARA LA ATENCION DEL DOLOR NIT: 860013570-3 CODIGO IPS: 110010559736		PAGINA: 2 VERSION: 1.2017 FECHA: 01-12-2017
HISTORIA CLINICA ARTRITIS Y REUMATOLOGIA		
PACIENTE: RIOS GONZALEZ RUBEN DARIO	DOCUMENTO: 80381912	TIPO DOCUMENTO: CC
FECHA DE NACIMIENTO: 26/05/1982	EDAD: 39 Años 10 Meses 17 Dias	GENERO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: Union Libre	OCCUPACION: NA	
PERTECENCIA ETNICA: Ninguna de las anteriores	NIVEL EDUCATIVO: Primaria	
RESIDENCIA: ZONA 20 ZUPAPAZ VEREDA BETANIA SANTAFE DE BOGOTA D.C. US	TELEFONO: 312302817	
DEPARTAMENTO: SANTA FE DE BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: SANTAFE DE BOGOTA D.C. US	ZONA: Urbana
RESPONSABLE: GLORIA ESPERANZA QUEVEDO ROZO	PARENTESCO: ESPOSA	
DIRECCION RESPONSABLE: ZONA 20 ZUPAPAZ VEREDA BETANIA /SANTAFE DE BOGOTA	TELEFONO RESP: 312305538	
ENTIDAD: EPS FAMSANAR LTCA CONTRIBUTIVO	REGIMEN: Contributivo	

HISTORIA CLINICA, NO HAY EVIDENCIA DE LESION EVOLUTIVA PLEUROPULMONAR. VOLUMEN PULMONAR NORMAL. OSTEOPENIA E INCIPIENTE ESPONDILITIS TORACICA
NO TERAPIA BIOLOGICA PREVIA

PARACLINICOS

26/03/2024
CUADRO HEMATICO
LEUCOS 5940 N 56 L 35 HB 20 HCTO 58 VCM 91 PLAGUETAS 222000 VSG 7 MMH GOT 27 GPT 45.2 LEVE INCREMENTO CREATININA 0.85 MG/DL PCR 0.2 MG/DL UROANALISIS PH 8 DENSIDAD 1.022 PROTEINAS NEGATIVO LEUCOS 6X10⁹ ROJOS 2X10⁹
22/12/2023
CUADRO HEMATICO LEUCOS 7980 N57 L 34 HB 21 HCTO 62 POLIGLOBULIA VCM 87.7 PLAGUETAS 207003 VSG 11 MMH GOT 25 GPT 49 INCREMENTO LEVE CREATININA 0.95 MG/DL PCR 0.25 MG/DL UROANALISIS PH 7 DENSIDAD 1.014 ROJOS 1X10⁹ PROTEINAS NEGATIVO NITRITOS NEGATIVOS 15 CS 2/23 RECUENTO TOTAL GLOBULOS BLANCOS 7.680 NEUTROFILOS 5.070 LINFOCITOS 2.080 HEMATOCRITO 34.1, HEMOGLOBINA 21.6, PLAGUETAS 249000 VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR 9, ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (GOT) 31.0, ALANINO AMINOTRANSFERASA (GPT) 52.0, CREATININA SERICA 0.95, PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA 0.19 UROANALISIS SIN INFECCION NI PROTEINAS
PARACLINICOS
01-08-2022 CH LEU 7.03 N 0.44 LINF 2.3 HB 20 HTO 58 FLT 257 VSG 10 TGP 54 CREATININA 0.91 PCR 0.21 UROANALISIS NO PROTEINURIA CONTAMINADO
05/11/2022 LEUCOCITOS 7720 NEUTROFILOS 4320 LINFOCITOS 2620 HB 20.8 PLAGUETAS 256.000 VSG 8 PCR 0.39 TGP 40 CREATININA 0.97 NO PROTEINURIA NO SEDIMENTO AGOSTO 2021 CH LEUCOS 6890 NEUT 3450 LINF 2510 HB 20.4 HTO 59 PLAQ 210.000 VSG 9 AST 28 ALT 46 FOS ALC 139 CREAT 0.89 PCR 0.34 UROANALISIS SIN PROTEINURIA CONTAMINADO MOCO + 4 MAYO 2021 LEU 10960 N 66% L 26% HG 19 HTO 57% VCM 88.3 PLQ 261000 VSG 20 MMHORA AST 22 ALT 73+ F ALC 148+ CRE 0.92 AGSHBV 0.27 NR ANTI HCV 0.03 NR PCR 1.33 MG/DL + FR MENOR 8 UI ML OK UIA NORMAL ANTI CCP MENOR 1 OK HLAB27 +

IMAGENES

19/11/21 RNM COLUMNA + SACROILIACAS HEMIFUSION DE ART SACROILIACAS CON PUENTES OSEOS YA PEAS DE APOSICION GRASA SIN EDEMA OSEO YUXTACORTICAL
4 MAYO 2021 RX TORAX PA LATERAL NORMAL
16 OCTUBRE 2019 RESONANCIA MAGNETICA SIMPLE DE ARTICULACIONES SACROILIACAS ES NORMAL LA SEÑAL DE LA MEDULA OSEA DE LAS ESTRUCTURAS EXPLORADAS SE OBSERVA COMO PRINCIPAL HALLAZGO FUSION PARCIAL DE LAS ARTICULACIONES SACROILIACAS DE MANERA BILATERAL NO SE OBSERVAN SIGNOS DE EDEMA TRABECULAR LAS PORCIONES ARTICULARES PSEUDO CONFORMADAS NO PRESENTAN CAMBIOS INFLAMATORIOS AGUJEROS SACROS DE CARACTERISTICAS NORMALES CONDUCTO SACRO CENTRAL DE MORFOLOGIA HABITUAL PLANOS

CARRERA 47 N 95-60 LA CASTELLANA - TELEFONOS: 3053057414 - 5144646 - SANTAFE DE BOGOTA D.C. - US - COLOMBIA



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	80381912
NOMBRES	RUBEN DARIO
APELLIDOS	RIOS GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	22/08/98
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/31/2024 12:36:25 | Estación de origen: 192.168.70.220

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE SOLICITUD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Ruben	Segundo Nombre	darso
Primer Apellido	PiOJ	Segundo Apellido	Gomet
Tipo de Identificación	RC ☐ TI ☒ CE ☐ PEP ☐ Otro ☐	No. de ID	80381912
Fecha de Nacimiento	26 05 68	Edad	56
Sexo	☒ M ☐ F	Género	☒ F ☐ M
Nombre Identitario	Ninguno	Orientación Sexual	☒ H ☐ B ☐ O ☐ O ☐ O
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante ☐ 2. Persona con discapacidad ☒ 3. Víctima del conflicto armado ☐ 4. Población LGTBIQ+ ☐ 5. Excombatiente ☐ 6. Persona en condición de calle ☐ 7. Inmigrantes ☐ 8. Campesino no campesino ☐ 9. Persona de nacionalidad extranjera ☐ 10. Ninguno ☐		
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1. Afrodescendiente ☐ 2. Negra/o ☐ 3. Palenquero ☐ 4. Raizal ☐ 5. Indígena ☐ Indique nombre de Pueblo Indígena: <input type="text"/> 6. Room o gitano/a ☐ 7. Otro ☒		
Localidad	20 Sumapaz	Barrio	Betania
Dirección	Finca el placel el río	UPZ	
Descripción de la ocupación	Agricultor	Teléfonos	3209090780
Tipo de Afiliación a Salud	SB ☒ PPA ☐ EXES ☐ EAPB ☐ FOMISANAR ☐	SISBEN	SI ☐ NO ☐
Diagnóstico Médico (CIE10)	MUS Espondilitis anquilosante	Tipo de Discapacidad	☒ A ☐ V ☐ S/C ☐ CG ☐ PIUT ☐ LP
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	colchón ortopédico doble DAP - AT 1	Kit AUD. pinza desventajador, colocador DAP - AT 2	Cuenta con Cuidador(a) SI ☒ NO ☐
Nombre de Cuidador (a)		Parentesco	
Datos del cuidador	Teléfono: <input type="text"/> Dirección: <input type="text"/>	Vive con la persona con discapacidad	SI ☐ NO ☐
Otro contacto	Teléfono: <input type="text"/> Dirección: <input type="text"/>	Parentesco	
El solicitante es	☒ Beneficiario de vigencia anterior ☐ Vigencias en las que ha sido beneficiario	Fecha de Solicitud	23 07 23
Si el solicitante ha sido beneficiario (a) en otras vigencias, especificar los dispositivos recibidos			

2. SELECCIÓN DE CANDIDATO: (Marque con una x)

Criterios de selección del Candidato	SI	NO
a. Cumple con los requisitos para ser beneficiario del convenio o contrato.	☒	☐
b. Presenta los documentos solicitados, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento Técnico Distrital.	☒	☐
c. El solicitante anexa prescripción médica realizada por un médico ortopedista o fisiatra (obligatorio para calzado ortopédico, plantillas y medias de compresión)	☒	☒
d. El dispositivo de asistencia personal -DAP- es un elemento No cubierto por el Plan de Beneficios	☒	☐

3. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES Y COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

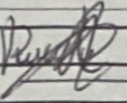
3.1 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CANDIDATO (A)

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de candidato(a), al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Ruben PiOJ, identificado(a) con CC número 80381912, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de mis datos personales ☒ b. Registro fotográfico ☒ y c. Anexar copia de mi historia clínica ☒ como parte de la documentación para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

3.2 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CUIDADOR (A) Y/O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de cuidador(a) y/o representante de la persona con discapacidad candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Ruben PiOJ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 80381912, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de datos personales ☒ b. Registro fotográfico ☒ y c. Anexar copia de historia clínica ☒ como parte de la documentación de la persona con discapacidad, la cual represento, para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	Ruben Bto	Firma		Tipo y No. de ID	CC 80381912	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sm	Tipo y No. de ID	CC 1022393924	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

4. DECISIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DE APROBACIÓN DEL CONVENIO O CONTRATO (Este espacio debe ser diligenciado exclusivamente durante el proceso de presentación del caso en el marco del Comité Técnico de Aprobación): El Comité Técnico estudió y aprobó el otorgamiento del(los) siguiente(s) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s): (Marque con una x)

Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado	Aprobada		Criterios de No Aprobación
	SI	NO	
1. Edición ortopédica doble			
2. Kit AVD			
3.			

Observaciones: _____

SESIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO – ACTA No. _____ FECHA: _____

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia Sm	Tipo y No. de ID	CC 1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPII SDS, 2024

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE HISTORIA DE VULNERABILIDAD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

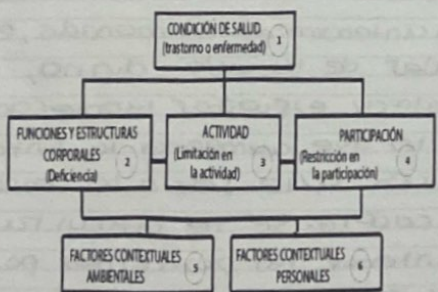
Primer Nombre	Ruben					Segundo Nombre	Dano					
Primer Apellido	RIOS					Segundo Apellido	Gomez					
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	Cual?	No. de ID	80381912			
Fecha de Visita	23	07	24									

2. CONDICIONES DEL USUARIO

Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha evidencia)	2. Dificultad Moderada (Modo Regular)	1. Dificultad Ligera (Poca evidencia)	0. No hay Dificultad (Ninguna Indiferente)
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	Intensiva	Ligera	Extrema	Generalizada	
Autocuidado					
Higiene	Independiente X		Semidependiente		Dependiente
Vestido	Independiente X		Semidependiente		Dependiente
Alimentación	Independiente X		Semidependiente		Dependiente
Otro ¿Cuál?	Independiente		Semidependiente		Dependiente
Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad	☒ Sí ☐ No ☐ Caracterización				

VALORACIÓN DE LA CIF

(Realizar la descripción técnica, de acuerdo con las características evidenciadas, tomando como referencia los dominios de cada componente contenidos en el instructivo ubicado al final del formato)

		1 - Espondilitis Anquilojante - Lumbalgia inflamatoria - Anquilosis sacroilíaca
2		b280.2 sensación de dolor b729.2 funciones de las articulaciones y los huesos b730.2 funciones relacionadas con la fuerza muscular b780.2 sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento b794.2 funciones neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento s750.2 Estructura de la extremidad inferior s760.2 Estructura del tronco s770.2 Estructuras musculoesqueléticas relacionadas con el movimiento
3		d220.2 llevar a cabo múltiples tareas d230.2 llevar a cabo rutinas diarias

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	<p>Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:</p>	
--	--	---	---

4	<p>d410-2 cambiar las posturas corporales básicas d415-2 mantener la posición del cuerpo d430-2 levantar y llevar objetos d480-2 montar animales como medio de transporte</p>
5	<p>(Incluir barreras y facilitadores)</p> <p>Barreras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos económicos escasos - "ES agricultor (al cargar bultos aumenta el dolor)
6	<p>(Incluir barreras y facilitadores)</p> <p>Facilitadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibe canasta - Recibe apoyo de hijo en las labores de agricultura

3. ANALISIS DE CORRELACIÓN CLINICA, SOCIAL Y DE CONDICIONES DE VIDA (justificación para la prescripción y proceso de aprobación de los Dispositivos de Asistencia Personal, solicitados para el candidato): Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.

Wuuno de 56 años con diagnósticos médicos anteriormente mencionados, es independiente para realizar actividades de la vida diaria, es agricultor por lo tanto tiene que realizar esfuerzos biomecánicos de alto impulso como cargar bultos lo que aumenta la sintomatología dolorosa dando una calificación 9/10 según la escala de EVA a nivel dorso lumbar y de cadera. Se le dificulta realizar cambios de posición o mantener las posiciones por tiempos prolongados cuando se encuentra sentado o acostado. La actividad económica del wuuno ha disminuido ya que por su diagnóstico de base no puede trabajar como antes, vive con su esposa y el hijo quienes actualmente le ayudan en la agricultura.

4. ASESORÍA Y CANALIZACIÓN: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.						SI	NO
Se brinda información para el proceso de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RCLCPD.						x	
Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad						x	
Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad						x	
Se realiza proceso de canalización	SI	Intersectorial	Intrasectorial	Intrainstitucional	Interinstitucional	NO	
						x	
Si su respuesta fue si, debe diligenciar el formato relacionado con canalización y anexarlo.							

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por:	
			Revisado por:	
			Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	<u>Ruben Rios Gomez</u>	Firma	<u>[Signature]</u>	Tipo y No. de ID	<u>8038192</u>	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	<u>Natalia Sanchez</u>	Firma	<u>Natalia S m</u>	Tipo y No. de ID	<u>102393944</u>	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	<u>Natalia Sanchez</u>	Firma	<u>Natalia S m</u>	Tipo y No. de ID	<u>102393944</u>
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

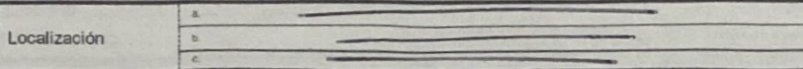
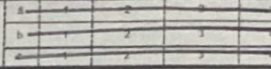
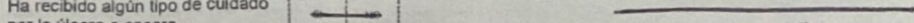
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

**FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL -
PARA LA TERAPIA, ENTRENAMIENTO, CUIDADO Y LA PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9**

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

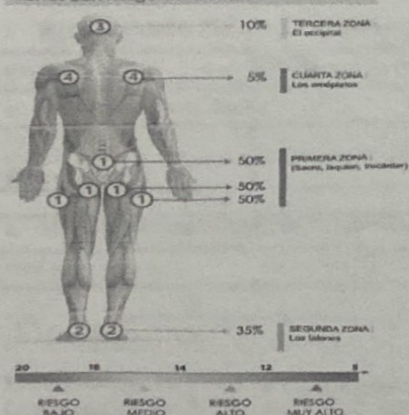
Primer Nombre	Ruben					Segundo Nombre	Dario					
Primer Apellido	RIOS					Segundo Apellido	GOMEZ					
Tipo de Identificación	RC	II	X	CE	PEP	Oto	¿Cuál?	No. de ID	80381912			
Fecha de visita	23	07	24	Peso del candidato			89	Presenta úlcera o escara			SI	X

2. ÚLCERA O ESCARA (Si la respuesta es NO, pasar al numeral 3)

Presenta úlcera o escara	SI	X	Origen	Por presión	Úlcera	Arteria	Mixta	Dabiosa	Indefinida	¿Cuál?
Localización									Grado	
Ha recibido algún tipo de cuidado por la úlcera o escara										

2.1 CALIFICACIÓN POR LOCALIZACIÓN: Señale con una x o círculo, en la gráfica, la zona afectada y el riesgo según escala. En la tabla, marque con una X en cada columna, según corresponda (ver instructivo).

ESCALA DE NORTON
Zonas con riesgo de Escaras



ESTADO FÍSICO		ESTADO MENTAL		ACTIVIDAD		MOVILIDAD		INCONTINENCIA		PUNTAJE	
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante		Total	4	Ninguna	4	16	
Mediano		Apático		Disminuida	3	Camina con ayuda		Ocasional		3	
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal			
Muy Malo		Esqueroso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal			

TOTAL	14	Riesgo BAJO
	Puntaje en la escala de Norton	Nivel del Riesgo

3. PRESCRIPCIÓN DE COJINES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo				Posición en la que permanece	¿Cuál?			Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI		
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras	Cojín Posicionamiento	Redes	¿Cuál?			Perfil del Dispositivo	Alto	Medio	Bajo	
Componente del dispositivo	Quilómetros	Enchufe	Asa	Cable	¿Cuál?			Dimensiones del dispositivo (CM O PULG. especificar unidad de medida)	Alto	Profundidad	Ancho
Se prescribe cojín para silla de ruedas	SI			NO			Dimensiones del asiento de la silla de ruedas (CM O PULG. especificar unidad de medida)	Alto de espalda	Profundidad	Ancho	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD</p> <p align="center">PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD</p> <p align="center">FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

4. PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo	12 horas	Posición en la que permanece	decubito lateral	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	NO
Tipo de dispositivo requerido	Colchon ortopédico		colchon ortopédico doble	Dimensiones del dispositivo (cm)	190	140
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA			CAMA SOBRE MEDIDA		
Componente del dispositivo	Espejito	Diso		Dimensiones de la cama (cm)	Largo	Ancho

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido						
Dimensiones del baño (cm)	Ancho	Largo	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del beneficiario y dimensiones del espacio)	Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	SI	NO
Dimensiones de la ducha (cm)	Ancho	Largo			Zona principal donde realiza actividades de higiene	
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	Ancho				Esta zona cuenta con espacio suficiente para el dispositivo	SI
Observaciones						

6. CALZADO PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN

Características del calzado	Pie Diabético	Despedido	Adición	¿Cuenta con prescripción médica?	SI	NO
Tipo de calzado	Botas	Tenis	Forma	Resistencia	SI	NO
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional				

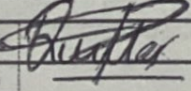
7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Silicona	Gel	Corcho	Otros	¿Cuenta?	Talla	Realce	SI	NO
¿Cuenta con prescripción médica?	SI					NO			
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional							

8. PRESCRIPCIÓN MEDIAS DE COMPRESIÓN

Nivel de compresión	Baja	Media	Alta	Talla	Color
Tipo	Pantimedial	Pantimedial y tobillo	Al tobillo	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	

Observaciones del Profesional: Usando con diagnóstico, convenientemente mencionarlo requiere colchon ortopédico permitiendo que las articulaciones reposen en una posición óptima reduciendo el dolor que presenta

Nombre del Candidato(a)	Ruben MOS	Firma		Tipo y No. de ID	80381912	
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	102393944	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	102393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL GENERALES

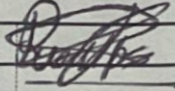
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Nuben						Segundo Nombre	Dario						
Primer Apellido	Gomez						Segundo Apellido	Gomez						
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	80381912					
Fecha de Visita	23	07	24											

2. DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL A PRESCRIBIR: (Marque con una X y diligencie las casillas correspondientes).

NOMBRE DEL DISPOSITIVO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Grúa mecánica	SI	_____
Cojines de posicionamiento	SI	_____
Mesa de escotadura	SI	_____
Dispositivos de transferencia o trasbordo (tablas, tapetes, hamacas, sábanas, escaleras y cinturones de traslado)	SI	_____
Otros ¿Cuáles?	☒ Para decantar objetos, desvestidor de cama, do colocados de medicu	3

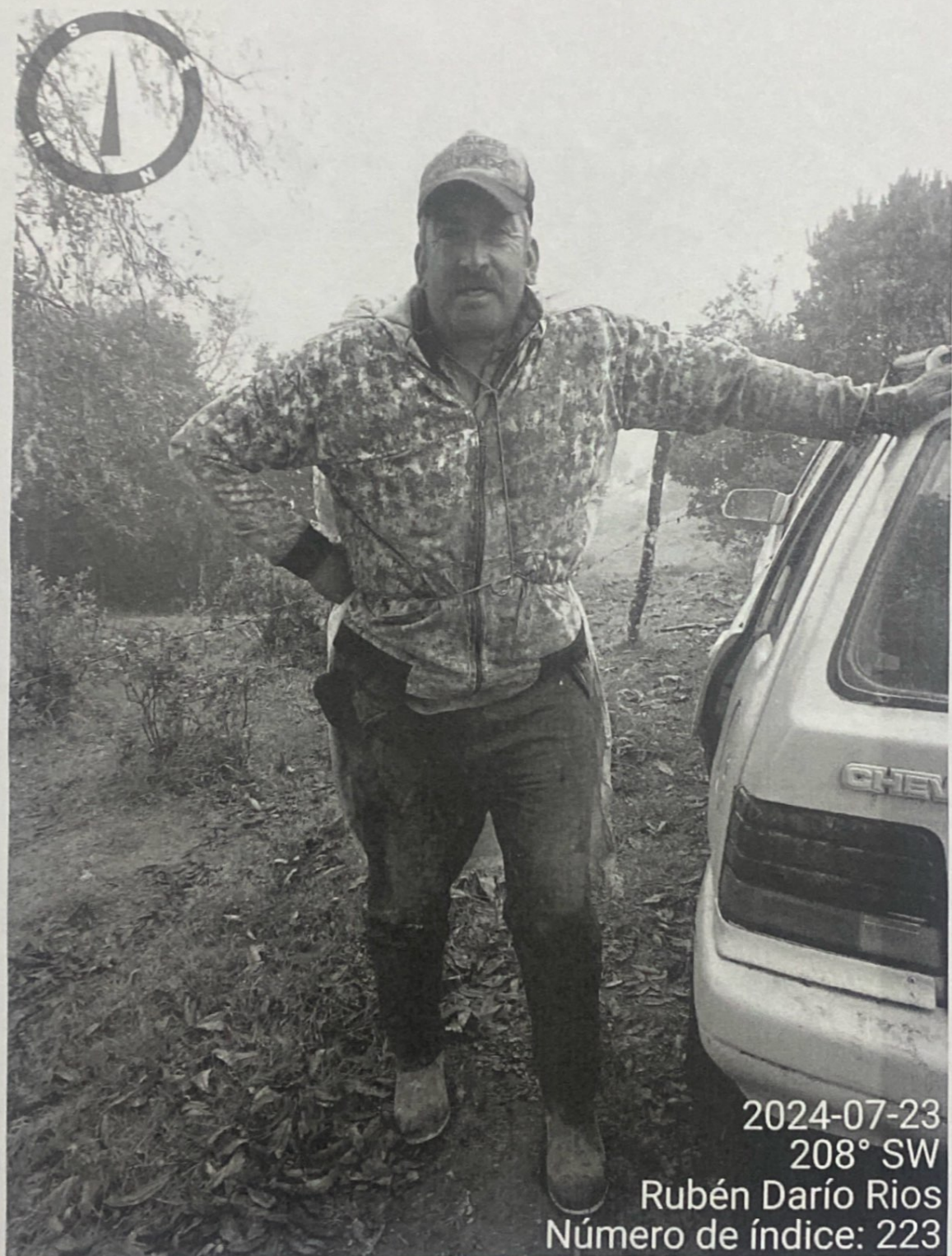
Observaciones del Profesional: Usucino con diagnósticos anteriormente mencionados requiere dispositivos de APO permitiendo que disminuyan los (d)gi biomecánicos evitando movimientos inadecuados y combiendo la postura contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Nombre del Candidato(a)	Nuben Dario Gomez	Firma		Tipo y No. de ID	80381912	
Nombre del Cuidador(a)	_____	Firma	_____	Tipo y No. de ID	_____	
Nombre del Terapeuta	Natalia Scrubnia	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	102293944	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Scrubnia	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	102293944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL	_____	Firma	_____	Tipo y No. de ID	_____

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

RUBEN DARIO RIOS GOMEZ



2024-07-23

208° SW

Rubén Darío Ríos

Número de índice: 223

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.823.220

MUÑOZ DE RAMOS

APELLIDOS

AMANDA

NOMBRES

Amanda Muñoz de Ramos

[Signature]

[Portrait Photo]

[Fingerprint]

FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1961

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

16-JUL-1979 PASCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL

ALMAGATRE 1980-10-04-12

INDICE DERECHO

[Barcode]



Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

Centro de Atención: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH

Tipo de HC: HC241

NIT: 900958564

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

No Historia Clínica: 20823220

Nombres y Apellidos: AMANDA MUÑOZ DE RAMOS

Ingreso: 13987663

Área Servicio: CONS MEDICINA GENERAL -NAZARETH

ALBUMINURIA/C 0,0000
REATINURIA:

EXAMEN FISICO

Estado General: BUENO

SIGNOS VITALES

T.A: 120, / 80,000 mmHg Media: 93,3300 mmHg F. C.: 60,000 L*m F. R.: 18,00 R*m Temperatura: 35,1000 °C
000 0 0 00

Perímetro Abdominal: 106,0000 Saturación Oxígeno: 98,0000 Peso: 72,00 Kg Talla: 150,0000 MTS IMC: 32,000 Kg/m2
0 0 0

COCKCROFT GAULT: 87,2667

SCHNARTZ:

89,4025

¿Tiene dolor?: No

Escala del Dolor: 0

FINNISH DIABETES RISK SCORE

Puntuación Total: 23,0000 Nota: SOLICITAR GLICEMIA PRE

RIESGO CARDIOVASCULAR

Nivel de Riesgo: RIESGO BAJO Nota: Por estar en esta categoría, usted tiene un riesgo bajo, lo cual no significa "ausencia de riesgo". Lo importante es asumir y mantener hábitos y estilos de vida saludables para evitar que con el transcurrir de los años usted pueda sufrir un infarto o una trombosis.

RIESGO CARDIOVASCULAR FRAMINGHAM

Puntaje Total: 10,0000 Riesgo a los 10 años: 6,0000 % Nivel de riesgo: RIESGO MODERADO

ruta de organos blancos

1. ¿Tiene HTA diagnosticada mayor a 5 años sin tratamiento? No 2. ¿Tiene enfermedad renal crónica grado 2 o superior? No
3. ¿Tiene HTA estadio 2 o superior? No 4. ¿Tiene HTA refractaria? No

HTA REFRACTARIA: Se define como resistente o refractaria a tratamiento cuando la estrategia terapéutica, con cambios adecuados del estilo de vida además de un diurético y otros dos antihipertensivos de clases diferentes a dosis adecuada (pero no necesariamente un antagonista del receptor mineralcorticoideo), fracasa en la reducción de la PAS y la PAD a valores < 140 y 90 mmHg.

Todo paciente con diagnóstico de hipertensión y Diabetes debe tener una relación de Albuminuria / Creatinuria al menos una vez al año.

En caso de tener diagnóstico de diabetes mellitus recuerde identificar síntomas y signos de neuropatía diabética.

EXAMEN FISICO

Cabeza: Normal cabeza: cabello sin zonas alopecicas, sin lesiones aparentes.

Ojos: No Registra ojos: cejas simétricas, ojos sin alteraciones, pupilas simétricas, reactivas a la luz y acomodación, escleras anictéricas, sin inyección conjuntival, conjuntivas normocrómicas. Movimientos oculares conservados, sin alteraciones.

Oídos: No Registra oídos: pabellones auriculares sin lesiones, conducto auditivo bilateral sin presencia de secreciones, presencia escasa de cerumen, sin presencia de dolor a la tracción del pabellón auricular.

Nariz: No Registra Nariz: sin alteraciones ni lesiones primarias ni secundarias. No se evidencia rinorrea ni otras secreciones. No se realiza rinoscopia por ausencia de instrumento en consultorio actual

Boca: No Registra boca: labios íntegros, simétricos, no cianosis peribucal, piel normal sin lesiones. Mucosa oral húmeda, carillos sin lesiones, encías íntegras, no hiperémicas, ni sangrantes, lengua móvil. úvula centrada, adenoides presentes, no hiperémicas, normotróficas, sin presencia de exudados, sin placas, ni úlceras.

Dentadura: No Registra Dentadura: Sin evidencia de caries aparentes.

Cuello: Normal cuello: móvil, sin presencia de adenopatías, pulsos presentes, simétricos, sin soplos carotíde

Profesional JUNCA ERASO CARLOS ANDRES
Registro Profesional 1233190983
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

FIRMA Y SELLO

Medicina General
R.M. 21-2023
Universidad de Nariño

Usuario: 1014240670

Nombre reporte: HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

NIT: 900958564

Centro de Atención: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH

Tipo de HC: HC241

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

No Historia Clínica: 20823220

Nombres y Apellidos: AMANDA MUÑOZ DE RAMOS

Ingreso: 13987663

Área Servicio: CONS MEDICINA GENERAL - NAZARETH

Se realiza y registra actividades de promoción y prevención de acuerdo al grupo etareo y periodicidad definida.

Se realiza y registra la promoción de la importancia de la adherencia al programa del paciente con enfermedad cardiovascular

Signos de alarma y recomendaciones:

1. Dolor de cabeza fuerte y persistente, sangrado por la nariz, pitos en los oídos, visión borrosa o pérdida de la visión, mareo o desmayo, pérdida de la conciencia, fatiga al caminar o realizar cualquier actividad diaria, dolor en la boca del estómago.
2. Tos con expectoración de moco. Falta de aire, que empeora con la actividad y el esfuerzo. Pitos y ruidos al respira el pecho le sibila. Frecuencia mayor de agudizaciones respiratorias por infecciones víricas y/o bacterianas. Cansancio y apatía.
3. Se educa en autocuidado, dieta balanceada, ejercicio una hora diaria

Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico:

REPORTE DE ECOCARDIOGRAMA

12/10/2022

- VENTRICULO IZQUIERDO DE TAMAÑO NORMAL CON HIPERTROFIA CONCENTRICA LEVE.
- FUNCION SISTOLICA VENTRICULAR IZQUIERDA CONSERVADA, FEVI 54%, SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS DE LA CONTRACTILIDAD.
- DISFUNCION DIASTOLICA TIPO I.
- VALVULOESCLEROSIS AORTICA LEVE SIN REPERCUSION Y LIGERO AUMENTO DE GRADIENTES Y VELOCIDADES.
- VALVULOESCLEROSIS MITRAL LEVE SIN REPERCUSION.
- VENTRICULO DERECHO DE TAMAÑO Y VOLUMENES NORMALES CON FUNCION SISTOLICA CONSERVADA.
- INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE A MODERADA Y PULMONAR LEVE.
- PROBABILIDAD INTERMEDIA PARA HIPERTENSION PULMONAR.
- DILATACION AURICULAR IZQUIERDA DE GRADO LEVE.
- MOVIMIENTO PARADOJICO DEL SEPTUM INTERVENTRICULAR.
- NO SE EVIDENCIAN TROMBOS, VEGETACIONES, MASAS O CORTOCIRCUITOS.

Impresión Diagnóstica

Código	Nombre	Dx Principal
H0X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Ppal ☒
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	Ppal ☐
E882	LIPOMATOSIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	Ppal ☐
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	Ppal ☐

Profesional JUNCA ERASO CARLOS ANDRES
Registro Profesional 1233190983
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

Medicina General
R.M. 21-2023
Universidad de Nariño
FIRMA Y SELLO

Usuario: 1014240670

Nombre reporte: HCRPHistoBase

FINANCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	20823220
NOMBRES	AMANDA
APELLIDOS	MUNOZ DE RAMOS
FECHA DE NACIMIENTO	19/09/1999
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	02/03/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/31/2024 12:48:50 | Estación de origen: 192.168.70.220

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

FORMATO DE SOLICITUD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Amor		De	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Muñoz		Ramírez	
Tipo de Identificación	RC	TI	CE
		X	
No. de ID	10823220		
Fecha de Nacimiento	18/02/61	Edad	63
Sexo	H	X	M
Género	X	M	TR
Nombre Identitario	Ninguno		
Orientación Sexual	X	HO	BI
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante	2. X Discapacidad	3. Víctima del conflicto armado
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1. Afrodescendiente	2. Negra	3. Palenquero
Localidad	20	2000000	Barrio
Dirección	101 Constancia		
Descripción de la ocupación	Cocinera		
Teléfonos	3106740818		
Tipo de Afiliación a Salud	X	C	PPNA
EAPB	capital salud	SISBEN	X
Diagnóstico Médico (CIE10)	M19.9 Osteoartritis		
Tipo de Discapacidad	X	A	V
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	Colchon ortopédico doble		
Nombre de Cuidador (a)	Parentesco		
Datos del cuidador	Teléfono		
Otro contacto	Teléfono		
El solicitante es	X	Beneficiario de vigencia anterior	Vigencias en las que ha sido beneficiario
Fecha de Solicitud	23	07	24

2. SELECCIÓN DE CANDIDATO: (Marque con una x)

Criterios de selección del Candidato	SI	No
a. Cumple con los requisitos para ser beneficiario del convenio o contrato.	X	
b. Presenta los documentos solicitados, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento Técnico Distrital.	X	
c. El solicitante anexa prescripción médica realizada por un médico ortopedista o fisiatra (obligatorio para calzado ortopédico, plantillas y medias de compresión)		X
d. El dispositivo de asistencia personal -DAP- es un elemento No cubierto por el Plan de Beneficios.	X	

3. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES Y COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

3.1 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CANDIDATO (A)

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Amor Muñoz, identificado(a) con CC número 10823220, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de mis datos personales X, b. Registro fotográfico X y c. Anexar copia de mi historia clínica X, como parte de la documentación para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

3.2 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CUIDADOR (A) Y/O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de cuidador(a) y/o representante de la persona con discapacidad candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Amor Muñoz, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 10823220, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de datos personales X, b. Registro fotográfico X y c. Anexar copia de historia clínica X, como parte de la documentación de la persona con discapacidad, la cual represento, para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.



DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL,
GESTIÓN TERRITORIAL Y
TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

Elaborado por:
Revisado por:
Aprobado por:



Nombre del Candidato(a)	Amenda Muñoz	Firma	Amenda	Tipo y No. de ID	CC 10813110	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Snabara	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	CC 1022393444	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

4. DECISIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DE APROBACIÓN DEL CONVENIO O CONTRATO (Este espacio debe ser diligenciado exclusivamente durante el proceso de presentación del caso en el marco del Comité Técnico de Aprobación): El Comité Técnico estudió y aprobó el otorgamiento del(los) siguiente(s) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s): (Marque con una x)

Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado	Aprobada		Criterios de No Aprobación
	SI	NO	
1. Colchón ortopédico doble			
2. Kit And			
3.			

Observaciones: _____

SESIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO – ACTA No. _____

FECHA: _____

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Snabara	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	CC 1022393444
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD</p> <p>PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD</p> <p>DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE HISTORIA DE VULNERABILIDAD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

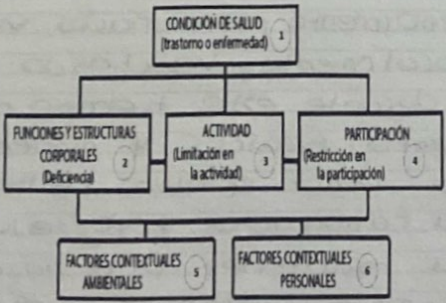
Primer Nombre	Amanda				Segundo Nombre				
Primer Apellido	Muñoz				Segundo Apellido	De Ramos			
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	(Cuál?)	No. de ID	2082320
Fecha de Visita	23	07	24	DD	MM	AA			

2. CONDICIONES DEL USUARIO

Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)		4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha entorse)	2. Dificultad Moderada (Medio regular)	1. Dificultad Ligera (Poca entorse)	0. No hay Dificultad (ninguna insignificante)
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)		Intensiva	☒ Dependiente	Extensa	Generalizada	
Autocuidado						
Higiene	Independiente	☒	Semidependiente	Dependiente		
Vestido	Independiente	☒	Semidependiente	Dependiente		
Alimentación	Independiente	☒	Semidependiente	Dependiente		
Otro ¿Cuál?			Independiente	Semidependiente	Dependiente	
Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad		SI	☒	Observaciones		

VALORACIÓN DE LA CIF

(Realizar la descripción técnica, de acuerdo con las características evidenciadas, tomando como referencia los dominios de cada componente contenidos en el instructivo ubicado al final del formato)

	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión - EPOC - Lipomatosis - Osteoartritis
	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> b280.2 sensación de dolor b710.2 funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones b720.2 funciones relacionadas con la movilidad de los huesos b730.2 funciones relacionadas con la fuerza muscular b784.2 funciones relacionadas con la movilidad de los huesos
<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> d220.2 llevar a cabo múltiples tareas d410.2 cambiar las posturas corporales básicas 	<ul style="list-style-type: none"> 5410.2 Estructura del sistema cardiovascular 5430.2 Estructura del sistema respiratorio 5498.2 Estructuras relacionadas con el movimiento

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD</p> <p>PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD</p> <p>DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

4	<p>d413:2 mantener la posición del cuerpo</p> <p>d430:2 levantar y llevar objetos</p> <p>d460:2 desplazarse por distintos lugares</p>
5	<p>(Incluir barreras y facilitadores)</p> <p>Barreras =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabaja en restaurante (movimientos inadecuados y posturas antalgicas)
6	<p>(Incluir barreras y facilitadores)</p> <p>Facilitadores =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibe bono de adulto mayor - Recibe canasta

3. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN CLÍNICA, SOCIAL Y DE CONDICIONES DE VIDA (justificación para la prescripción y proceso de aprobación de los Dispositivos de Asistencia Personal, solicitados para el candidato): Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.

Uxama de 63 años con discapacidades anteriormente mencionadas, vive con la hija, se desempeña laboralmente vendiendo de yoncos y almuerzos por lo tanto durante este tiempo no tiene quietud, requiere movimientos bruscos y presenta posturas antalgicas mani, refrendo dolor a nivel de hombros, cadera y rodillas con una calificación 7/10 según escala de EVA, se le dificulta mantener una posición por tiempos prolongados y recoger objetos generando más dolor de lo habitual. Con las ayudas que recibe de bono y canasta más las ganancias del restaurante la Uxama alcanza a cubrir las necesidades básicas del hogar.

4. ASESORÍA Y CANALIZACIÓN: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.						SI	NO
Se brinda información para el proceso de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RCLCPD.						X	
Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad						X	
Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad						X	
Se realiza proceso de canalización	SI	Intersectorial	Intrasectorial	Intrainstitucional	Interinstitucional	NO	
						X	
Si su respuesta fue sí, debe diligenciar el formato relacionado con canalización y anexarlo.							

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	<u>Amanda Muñoz</u>	Firma	<u>Amanda</u>	Tipo y No. de ID	<u>CC 20863220</u>	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	<u>Natalia Sanabria</u>	Firma	<u>Natalia S.m</u>	Tipo y No. de ID	<u>CC 102393944</u>	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	<u>Natalia Sanabria</u>	Firma	<u>Natalia S.m</u>	Tipo y No. de ID	<u>CC 102393944</u>
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD</p> <p align="center">PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD</p> <p align="center">FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

**FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL -
PARA LA TERAPIA, ENTRENAMIENTO, CUIDADO Y LA PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9**

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Amenda					Segundo Nombre					
Primer Apellido	Muñoz					Segundo Apellido	De Ramon				
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	20923220		
Fecha de visita	23	07	24	Peso del candidato			62	Presenta úlcera o escara			☐ SI ☒ NO

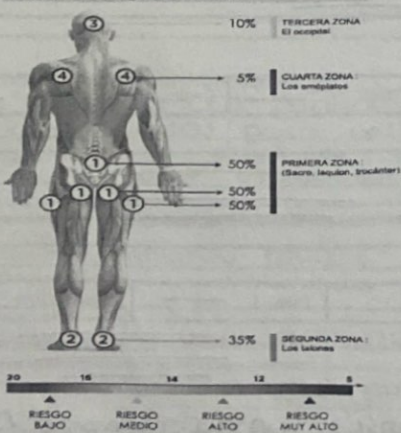
2. ÚLCERA O ESCARA (Si la respuesta es NO, pasar al numeral 3)

Presenta úlcera o escara	SI	☒	Origen	Por presión	Venosa	Arterial	Mixta	Química	Biomecánica	Otro	¿Cuál?
Localización	<p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>							Grado	<p>a. 1 2 3 4</p> <p>b. 1 2 3 4</p> <p>c. 1 2 3 4</p>		
Ha recibido algún tipo de cuidado por la úlcera o escara	<p>SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? _____</p>										

2.1 CALIFICACIÓN POR LOCALIZACIÓN: Señale con una x o círculo, en la gráfica, la zona afectada y el riesgo según escala. En la tabla, marque con una X en cada columna, según corresponda (ver instructivo).

ESCALA DE NORTON

Zonas con riesgo de Escaras



ESTADO FÍSICO		ESTADO MENTAL		ACTIVIDAD		MOVILIDAD		INCONTINENCIA		PUNTAJE
Bueno		Alerta	4	Ambulante		Total	4	Ninguna	4	12
Mediano	3	Apático		Disminuida	3	Camina con ayuda		Ocasional		6
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal		
Muy Malo		Estuporoso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal		

TOTAL	18	Riesgo BCJO
	Puntaje en la escala de Norton	Nivel de Riesgo

3. PRESCRIPCIÓN DE COJINES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo				Posición en la que permanece	¿Cuál?	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	NO
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras	Cojín de Posicionamiento	Cojín de Codo		¿Cuál?	Perfil del Dispositivo	Alto	Medio
Componente del dispositivo	Gasforescente	Espuma	Aire		¿Cuál?	Dimensiones del dispositivo (CM O PULG. especificar unidad de medida)	Alto	Profundidad
Se prescribe cojín para silla de ruedas	SI	NO	Dimensiones del asiento de la silla de ruedas (CM O PULG. especificar unidad de medida)			Alto de espalda	Profundidad	Arco

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD</p> <p align="center">PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD</p> <p align="center">FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

4. PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo	14 horas	Posición en la que permanece	decubito supino lateral	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	☒
Tipo de dispositivo requerido	Colchón antiescaras	☒	Colchón ortopédico doble	Dimensiones del dispositivo (cm)	190	140
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA			CAMA SOBRE MEDIDA		
Componente del dispositivo				Dimensiones de la cama (cm)	Largo	Ancho

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido						
Dimensiones del baño (cm)	Ancho	Largo	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del beneficiario y dimensiones del espacio)	Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	SI	☒
Dimensiones de la ducha (cm)	Ancho	Largo		Zona principal donde realiza actividades de higiene		
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	Ancho			Esta zona cuenta con espacio suficiente para el dispositivo	SI	☒
Observaciones						

6. CALZADO PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN

Características del calzado	Planas	Ortopédico	Autolimpio	¿Cuenta con prescripción médica?	SI	NO
Tipo de calzado	Botas	Pantufo	Pantufa	Talla	Color	
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	Observaciones del profesional					

7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Silicona	Gel	Quero	Obs	¿Cuenta con prescripción médica?	SI	NO
¿Cuenta con prescripción médica?	SI						NO
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	Observaciones del profesional						

8. PRESCRIPCIÓN MEDIAS DE COMPRESIÓN

Nivel de compresión	Baja	Medio	Alta	Talla	Color	
Tipo	Plantilla	Plantilla Máxima	Al muslo	Al tobillo	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	

Observaciones del Profesional: Usar una con diagnóstico anterior mente me dio nubi requiere colchon ortopédico generando una posición adecuada a la articulación cuando se encuentre en reposo contribuyendo a mejorar la calidad de vida

Nombre del Candidato(a)	Amanda Muñoz	Firma	Amanda	Tipo y No. de ID	20823220	
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	1022393944	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL GENERALES

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Amanda						Segundo Nombre							
Primer Apellido	muñoz						Segundo Apellido	De Ramos						
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	10823210					
Fecha de Visita	23	07	24											

2. DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL A PRESCRIBIR: (Marque con una X y diligencie las casillas correspondientes).

NOMBRE DEL DISPOSITIVO		DESCRIPCIÓN		CANTIDAD
Grúa mecánica	SI			
Cojines de posicionamiento	SI			
Mesa de escotadura	SI			
Dispositivos de transferencia o trasbordo (tablas, tapetes, hamacas, sábanas, escaleras y cinturones de traslado)	SI			
Otros ¿Cuáles?	☒	Pinta alcanta objetos, desvestidor de calzado y colocador de medios		3

Observaciones del Profesional:

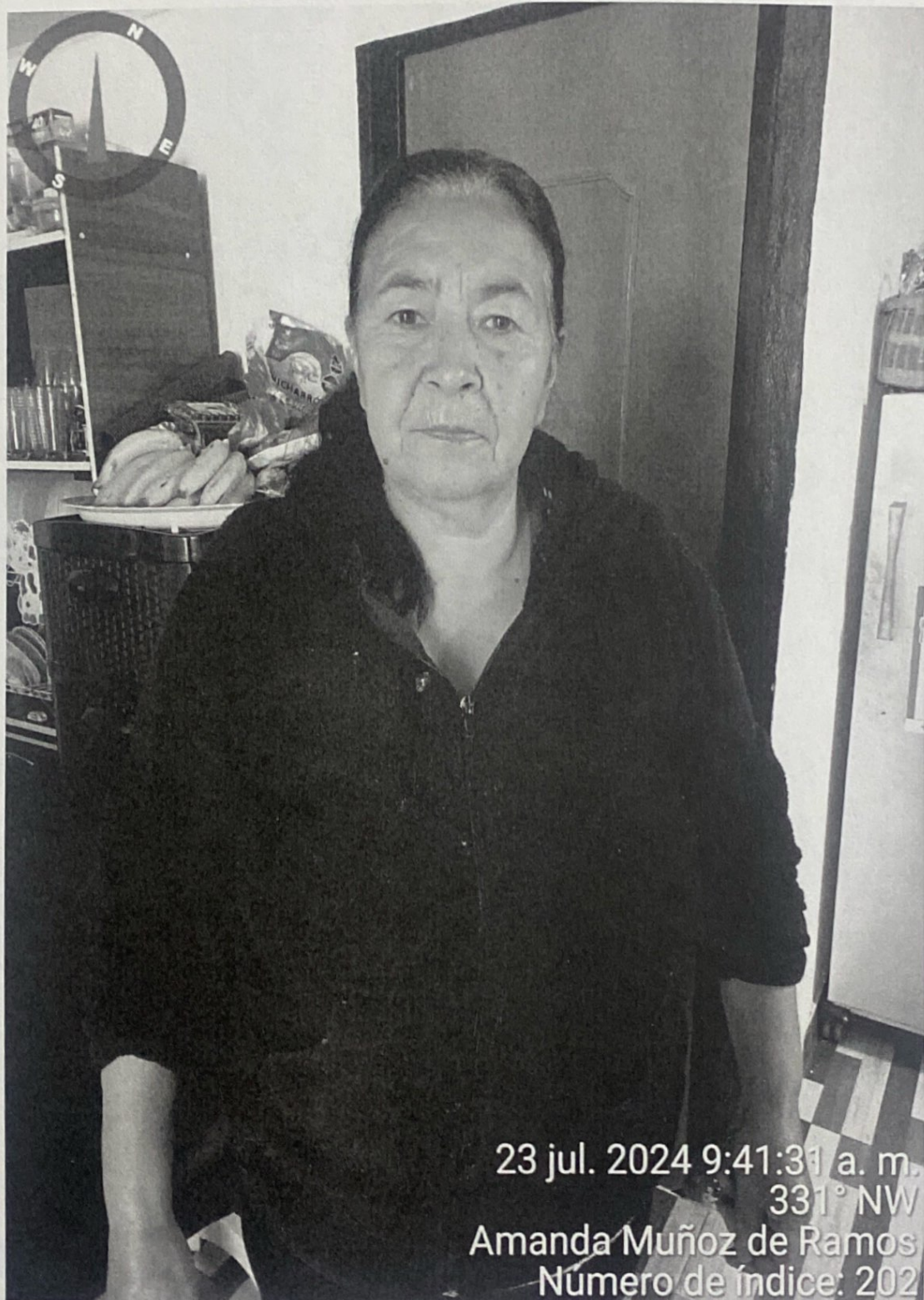
Usaria con dispositivos anteriormente mencionados, requiere dispositivos para realizar actividades de la vida diaria evitando posturas forzadas o repetitivas que aumenten el dolor que presenta actualmente

Nombre del Candidato(a)	Amanda Muñoz	Firma	Amanda	Tipo y No. de ID	CC 10823210	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.	Tipo y No. de ID	CC 1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición - Equipo GPI. SDS, 2024

AMANDA MUÑOZ DE RAMOS



23 jul. 2024 9:41:31 a. m.

331° NW

Amanda Muñoz de Ramos

Número de índice: 202

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 287.728
CASTRO MORENO

APELLIDOS
JUAN ANTONIO

NOMBRES

Castro
FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1952

GUTIERREZ
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

16-AGO-1973 GUTIERREZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1513000-00169177-M-0000287728-20090813

0014919713A 1 • 23679736

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

Centro de Atención: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH

Tipo de HC: HC241

NIT: 900958564

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 14628290 Fecha Ingreso: 07/06/2024 10:22 a.m. Ingreso Por: Consulta_Externa Cama:
N° Folio: 93 Fecha de Folio: 07/06/2024 10:24 p.m. Área de Servicio: CONS MEDICINA GENERAL -NAZARETH
Causa Externa: Enfermedad_General Finalidad de la consulta: Otra

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Doc: Cédula_Ciudadana Identificación: 287728 Nombres: JUAN ANTONIO CASTRO MORENO
F. Nacimiento: 04/04/1952 Edad de HC: 72 Años / 2 Meses / 4 Días Sexo: Masculino
Estado Civil: Soltero Teléfono: 3115243414 Ocupación: Otras Ocupaciones
Dirección: VEREDA RAIZA, SUMAPAZ Localidad - Barrio: NAZARETH - RAIZAL

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EFSSAS Plan: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023
Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 Régimen: SUBSIDIADO EVENTO
Modalidad de la atención: PRESENCIAL

Acompañante: No en el momento Ocupación: Hogar Teléfono(s): 3115243414
El paciente tiene algún tipo de discapacidad: No ¿Cuál?: NINGUNO
Usted hace parte de: Población Rural.
Vacunación Covid: Si Dosis aplicada: Segunda dosis Influenza en el último año: No Fecha de vacunación:

MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de Consulta: control del cronico domiciliario
Nombre: Juan Antonio Castro Moreno
Identificación: 287728
Edad: 71 años
Vereda: Betania
Ocupación: Cesante
Teléfono: 3115243414

Enfermedad Actual: Motivo de consulta: " control resolutivo"
Paciente masculino de 71 años con lo siguientes diagnósticos:
- Diabetes tipo 2 insulinoquiriente
- Complicaciones secundarias: retinopatía diabética y neuropatía diabética

Paciente con diagnóstico de diabetes tipo 2 no recuerda hace cuantos años, en manejo con esquema basal de insulina, con historia de nula adherencia al tratamiento, refiere que no desea continuar manejo farmacológico ni seguimiento paraclínico de la enfermedad, el paciente argumenta " yo me siento bien, no quiero aplicarme ni tomarme esos medicamentos, así me siento bien, se le explica la trascendencia y el impacto de dicha desecion, y de las complicaciones desencadenadas al no adherirse al manejo medico, tales como mayor riesgo a eventos cardiovasculares, complicaciones de la DM, nefropatía, neuropatía y retinopatía diabética, empeoramiento de la calidad de vida y muerte; apesar de explicarse de forma clara estas complicaciones de la desecion, el paciente refiere entender y aceptar.

ANTECEDENTES

Edad: 72,0000 Sexo: Masculino
¿Realiza diariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre? No
¿Toma medicamentos para la hipertensión? No
¿Con qué frecuencia come verduras o frutas? No todos los días
¿Le han encontrado alguna vez valores de azúcar altos (Ej. en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)? No
¿Se le ha diagnosticado diabetes a alguno de sus familiares allegados u otros parientes? No
¿Usted es diabético? Si
¿Tiene el dato del Colesterol total? No
¿Usted consume algún producto derivado del tabaco? (cigarrillo, puro, pipa, tabaco en polvo, tabaco para mascar). No

Profesional: CHICANGANA RUIZ OSCAR ANDRES
Registro Profesional: 1144074810
Especialidad: MEDICINA GENERAL CRONICOS

Oscar Andres Chicangana Ruiz
FIRMA Y SELLO

Usuario: 1014240670

Nombre reporte: HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

NIT: 900958564

Centro de Atención: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH

Tipo de HC: HC241

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

No Historia Clínica: 287728

Nombres y Apellidos: JUAN ANTONIO CASTRO MORENO

Ingreso: 14628290

Área Servicio: CONS MEDICINA GENERAL -NAZARETH

Uroanálisis:
Leucocituria, disminución del Ph

Glucometría: 592mg/dl

Impresión Diagnóstica

Código	Nombre
E104	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS
Z911	HISTORIA PERSONAL DE INCUMPLIMIENTO DEL REGIMEN O TRATAMIENTO MEDICO

Dx Principal

Ppal ☒

Ppal ☐

COLUMNAS	DIGITOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	287728
NOMBRES	JUAN ANTONIO
APELLIDOS	CASTRO MORENO
FECHA DE NACIMIENTO	1977-07-04
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Otros de afiliación:

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN	FECHA DE REALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO	SUBSIDIADO	28/04/2015	31/12/2009	CARTEA DE PAGO

Profesional: CHICANGANA RUIZ OSCAR ANDRIES
Registro Profesional: 1144074810
Especialidad: MEDICINA GENERAL CRONICOS

Oscar Andres Chicangana Ruiz
Oscar Andres Chicangana Ruiz
MEDICO Y CIRUJANO
E.M. 1144074810
U. DEL VALLE

FIRMA Y SELLO

Usuario: 1014240670

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema
General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	287728
NOMBRES	JUAN ANTONIO
APELLIDOS	CASTRO MORENO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	22/04/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 08/15/2024 15:01:00 Estación de origen: 192.168.70.220

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD</p> <p align="center">PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD</p> <p align="center">DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE SOLICITUD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Juan		Segundo Nombre	Antonio	
Primer Apellido	Castro		Segundo Apellido	Moreno	
Tipo de Identificación	RC	TI	☒ CE	PEP	Otro
Fecha de Nacimiento	04	04	1992	Edad	70
Sexo	☒ M	☐ F	Género	F	☒ TR
No. de ID	287728		Nacionalidad	Colombiana	
Nombre Identitario			Orientación Sexual	☒ H	☐ B
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante	2. Persona con discapacidad	3. Víctima del conflicto armado	4. Población LGTBQ+	5. Excombatiente
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1. Afrodescendiente	2. Negra/o	3. Palenquero	4. Raizal	5. Indígena
Localidad	20	Sumapaz	Barrio	Beitania	
Dirección	Ruralidad Beitania				Estrato
Descripción de la ocupación	Ninguna		Teléfonos	3115243414	
Tipo de Afiliación a Salud	☒ C	PPNA	EX/ES	EAPB	capital salud
Diagnóstico Médico (CIE10)	H860 Retinopatía diabética		Tipo de Discapacidad	☒ A	V
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	Colchón antiescaras		Kit visual: Guía firma basión, Reloj despertador, Calculadora, Relator		Cuenta con Cuidador(a)
Nombre de Cuidador (a)			Parentesco		
Datos del cuidador	Teléfono		Dirección		Vive con la persona con discapacidad
Otro contacto	Teléfono		Dirección		Parentesco
El solicitante es	☒ Beneficiario de vigencia anterior	Vigencias en las que ha sido beneficiario		Fecha de Solicitud	23 09 24
Si el solicitante ha sido beneficiario (a) en otras vigencias, especificar los dispositivos recibidos					

2. SELECCIÓN DE CANDIDATO: (Marque con una x)

Criterios de selección del Candidato	SI	No
a. Cumple con los requisitos para ser beneficiario del convenio o contrato.	☒	☐
b. Presenta los documentos solicitados, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento Técnico Distrital.	☒	☐
c. El solicitante anexa prescripción médica realizada por un médico ortopedista o fisiatra (obligatorio para calzado ortopédico, plantillas y medias de compresión)	☐	☒
d. El dispositivo de asistencia personal -DAP- es un elemento No cubierto por el Plan de Beneficios	☒	☐

3. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES Y COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

3.1 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CANDIDATO (A)

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Juan Castro, identificado(a) con número 287728, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de mis datos personales, b. Registro fotográfico, y c. Anexar copia de mi historia clínica, como parte de la documentación para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

3.2 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CUIDADOR (A) Y/O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de cuidador(a) y/o representante de la persona con discapacidad candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Juan Castro, identificado(a) con número 287728, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de datos personales, b. Registro fotográfico, y c. Anexar copia de historia clínica, como parte de la documentación de la persona con discapacidad, la cual represento, para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	Juan Antonio Castro	Firma	[Firma]	Tipo y No. de ID	cc 287728	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sumbrita	Firma	Natalia Sumbrita	Tipo y No. de ID	cc 102393944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

4. DECISIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DE APROBACIÓN DEL CONVENIO O CONTRATO (Este espacio debe ser diligenciado exclusivamente durante el proceso de presentación del caso en el marco del Comité Técnico de Aprobación); El Comité Técnico estudió y aprobó el otorgamiento del(los) siguiente(s) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s): (Marque con una x)

Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado	Aprobada		Criterios de No Aprobación
	SI	NO	
1. Colchon sanitario Anti			
2. Kit visual			
3.			

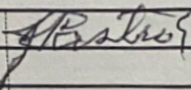
Observaciones: _____

SESIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO - ACTA No. _____ FECHA: _____

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)		Firma		Tipo y No. de ID	
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición - Equipo GPIL SDS, 2024

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por:	
			Revisado por:	
			Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	Jairo Antonio Castro	Firma		Tipo y No. de ID	287728	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.M	Tipo y No. de ID	1022393944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia SM	Tipo y No. de ID	1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD</p> <p align="center">PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD</p> <p align="center">DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE HISTORIA DE VULNERABILIDAD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

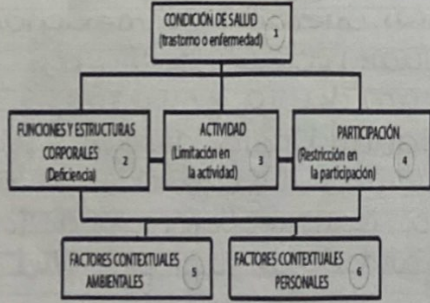
Primer Nombre	Juan	Segundo Nombre	Antonio
Primer Apellido	Castro	Segundo Apellido	Moreno
Tipo de Identificación	RC ☐ TI ☐ ☒ CE ☐ PEP ☐ Otro ☐ (Cuál?)	No. de ID	287728
Fecha de Visita	23/07/24 <small>DD MM AA</small>		

2. CONDICIONES DEL USUARIO

Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha extrema)	2. Dificultad Moderada (Medio Regular)	1. Dificultad Ligera (Poca, escasa)	0. No hay Dificultad (Ninguna insignificante)
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	Intermitente	Limiteda	Extensa	Generalizada	
Autocuidado					
Higiene	Independiente	☒	Semidependiente	Dependiente	
Vestido	Independiente	☒	Semidependiente	Dependiente	
Alimentación	Independiente	☒	Semidependiente	Dependiente	
Otro ¿Cuál?	Independiente		Semidependiente	Dependiente	
Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad	SI	☒	Observaciones		

VALORACIÓN DE LA CIF

(Realizar la descripción técnica, de acuerdo con las características evidenciadas, tomando como referencia los dominios de cada componente contenidos en el instructivo ubicado al final del formato)

	1	- Retinopatía diabética - Neuropatía diabética
	2	b5410.3 funciones metabólicas b210.3 funciones visuales b220.3 sensaciones asociadas con el ojo S298.373 estructura del ojo Z230.373 estructuras periféricas oculares
	3	d450.3 andar d455.3 desplazarse por el entorno

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por:	
			Revisado por:	
			Aprobado por:	

4	ds98.3 Autocuidado d910.3 vida comunitaria
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras = - vive solo - Recursos económicos escasos - Infraestructura
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores = - Recibe bono adulto mayor - Recibe consulta

3. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN CLÍNICA, SOCIAL Y DE CONDICIONES DE VIDA (justificación para la prescripción y proceso de aprobación de los Dispositivos de Asistencia Personal, solicitados para el candidato): Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.

Usuario de 70 años con diagnósticos médicos anteriormente mencionados con deficiencia en funciones metabólicas, funciones visuales, sensaciones asociadas en el ojo (deficiencia en estructuras del ojo y estructura periférica ocular) que limitan su capacidad para andar, desplazarse por el entorno ya que el usuario es autocuidador, presenta la dificultad para su propio autocuidado, realizar quehaceres de la casa, realizar trámites por sí mismo y el cuidado de su propia salud restringiendo su vida comunitaria.
 Usuario con presencia de úlcera diabética en pierna requerida en resolución de certificación con dolor y limitación en el movimiento de la extremidad.

4. ASESORÍA Y CANALIZACIÓN: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.						SI	NO
Se brinda información para el proceso de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RCLCPD.						x	
Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad						x	
Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad						x	
Se realiza proceso de canalización	SI	Intersectorial	Intrasectorial	Intrainstitucional	Interinstitucional	NO	
						x	
Si su respuesta fue si, debe diligenciar el formato relacionado con canalización y anexarlo.							

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p align="center">DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD</p> <p align="center">PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD</p> <p align="center">FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

**FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL -
PARA LA TERAPIA, ENTRENAMIENTO, CUIDADO Y LA PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9**

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Juan					Segundo Nombre	Antonio				
Primer Apellido	Castro					Segundo Apellido	Moreno				
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	287728		
Fecha de visita	23	09	24	Peso del candidato		55	Presenta úlcera o escara		SI	NO	

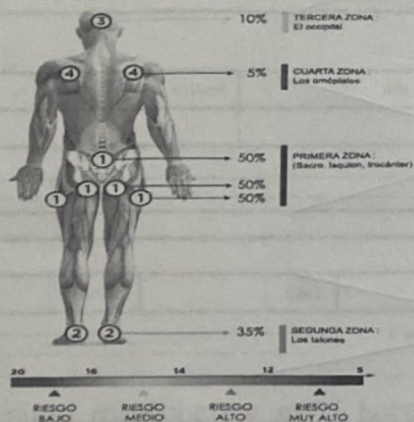
2. ÚLCERA O ESCARA (Si la respuesta es NO, pasar al numeral 3)

Presenta úlcera o escara	☒	NO	Origen	Por presión	Venosa	Arterial	Mixta	Dialítica	☒	Iatrogénica	Otro	¿Cuál?		
Localización	a. Prema Izquierda								Grado	a. ☒	2	3	4	
	b.									b.	1	2	3	4
	c.									c.	1	2	3	4
Ha recibido algún tipo de cuidado por la úlcera o escara	SI	☒	NO	¿Cuál?										

2.1 CALIFICACIÓN POR LOCALIZACIÓN: Señale con una x o circulo, en la gráfica, la zona afectada y el riesgo según escala. En la tabla, marque con una X en cada columna, según corresponda (ver instructivo).

ESCALA DE NORTON

Zonas con riesgo de Escaras



ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTAJE
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	
Mediano	Apático 3	Disminuida	Camina con ayuda 3	Ocasional	
Regular 2	Confuso	Muy limitada 2	Sentado	Urinaria o fecal	
Muy Malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	

TOTAL	Puntaje en la escala de Norton	Riesgo alto.
-------	--------------------------------	--------------

3. PRESCRIPCIÓN DE COJINES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo	Posición en la que permanece				¿Cuál?	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	NO
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras	Cojín de Posicionamiento	Rin de cojín	Otro	¿Cuál?	Perfil del Dispositivo	Alto	Medio
Componente del dispositivo	Gel/Silicona	Espuma	Aire	Otro	¿Cuál?	Dimensiones del dispositivo (CM O PULG, especificar unidad de medida)	Alto	Profundidad
Se prescribe cojín para silla de ruedas	SI	NO	Dimensiones del asiento de la silla de ruedas (CM O PULG, especificar unidad de medida)				Alto de respaldo	Profundidad

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por:	
			Revisado por:	
			Aprobado por:	

4. PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo	18 horas	Posición en la que permanece	Sedente-supino	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	☒
Tipo de dispositivo requerido	☒ Colchón ortopédico	Otro	Sencillo	Dimensiones del dispositivo (cm)	190 Largo	100 Ancho
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA			CAMA SOBRE MEDIDA		
Componente del dispositivo	Espuma	Otro		Dimensiones de la cama (cm)	190	100

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido						
Dimensiones del baño (cm)	Ancho	Largo	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del beneficiario y dimensiones del espacio)	Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	SI	NO
Dimensiones de la ducha (cm)	Ancho	Largo		Zona principal donde realiza actividades de higiene		
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	Ancho			Esta zona cuenta con espacio suficiente para el dispositivo	SI	NO
Observaciones						

6. CALZADO PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN

Características del calzado	Pie Diabético	Ortopédico	Artístico	¿Cuenta con prescripción médica?			SI	NO
Tipo de calzado	Botas	Tenis	Formal	Sandalias	Otro	Talla	Color	
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	Observaciones del profesional							

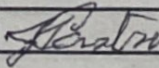
7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Silicona	Gel	Cuero	Otro	¿Cuenta con prescripción médica?	SI	NO
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))	Observaciones del profesional						

8. PRESCRIPCIÓN MEDIAS DE COMPRESIÓN

Nivel de compresión	Baja	Medio	Alta	Talla	Color
Tipo	Plantmedia	Plantmedia Mixta	Al muslo	A la rodilla	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))

Observaciones del Profesional: Usuario en condición de discapacidad física y visual con riesgo alto en formación de úlceras por presión, usuario presenta úlcera diabética en pie derecho grado 1, ya que el usuario no ha tenido adherencia al tratamiento de diabetes.

Nombre del Candidato(a)	Juan Antonio Castro	Firma		Tipo y No. de ID	CC 287728	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia sm	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia sm	Tipo y No. de ID	1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD</p> <p>PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD</p> <p>DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO</p>	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL VISUALES

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	JUAN	Segundo Nombre	ANTONIO
Primer Apellido	CASTRO	Segundo Apellido	MORENO
Tipo de Identificación	RC ☐ TI ☐ ☒ CE ☐ PEP ☐ Otro ☐	¿Cuál?	No. de ID 287728
Datos oftalmológicos	Diagnóstico Médico		Condición Visual Baja ☒ Ceguera ☐ Sordo-ceguera ☐ Otras condiciones de salud
Fecha de Visita	23 07 24	Ocupación o dedicación de la PcD	Ninguna

2. PROCESO DE REHABILITACIÓN

¿Ha tenido proceso de rehabilitación en orientación y movilidad?	SI ☐ NO ☒	¿En cuál institución?	Ninguna
¿Maneja técnica de uso de Bastón?	SI ☐ NO ☒	¿Maneja técnica de Locomoción independiente?	SI ☒ NO ☐
¿Cuenta con prescripción de especialista?	SI ☐ NO ☒	¿Percibe en espacio abierto desniveles como andenes y escalera?	SI ☐ NO ☒
¿Percibe en espacio abierto declives o rampas?	SI ☒ NO ☐	¿Requiere algún tipo de entrenamiento?	SI ☒ NO ☐ ¿Cuál?

3. PRESCRIPCIÓN DEL BASTÓN

Medida del Bastón según la estatura (cm)	110	Tipo de punta	Redonda ☒ Puntilla ☐ ¿Lleva dragonera?	SI ☐ NO ☐
¿Requiere repuestos?	SI ☐ NO ☒	Observaciones adicionales	NO SE REALIZA prescripción de bastón	

4. DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS QUE COMPONEN EL KIT VISUAL: Marque con una X

Nombre del Dispositivo							
Bastón guía con puntera	SI ☐ NO ☒	Grabadora digital	SI ☐ NO ☐	Filtros	SI ☐ NO ☐	Pelador de papa	SI ☒ NO ☐
Bastón guía con rodachina	SI ☒ NO ☐	Telescopio manual	SI ☐ NO ☐	Abaco cerrado	SI ☐ NO ☐	Abre frascos	SI ☐ NO ☐
Guía de escritura	SI ☐ NO ☐	Atril	SI ☐ NO ☐	Agenda digital	SI ☐ NO ☐	Recordatorio parlante	SI ☐ NO ☐
Guía de firma	SI ☒ NO ☐	Metro braille	SI ☐ NO ☐	Medidor de aceite	SI ☐ NO ☐	Juego de ayudas didácticas	SI ☐ NO ☐
Reloj parlante	SI ☒ NO ☐	Pizarras braille	SI ☐ NO ☐	Medidor de líquidos	SI ☐ NO ☐	Tablet	SI ☒ NO ☐
Reloj braille	SI ☐ NO ☐	Calculadora parlante	SI ☒ NO ☐	Llavero parlante	SI ☐ NO ☐	Báscula para peso corporal parlante	SI ☐ NO ☐
Despertador parlante	SI ☒ NO ☐	Termómetro parlante	SI ☐ NO ☐	Encendedor	SI ☐ NO ☐	Juego de ayudas didácticas	SI ☐ NO ☐
Cuadernos braille	SI ☐ NO ☐	Punzón	SI ☐ NO ☐	Cortador o picador de alimentos	SI ☒ NO ☐		
Regleta metálica	SI ☐ NO ☐	Enhebrador	SI ☐ NO ☐	Balanza de cocina parlante	SI ☐ NO ☐		
Otros ¿Cuáles? Termómetro parlante							
¿Los elementos tecnológicos cuentan con prescripción especializada?							
SI ☐ NO ☐	Observaciones adicionales: usuario en condición de discapacidad visual se realiza solicitud de kit visual para facilitar actividades de la vida diaria.						

5. COMPROMISOS DE LA PC D Y SU FAMILIA

¿La PcD debe asistir a entrenamiento de los elementos y al programa de orientación y movilidad?		SI ☐ NO ☐	¿En dónde?			
Nombre del Candidato	JUAN ANTONIO CASTRO	Firma	[Firma]	Tipo y No. de ID	287728	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta/Gestor Com.	NATALIA SANDOBA	Firma	NATALIA S.M	Tipo y No. de ID	1022393944	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por:	
			Revisado por:	
			Aprobado por:	

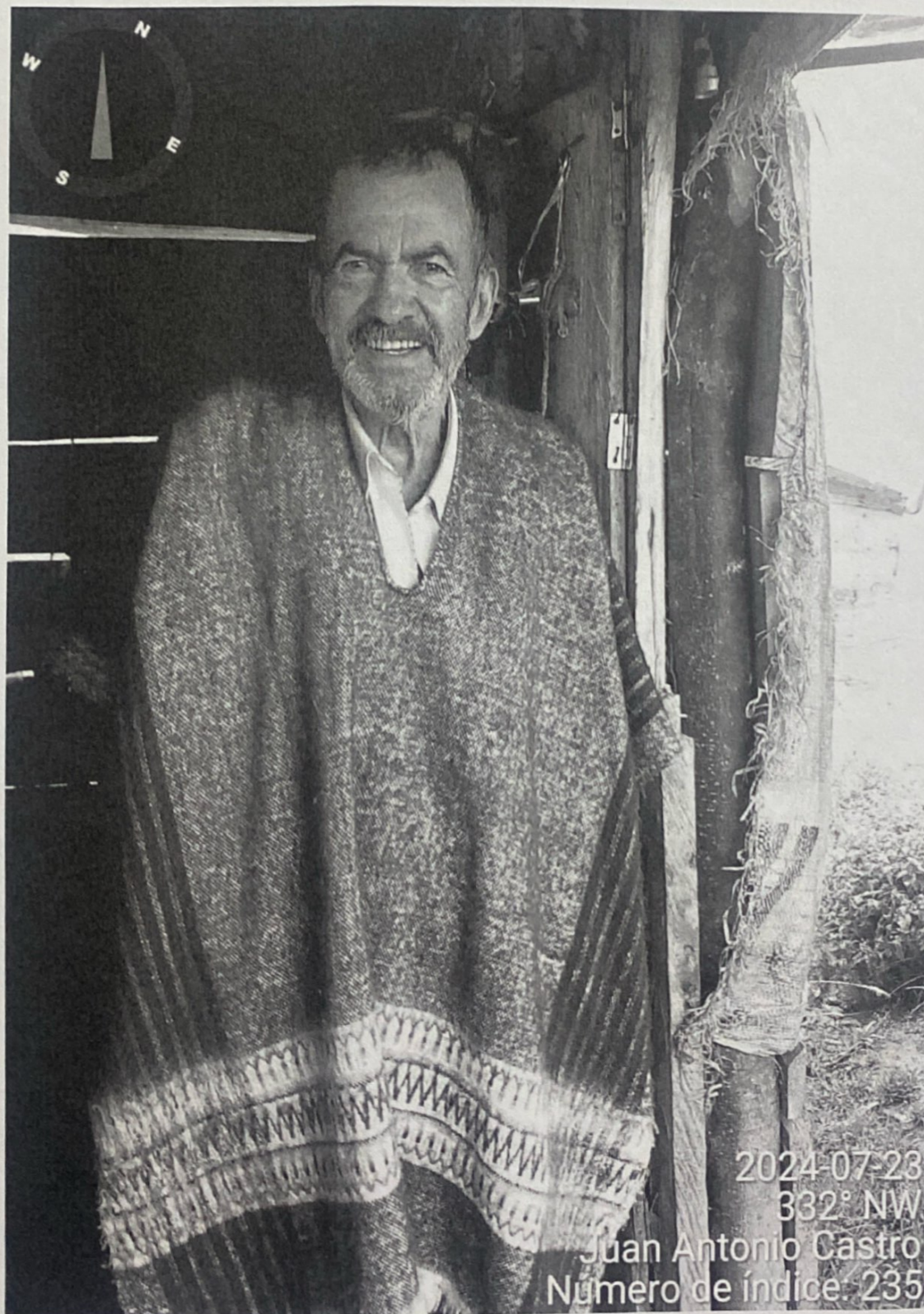
Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	<i>Natalia Sanabria</i>	Firma	<i>Natalia San</i>	Tipo y No. de ID	10223934214
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FOL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición - Equipo GPS, SOS, 2024

Instructivo Formato de Prescripción de Dispositivos de Asistencia Personal Visuales:

- Variables con opciones de respuesta cuyo contenido esté en formato centrado, por ejemplo "Tipo de identificación", se marca con una X según corresponda.
- Variables con opción de respuesta cuyo contenido se encuentre en formato inferior, por ejemplo "Fecha de visita", debe ser diligenciada.

JUAN ANTONIO CASTRO MORENO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.796.103

HERRERA GAMBA

APELLIDOS

MYRIAM

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

FIRMA



Powered by CS CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1964

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

A+

G.S RH

F

SEXO

19-AGO-1988 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00216251-F-0039796103-20100219

0021081134A 1

5020276092

Powered by CS CamScanner

enel

Bogotá

PAGA PRIMO Y CARGA TAXA
TU NUMERO DE CLIENTE ES

1407610-2

ENEL COLOMBIA S.A. S.P.A.
CALLE 90 No. 13 - 40 Piso 1

Factura de servicios públicos
No. 132386238-8

CLIENTE
KARDO PALACIOS

1 de 1

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15 MAR 2024

TOTAL A PAGAR
\$2.470

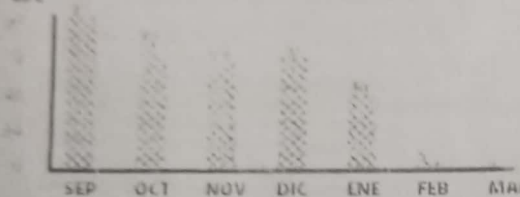
DÍAS FACTURADOS
28

PAGO OPORTUNO
INMEDIATO

FECHA SUSPENSIÓN
SUSPENSIÓN

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

Barra



PERIODO FACTURADO

12 FEB 2024 A 15 MAR 2024

PRÓXIMA LECTURA: 16 ABR 2024

TIPO LECTURA: Visual

ANOMALÍA: No detectada

CONSUMO PROMEDIO (kWh): 61

ÚLTIMOS 6 MESES: 61

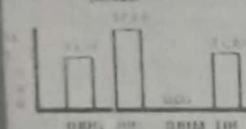
CONSUMO PERIODO: 2 kWh

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

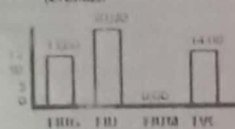
MEDIDOR No	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	E	A CONS.	ENERGÍA FAC.
41096	ELCT	862	860	1		1	2

CALIDAD DEL SERVICIO

INTERRUPCIÓN DE SERVICIO (Horas)



INTERRUPCIÓN DE SERVICIO (Eventos)



Para mayor detalle consulte los resultados en el REGISTRO de 2018 y 2019 de 2019

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

Medidor: 41096
Rango: 41096-41097
Tipo de conexión: BILANCIAL
Servicio estrato: 1
Categoría de tensión: 200V (KWh): 200

INFORMACIÓN TARIFARIA

Gr: 37172 Tr: 4120 Di: 03101 CV: 10674
PR: 2046 R: 072 CF: 000 CU: 56237
TARIFA MES: FEB 2024
Valor kWh aplicado: \$862.3726
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0-120 kWh/mes) es de 50.84%

DETALLE DE CONCEPTOS

CONCEPTO

CONSUMO DE ENERGÍA

Valor kWh 862.3726 X 2 (Consumo en kWh) EALP

DESIGNACIÓN SUBSIDIO

SUBTOTAL VALOR CONSUMO

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE,

TE COSTÓ \$87 DIARIOS

SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA

Deuda por energía:

SUBTOTAL

\$1.725

\$1.015

\$710

\$0

\$1.760

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(12/02/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (10/12/2020) Otras bursitis de la cadera (M707), Bilateral; Sospecha ATEP: No; Observación registrada el 10/12/2020: Coxartrosis bilateral.
 (03/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (24/12/2019) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (20/06/2019) Otros trastornos especificados del metabolismo de los carbohidratos (E748); Sospecha ATEP: No.
 (05/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(12/02/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (03/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (24/12/2019) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (05/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(12/02/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (03/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (24/12/2019) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (05/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(22/06/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Quirúrgica

PLANIFICACIÓN

(22/06/2023) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(22/06/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 10/05/2023, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: extrainstitucional

MAMOGRAFÍA

(22/06/2023) Mamografía: Si, Fecha realización mamografía: 17/05/2023, Resultado mamografía: BI-RADS II, Observaciones mamografía: NO TRAE REPORTE extrainstitucional

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(22/06/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 18

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G5 V4 C0 E0 A1 V4 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(22/06/2023) OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA VIA ABIERTA (814103); Observación registrada el 22/06/2023; reemplazo cadera clinica colombia .
 (12/02/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (03/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (24/12/2019) No Refiere Nuevos Antecedentes.
 (20/06/2019) HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMIA (684103).

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/04/2020 10:13:39, E.P.S Sanitas - OFTALMOSANITAS EL BOSQUE, BOGOTA D.C.

Datos del profesional de la salud: Angela Maria Fajardo Palomino. Reg. Médico. 1052389399. Oftalmologia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 40165735. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-1098277-1-2

Fecha de Nacimiento: 17/04/1964 Edad del paciente: 56 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otros.

Dirección: cr 25 n 52 a10 Teléfono: 3222408544 Ciudad: BOGOTA D.C. Vinculación: Contributivo

Responsable: MYRIAM HERRERA GAMBA - Paciente Telefono: 3222408544.

Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MYRIAM HERRERA GAMBA.

Motivo de consulta: Servicio de Orientación Virtual en Oftalmología por contingencia Covid-19.

Enfermedad Actual: Paciente con antecedente de **retinopatía miopica**, con MNV en ambos ojos tratada con 5 inyecciones intravítreas en OI y 1 en OD ultima en Agosto de 2019. Había solicitado valoración con reporte de OCT de macula

**OCT de macula de Octubre de 2019:

OJO DERECHO:

Calidad de la señal: 8/10

Espesor central de 209 micras (disminuido), volumen del cubo macular de 7,9 mm3 (disminuido), según la base normativa.

No se visualiza la hialoides posterior. El neuroepitelio muestra una superficie regular, se conserva la depresión foveal con alteración en su morfología.

Adelgazamiento generalizado de las capas del neuroepitelio. Complejo EPR-Membrana de Bruch muestra un trazado irregular con lesión hiperreflectiva que altera las capas externas subfoveal y parafoveal temporal. Coroides con grosor y patron convexo de apariencia muy disminuidos con atrofia de la coriocapilaris. Estafiloma posterior.

OJO IZQUIERDO:

Calidad de la señal: 6/10

Espesor central de 235 micras (normal), volumen del cubo macular de 7,3 mm3 (disminuido), según la base normativa.

No se visualiza la hialoides posterior. El neuroepitelio muestra una superficie levemente irregular con membrana epirretiniana parcialmente adherida en el cuadrante nasal, rectificación de la depresión foveal. Adelgazamiento de las capas del neuroepitelio en los cuadrantes temporal e inferior. Complejo EPR-Membrana de Bruch muestra un trazado irregular con lesión hiperreflectiva del epr que altera las capas externas subfoveal. Coroides con grosor y patron convexo de apariencia muy disminuidos con atrofia de coriocapilaris. Estafiloma posterior.

CONCLUSIÓN: Ambos ojos: Membrana neovascular coroidea miopica cicatricial, cambios por miopia. Se recomienda correlacionar con la historia clínica y estudios complementarios.

**PACIENTE EN EL MOMENTO FUERA DE BOGOTA Y NO TIENE LAS IMAGENES CON ELLA PARA ENVIAR FOTO.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente con antecedente de retinopatía miopica con MNVC ambosojos tratada con inyecciones intravítreas ambos ojos ultima Agosto 2019. Reporte de OCT de macula muestra MNV en fase cicatricial ambos ojos sin emargo no se tienen las imagenes porque la paciente no se encuentra en Bogota en el momento. Se indican claros signos de alarma y se envia por correo electronico valoración con retina cuando la contingencia acabe.

Diagnóstico Principal: Miopia degenerativa (H442), Bilateral, Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Oftalmología Retina y Vitreo Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTE CON MNVC MIOPICA AMBOS OJOS TRATADO CON INYECCIONES SS VALORACION CON NUEVO REPORTE DE OCT DE MACULA.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/04/2020 10:03:26. E.P.S Sanitas - OFTALMOSANITAS EL BOSQUE, BOGOTA D.C.

Datos del profesional de la salud: Catalina Villalba Gonzalez. Reg. Médico. 1018419825. Oftalmología.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 40164147. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-1098277-1-2

Fecha de Nacimiento: 17/04/1964 Edad del paciente: 56 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otros.

Dirección: crr 25 n 52 a10 Teléfono: 3222408544 Ciudad: BOGOTA D.C. Vinculación: Contributivo

Responsable: MYRIAM HERRERA GAMBA - Paciente Telefono: 3222408544.

Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MYRIAM HERRERA GAMBA.

Motivo de consulta: ..

Enfermedad Actual: Paciente se atiende a través de telemedicina, contingencia COVID 19, paciente entiende implicaciones de no realizar un examen oftalmológico completo, acepta consulta.

Asistió para valoración por retina y vítreo con respote de OCT de macula 10/19: Ambos ojos: Membrana neovascular coroidea miopica cicatricial, cambios por miopía. Se recomienda correlacionar con la historia clínica y estudios complementarios. Manifiesta persiste deterioro en AV sin otros síntomas oculares. Se explican claramente signos y síntomas de alarma: deterioro en la visión, fotofobia, blefaroespasma, dolor intenso, fotopsias, miodesopsias en aumento, alteración de campo visual entre otros.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente se atiende a través de telemedicina, contingencia COVID 19, paciente entiende implicaciones de no realizar un examen oftalmológico completo, acepta consulta.

Asistió para valoración por retina y vítreo con respote de OCT de macula 10/19: Ambos ojos: Membrana neovascular coroidea miopica cicatricial, cambios por miopía. Se recomienda correlacionar con la historia clínica y estudios complementarios. Manifiesta persiste deterioro en AV sin otros síntomas oculares. Se explican claramente signos y síntomas de alarma: deterioro en la visión, fotofobia, blefaroespasma, dolor intenso, fotopsias, miodesopsias en aumento, alteración de campo visual entre otros.

Diagnóstico Principal: Otras retinopatías proliferativas (H352), Bilateral, Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Oftalmología Retina y Vítreo Por solicitud del médico tratante. Justificación: Valoración retina .

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/02/2020 12:16:53. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.

Datos del profesional de la salud: Jesus Armando Diaz Tapias. Reg. Médico. 1126000859. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.

Admisión No. 38291211. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-1098277-1-2

Fecha de Nacimiento: 17/04/1964 Edad del paciente: 55 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otros.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Dirección: crr 25 n 52 a10 Teléfono: 3222408544 Ciudad: BOGOTA D.C. Vinculación: Contributivo
 Responsable: MYRIAM HERRERA GAMBA - Paciente Telefono: 3222408544.
 Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MYRIAM HERRERA GAMBA.
 Motivo de consulta: "Es para ver los exámenes"

Ocupación: Ama de casa..

Enfermedad Actual: Paciente de 55 años de edad consulta el día de hoy para valoración por medicina general para lectura e interpretación de paraclínicos solicitados por antecedente de **coxartrosis bilateral** asociado a dolor en cadera bilateral de larga data de predominio derecho con exacerbación de síntomas hace 2 meses, de tipo picada con intensidad de 7/10, el cual aumenta con la bipedestación y la marcha (la cual en ocasiones se ve limitada), y disminuye con el reposo, niega alteraciones sensitivas, refiere manejo con diclofenaco y terapia física con mejoría parcial. Manejo con tramadol + acetaminofen con mejoría parcial.

Automonitoreo de presión arterial:

124/65 - 153/86 - 125/75 - 120/79 - 125/81 - 116/78 - 130/80 *- 125/66 - 125/74 - 121/71 - 130/75 - 130/81 - 129/69 - 126/70.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.
 Neurológico: Sin síntomas.
 Mental: Sin síntomas.
 Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
 Respiratorio: Sin síntomas.
 Cardiovascular: Sin síntomas.
 Gastrointestinal: Sin síntomas.
 Genitourinario: Sin síntomas.
 Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
 Mamas: Sin síntomas.
 Piel y Faneras: Sin síntomas.
 Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
 Endocrínológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS

Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(03/02/2020) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Quirúrgica

PLANIFICACIÓN

(03/02/2020) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(03/02/2020) Citología: No

MAMOGRAFÍA

(03/02/2020) Mamografía: Si, Fecha realización mamografía: 16/01/2020, Resultado mamografía: BI-RADS II

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G5 V4 C0 E0 A1 V4 M0

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA

IDENTIFICACIÓN: CC 39796103

SEXO: Femenino

ETNIA: Otros

Frecuencia Cardíaca: 76 Latidos/min
 Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
 Tensión Arterial Sistólica: 124 mmHg
 Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
 Tensión Arterial Media: 88 mmHg
 Pulsoximetría (SO₂): 95 %
 Temperatura: 36.8 °C
 Peso: 72.6 Kg
 Talla: 1.53 m
 Índice de Masa Corporal: 31.01 (kg/m²) -Obesidad grado I
 Superficie corporal: 1.81 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
 Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
 Cuello: Sin masas ni adenopatías.
 Mama: No evaluada.
 Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
 Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
 Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
 Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
 Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema, , hay dolor a la palpación de cadera bilateral, con limitación para la realización de arcos de movilidad (difícil valoración por resistencia muscular), sensibilidad distal conservada..
 Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
 Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
 Piel y Faneras: Normal.

OTROS PARACLINICOS

Estudios de Radiología e Imágenes Diagnósticas

Fecha de realización: 21/01/2020 00:00:00.

Rayos X: Cadera bilateral:

Disminución del espacio articular coxofemoral en ambos lados por cambios osteoartróticos.
 Esclerosis de los acetábulos.
 No se visualizan otras alteraciones.
 Tejidos blandos de aspecto normal.
 *** Reporte de radiología ***.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente de 55 años de edad consulta el día de hoy para valoración por medicina general con antecedente de coxartrosis bilateral, consulta el día de hoy para evaluación por exacerbación de síntomas de dolor que limitan movilidad de paciente en el momento al examen físico con hallazgos descritos, tiene reporte de radiografía de cadera en donde se encuentran cambios artrosicos mencionados por lo que se indica valoración por ortopedia para definir conducta a seguir con paciente ante persistencia de síntomas que en este momento limitan vida de la paciente. Por el momento paciente se encuentra en buenas condiciones generales, estable, sin signos de bajo gasto, sin déficit neurológico, con signos vitales estables, sin irritación peritoneal, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica o dificultad respiratoria; por lo que se dan recomendaciones generales, signos de alarma, hábitos de vida sanos, se explica condición actual y conducta a seguir, paciente dice entender y aceptar.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G5 V4 C0 E0 A1 V4 M0

Diagnóstico Principal: Coxartrosis, no especificada (M169), Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Acetaminofen 500 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 2 tableta cada 8 hora(s) por 15 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 1
2. Diclofenaco sodico 75mg/3mL Sol lny: Inyectar (vía intramuscular) 1 ampolla cada 24 hora(s) por 1 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1
3. Tramadol 100mg/mL (4.5mg/gota) Sol Oral: Tomar (vía Oral) 5 gota(s) cada 8 hora(s) por 10 día(s). Cantidad total: 150, Número de entregas: 1

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Ortopedia y Traumatología Por solicitud del médico tratante. Justificación: Paciente de 55 años de edad consulta el día de hoy para valoración por medicina general con antecedente de coxartrosis bilateral, consulta el día de hoy para evaluación por exacerbación de síntomas de dolor que limitan movilidad de paciente en el momento al examen físico con hallazgos descritos, tiene reporte de radiografía de cadera en donde se encuentran cambios artrosicos mencionados por lo que se indica valoración por ortopedia para definir conducta a seguir con paciente ante persistencia de síntomas que en este momento limitan vida de la paciente..

PLAN DE MANEJO - CERTIFICADO MÉDICO

Se expide el siguiente certificado médico: Área de procedimientos Puente Aranda.
Por favor aplicar diclofenaco 75 mg intramuscular.
gracias

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: RECOMENDACIONES , AUTOEXAMEN DE SENO MENSUAL, CITOLOGIA ANUAL, USAR BLOQUEADOR SOLAR , USAR PRESERVATIVO O ADECUADA ADHERENCIA A MÉTODO DE PLANIFICACIÓN PREFERIDO, ALIMENTACION SALUDABLE ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE, SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS

HÁBITOS DE VIDA SANOS

RECOMENDACIONES GENERALES: PARA PROTEGER SU SALUD COMA DIARIAMENTE ALIMENTOS DE CADA UNO DE LOS SIETE GRUPOS.

- 1.-CEREALES.
- 2.- RAICES, TUBERCULOS Y PLATANOS.
- 3.-HORTALIZAS Y VERDURAS.
- 3.-LEGUMINOSAS VERDES.
- 4.-FRUTAS.
- 5.-CARNES,VISCERAS,HUEVOS.LEGUMINOSAS SECAS Y MEZCLAS VEGETALES.
- 6.-LECHE,KUMIS, YOGURT Y QUESOS.
- 7.-GRASAS.AZUCARES Y DULCES.

AUMENTE EL CONSUMO DIARIO DE FRUTAS AL NATURAL Y DE HORTALIZAS Y VERDURAS.
ES NECESARIO CONTROLAR EL CONSUMO EN EXCESO DE SAL,DULCES,GRASAS DE ORIGEN ANIMAL PARA PREVENIR ENFERMEDADES.
PARA PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS LAVASE LAS MANOS ANTES DE PREPARAR LAS COMIDAS,HIERVA EL AGUA Y ALIMENTESE BIEN .MANTENGA CUIDADOS HIGIENICOS AL PREPARAR LOS ALIMENTOS.
ALIMENTESE BIEN Y CONTROLE SU PESO CON FRECUENCIA PARA PROTEGER SU SALUD.
HACER DEPORTE POR LO MENOS TRES VECES A LA SEMANA AYUDA A MANTENER LA MENTE,EL CORAZON Y EL CUERPO SANOS.
COMPARTA LA ALIMENTACION EN FAMILIA PARA FORTALECER LOS HABITOS ALIMENTARIOS , VALORES,COMPORTAMIENTOS Y LA UNIDAD FAMILIAR.
PARA VIVIR EN ARMONIA Y CONSTRUIR LA PAZ EXPRESE SU AMOR Y PRACTIQUE LA TOLERANCIA Y LA SOLIDARIDAD TODOS LOS DIAS COMO PARTE DE SU ESTILO DE VIDA.
EVITE EL CONSUMO DE CIGARRILLO,LICORES Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. RECUERDE USAR PRESERVATIVO EN TODAS SUS RELACIONES SEXUALES.
RECUERDE REALIZAR SU CONSULTA SEMESTRAL POR ODONTOLOGÍA, REALIZAR HIGIENE EN CAVIDAD ORAL.
RENUEVE ANUALMENTE SU VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA Y AQUELLAS INMUNOPROFILAXIS/QUIMIOPROFILAXIS NECESARIAS PARA SU

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

EDAD SEGÚN INDIQUE EL DEPARTAMENTO DE VACUNACIÓN.
REALICE SU AUTOEXAMEN DE MAMA/TESTÍCULOS MENSUALMENTE Y ANTE CUALQUIER ANORMALIDAD ACUDA DE INMEDIATO POR CONSULTA EXTERNA.
ES IMPORTANTE QUE A PESAR DE SENTIRSE BIEN DEBE ACUDIR A CONTROL POR MEDICINA GENERAL POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO.

ACTIVIDAD FÍSICA:

Tipo de Ejercicio: Aquellos con un nivel moderado de actividad como: caminar, jogging, natación o montar en bicicleta.

Frecuencia: 4-5 días/semana.

Duración: Iniciando ejercicio de 20 a 30 minutos con progresión hasta llegar a 30-60 minutos diarios.

**** RECUERDE CALENTAR Y REALIZAR ESTIRAMIENTOS ANTES Y DESPUÉS DE REALIZAR EL EJERCICIO ****

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Zona In - Local 100

**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	39796103
NOMBRES	MYRIAM
APELLIDOS	HERRERA GAMBA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

FORMATO DE SOLICITUD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre		Myriam		Segundo Nombre			
Primer Apellido		Herrera		Segundo Apellido		Gambusi	
Tipo de Identificación		RC	TI	☒	CE	PEP	OTRO
Fecha de Nacimiento		DD	MM	AA	Edad	60	Sexo
		17	04	1964			♀
Nombre Identitario				Orientación Sexual		☒	
Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?		1. Gestante		2. Persona discapacitada		☒	
		3. Víctima del conflicto armado		4. Población LGTBIQ+		5. Excombatiente	
		6. Persona en condición de calle		7. Inmigrantes		8. Campesino rural	
		9. Persona de contextos de pobreza		10. Migrante			
Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?		1. Afrodescendiente		2. Negra		3. Palenquero	
		4. Racial		5. Indígena		Indique nombre de Pueblo Indígena	
		6. Rom o gitano		7. Otro			
Localidad		20		Sumapaz		Barrio	
		Código		Nombre		Betunia	
Dirección		Rural Betunia		Estrato			
Descripción de la ocupación		Trabajo independiente		Teléfonos		3226680458	
Tipo de Afiliación a Salud		SB	☒	PPNA	EX/ES	EAPB	Sanitos
Diagnóstico Médico (CIE10)		M16.9 coxartrosis		Tipo de Discapacidad		☒	
		H52 retinopatía miopía				A	
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)		Colchon ortopédico doble		tensiometro pulante		DAP - AT 1	
		DAP - AT 2		DAP - AT 3		Cuenta con Cuidador(a)	
Nombre de Cuidador (a)				Parentesco		SI	
Datos del cuidador		Teléfono		Dirección		Vive con la persona con discapacidad	
						SI	
Otro contacto		Teléfono		Dirección		Parentesco	
El solicitante es		☒ Beneficiario de vigencia anterior		Vigencias en las que ha sido beneficiario		Fecha de Solicitud	
						23 04 24	
Si el solicitante ha sido beneficiario (a) en otras vigencias, especificar los dispositivos recibidos							

2. SELECCIÓN DE CANDIDATO: (Marque con una x)

Criterios de selección del Candidato	SI	NO
a. Cumple con los requisitos para ser beneficiario del convenio o contrato.	☒	
b. Presenta los documentos solicitados, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento Técnico Distrital.		
c. El solicitante anexa prescripción médica realizada por un médico ortopedista o fisiatra (obligatorio para calzado ortopédico, plantillas y medias de compresión)		
d. El dispositivo de asistencia personal -DAP- es un elemento No cubierto por el Plan de Beneficios	☒	

3. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES Y COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

3.1 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CANDIDATO (A)

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Myriam Herrera, identificado(a) con CC número 39796103, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de mis datos personales ☒ b. Registro fotográfico ☒ y c. Anexar copia de mi historia clínica ☒ como parte de la documentación para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

3.2 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CUIDADOR (A) Y/O REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de cuidador(a) y/o representante de la persona con discapacidad candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Myriam Herrera, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 39796103, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): a. Manejo de datos personales ☒ b. Registro fotográfico ☒ y c. Anexar copia de historia clínica ☒ como parte de la documentación de la persona con discapacidad, la cual represento, para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	MYNUM Heneco	Firma	<i>[Signature]</i>	Tipo y No. de ID	CC 39796103	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	<i>Natalia S.m</i>	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

4. DECISIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DE APROBACIÓN DEL CONVENIO O CONTRATO (Este espacio debe ser diligenciado exclusivamente durante el proceso de presentación del caso en el marco del Comité Técnico de Aprobación): El Comité Técnico estudió y aprobó el otorgamiento del(los) siguiente(s) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s): (Marque con una x)

Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado	Aprobada		Criterios de No Aprobación
	SI	NO	
1. colchon ortopédico			
2. tensiometro parlante			
3.			

Observaciones: _____

SESIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO – ACTA No. _____ FECHA: _____

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	<i>Natalia S.m</i>	Tipo y No. de ID	CC 1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por:	
			Revisado por:	
			Aprobado por:	

FORMATO DE HISTORIA DE VULNERABILIDAD

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

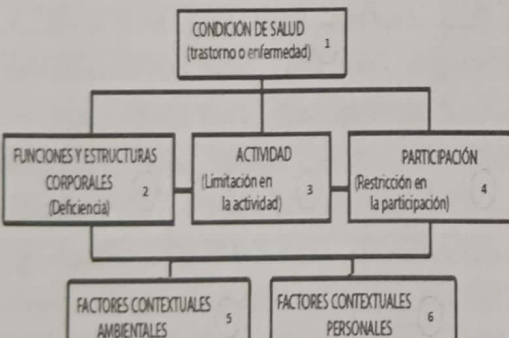
Primer Nombre	Myriam				Segundo Nombre				
Primer Apellido	Herrera				Segundo Apellido	Gamba			
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	39796103
Fecha de Visita	23	07	24	DD	MM	AA			

2. CONDICIONES DEL USUARIO

Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)					4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha extrema)	2. Dificultad Moderada (Media Regular)	1. Dificultad Ligera (Poca, escasa)	0. No hay Dificultad (Ninguna Insignificante)
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)					Intermitente	Ligero	Extenso	Generalizado	
Autocuidado									
Higiene	Independiente		X	Semidependiente		Dependiente			
Vestido	Independiente		X	Semidependiente		Dependiente			
Alimentación	Independiente		X	Semidependiente		Dependiente			
Otro ¿Cuál?				Independiente		Semidependiente		Dependiente	
Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad					SI	X	Observaciones		

VALORACIÓN DE LA CIF

(Realizar la descripción técnica, de acuerdo con las características evidenciadas, tomando como referencia los dominios de cada componente contenidos en el instructivo ubicado al final del formato)

	1	- COXARTROSIS bilateral - Otras bursitis de la cadera - Osteocondroplasia de cadera - retinopatía miopica
	2	b248.2 Funciones sensoriales y de dolor b710.2 Funciones relacionados con la movilidad de las articulaciones b720.3 Funciones relacionados con la movilidad de los huesos
3	d220.3 llevar a cabo múltiples tareas d430.3 levantar y llevar objetos	b210.2 Funciones visuales s210.2 Estructura de la órbita ocular s230.2 Estructuras periféricas oculares s770.2 Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionados con el movimiento



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL,
GESTIÓN TERRITORIAL Y
TRANSECTORIALIDAD
PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD
DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

Elaborado por:
Revisado por:
Aprobado por:



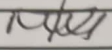
4	<p>d415-2 mantener la posición del cuerpo</p> <p>d460-2 Desplazarse por distintos lugares durante mucho tiempo</p> <p>d640-2 Realizar los quehaceres de la casa</p>
5	<p>(Incluir barreras y facilitadores)</p> <p>Barreras =</p> <ul style="list-style-type: none"> -movilidad Generalizada -Dificultad para realizar labores del hogar
6	<p>(Incluir barreras y facilitadores)</p> <p>Facilitadores =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibe la canasta - Recibe bono de adulto mayor - Recibe apoyo socioemocional de la familia

3. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN CLÍNICA, SOCIAL Y DE CONDICIONES DE VIDA (justificación para la prescripción y proceso de aprobación de los Dispositivos de Asistencia Personal, solicitados para el candidato): Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.

Usuaria de 60 años con diagnósticos médicos anteriormente mencionados, es independiente para realizar actividades de la vida diaria sin embargo se le dificulta realizar quehaceres del hogar ya que por la baja visión no los puede ejecutar con agilidad previniendo accidentes y por la atrofia de cadera no puede realizar flexión de columna y cadera agacharse a recoger diferentes objetos o permanecer mucho tiempo en una misma posición al estar acostada ya sea decubito supino o lateral aumentando la sintomatología dolorosa alterando la movilidad articular y el desempeño muscular.

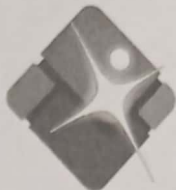
4. ASESORÍA Y CANALIZACIÓN: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.						SI	NO
Se brinda información para el proceso de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RCLCPD.						X	
Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad						X	
Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad						X	
Se realiza proceso de canalización	SI	Intersectorial	Intrasectorial	Intrainstitucional	Interinstitucional	NO	
				X	X		
Si su respuesta fue si, debe diligenciar el formato relacionado con canalización y anexarlo.							

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por:	
			Revisado por:	
			Aprobado por:	

Nombre del Candidato(a)	MYRIAM HERRERA	Firma		Tipo y No. de ID	CC 39796103	Huella Digital del Candidato 
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	NATALIA SANABRIA	Firma	NATALIA S.M	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	NATALIA SANABRIA	Firma	NATALIA S.M	Tipo y No. de ID	CC 1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL VISUALES

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Myriam						Segundo Nombre							
Primer Apellido	Herrera						Segundo Apellido	Gumbá						
Tipo de Identificación	RC	TI	☒	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	39796103					
Datos oftalmológicos	retinopatía miopica						Condición Visual	Baja	☒	Ceguera	☐	Sordo-ceguera	☐	Otras condiciones de salud
Fecha de Visita	23	07	24	DD MM AA			Ocupación o dedicación de la PcD	Trabajadora independiente						

2. PROCESO DE REHABILITACIÓN

¿Ha tenido proceso de rehabilitación en orientación y movilidad?	SI	☒	¿En cuál institución?			
¿Maneja técnica de uso de Bastón?	SI	☒	¿Maneja técnica de Locomoción independiente?	SI	☐	NO
¿Cuenta con prescripción de especialista?	SI	☒	¿Percibe en espacio abierto desniveles como andenes y escalera?	☒	☐	NO
¿Percibe en espacio abierto declives o rampas?	☒	NO	¿Requiere algún tipo de entrenamiento?	SI	☒	¿Cuál?

3. PRESCRIPCIÓN DEL BASTÓN

Medida del Bastón según la estatura (cm)			Tipo de punta	Rodachina	☐	Puntera	☐	¿Lleva dragonera?	SI	☐	NO
¿Requiere repuestos?	SI	☐	Observaciones adicionales								

4. DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS QUE COMPONEN EL KIT VISUAL: Marque con una X

Nombre del Dispositivo							
Bastón guía con puntera	SI	Grabadora digital	SI	Filtros	SI	Pelador de papa	SI
Bastón guía con rodachina	SI	Telescopio manual	SI	Abaco cerrado	SI	Abre frascos	SI
Guía de escritura	SI	Atril	SI	Agenda digital	SI	Recordatorio parlante	SI
Guía de firma	SI	Metro braille	SI	Medidor de aceite	SI	Juego de ayudas didácticas	SI
Reloj parlante	SI	Pizarras braille	SI	Medidor de líquidos	SI	Tablet	SI
Reloj braille	SI	Calculadora parlante	SI	Llavero parlante	SI	Báscula para peso corporal parlante	SI
Despertador parlante	SI	Termómetro parlante	SI	Encendedor	SI	Juego de ayudas didácticas	SI
Cuadernos braille	SI	Punzón	SI	Cortador o picador de alimentos	SI		
Regleta metálica	SI	Enhebrador	SI	Balanza de cocina parlante	SI		
Otros ¿Cuáles?	Tensiometro parlante						
¿Los elementos tecnológicos cuentan con prescripción especializada?	SI	☒	Observaciones adicionales	Usaria con diagnostico de baja vision que limita la realizacion de las actividades de la vida diaria			

5. COMPROMISOS DE LA PCD Y SU FAMILIA

¿La PcD debe asistir a entrenamiento de los elementos y al programa de orientación y movilidad?	SI	☐	NO	¿En dónde?			
Nombre del Candidato	Miriam Herrera		Firma	[Firma]		Tipo y No. de ID	39796103
Nombre del Cuidador			Firma			Tipo y No. de ID	
Nombre del Terapeuta/ Gestor Com.	Natalia Sanabria		Firma	Natalia Sm		Tipo y No. de ID	1022346944

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO		Elaborado por:		
			Revisado por:		
			Aprobado por:		

**FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL -
PARA LA TERAPIA, ENTRENAMIENTO, CUIDADO Y LA PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9**

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	MNnam	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Herrero	Segundo Apellido	Gumbau
Tipo de identificación	RC TI ☒ CE PEP Otro	No. de ID	34796103
Fecha de visita	23 03 24	Peso del candidato	Kg
		Presenta úlcera o escara	SI ☒

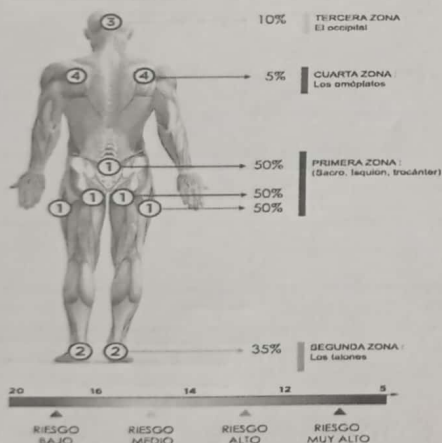
2. ÚLCERA O ESCARA (Si la respuesta es NO, pasar al numeral 3)

Presenta úlcera o escara	SI ☒	Origen	Por presión Venosa Arterial Mida Diabética Isquémica Otro
Localización	a. b. c.	Grado	1 2 3 4
Ha recibido algún tipo de cuidado por la úlcera o escara	SI ☒	¿Cuál?	

2.1 CALIFICACIÓN POR LOCALIZACIÓN: Señale con una x o círculo, en la gráfica, la zona afectada y el riesgo según escala. En la tabla, marque con una X en cada columna, según corresponda (ver instructivo).

ESCALA DE NORTON

Zonas con riesgo de Escaras



ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTAJE
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante	Total 4
Mediano	Apático	Disminuida	3	Camina con ayuda	Ocasional
Regular	Confuso	Muy Limitada	Sentado	Urinaria o fecal	
Muy Malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	

TOTAL

19
Puntaje en la escala de Norton

Riesgo Bajo
Nivel de Riesgo

3. PRESCRIPCIÓN DE COJINES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo		Posición en la que permanece	¿Cuál?	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI ☐ NO ☐
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras Cojín de Posición manual Rín de cojín	¿Cuál?		Perfil del Dispositivo	Alto Medio Bajo
Componente del dispositivo	Gel/Silicona Espuma Aire Otro	¿Cuál?		Dimensiones del dispositivo (CM O PULG, especificar unidad de medida)	Alto Profundidad Ancho
Se prescribe cojín para silla de ruedas	SI ☐ NO ☐	Dimensiones del asiento de la silla de ruedas (CM O PULG, especificar unidad de medida)		Alto de espalda Profundidad Ancho	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL EN SALUD FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por:	
		Revisado por:	
		Aprobado por:	

4. PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo	14 horas	Posición en la que permanece	de-cubito izquierdo	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	★
Tipo de dispositivo requerido	Colchón ortopédico		doble	Dimensiones del dispositivo (cm)	190	140 20
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA			CAMA SOBRE MEDIDA		
Componente del dispositivo	Estéreo	Orto		Dimensiones de la cama (cm)	Largo	Ancho Alto

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido						
Dimensiones del baño (cm)	Ancho	Largo	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del beneficiario y dimensiones del espacio)		Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	SI NO
Dimensiones de la ducha (cm)	Ancho	Largo			Zona principal donde realiza actividades de higiene	
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	Ancho				Esta zona cuenta con espacio suficiente para el dispositivo	SI NO
Observaciones						

6. CALZADO PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN

Características del calzado	Pie Diabético	Protección	Anticipo	¿Cuenta con prescripción médica?	SI	NO
Tipo de calzado	Sabio	Remo	Punter	Sandalias	otro	
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional				

7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Silicona	Gel	Carbón	Orto	¿Cuenta?	Talla	Realce	SI	NO
¿Cuenta con prescripción médica?	SI								
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional							

8. PRESCRIPCIÓN MEDIAS DE COMPRESIÓN

Nivel de compresión	Baja	Media	Alta	Talla	Color
Tipo	Plantar	Plantar Media	Almuerzo	Alta	
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))					

Observaciones del Profesional: Usuaria con diagnóstico anteriormente mencionado requiere colchón ortopédico doble promoviendo una postura adecuada para dormir ya que la colchoneta la cae y le genera molestias quedan en una posición optima reduciendo dolores y molestias

Nombre del Candidato(a)	Mynum Herrero	Firma		Tipo y No. de ID	39746103	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	1022393944	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador(a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	1022393944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	