REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.022.962.679**

BAQUERO CHAVARRO

APELLIDOS

LISED DAYANA

NOMBRES

Lise DAYANA

FIRMA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-2008

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

24-AGO-2026 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

04-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

PULGAR DERECHO

P-1500150-00881421-F-1022962679-20170208 0053509984A 1 5021662902

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.985.281**

CHAVARRO TORRES

APELLIDOS

YERALDIN

NOMBRES



Yeraldin Chavarro.

FIRMA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **05-AGO-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-FEB-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00758568-F-1022985281-20151027 0047174234H 1 40141550

Powered by CamScanner

Enel

PARA PAGO Y CONSULTAS TU NÚMERO DE CLIENTE ES

7715228-6

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

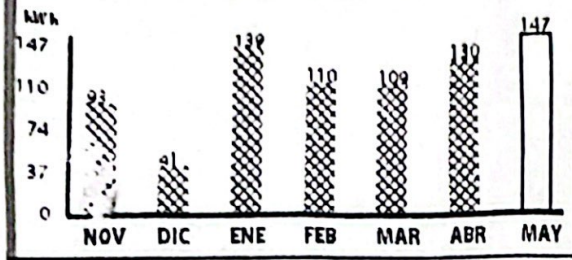
Factura de servicios públicos
No. 140097883-8

CLIENTE
YERALDIN CHAVARRO TORRES CHAVARRO TORRES
VEREDA SANTO DOMINGO
EXTERNO-SANTO DOMINGO-BOGOTA, D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15 MAY / 2024

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$99.970	33	INMEDIATO	SUSPENSIÓN

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

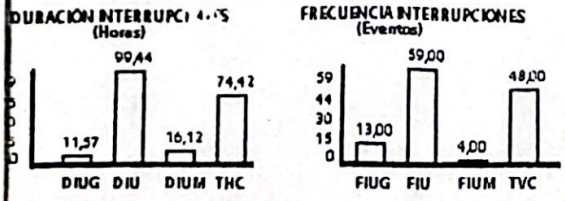


PERIODO FACTURADO 13 ABR / 2024 A 15 MAY / 2024
PRÓXIMA LECTURA: 15 JUN 2024
TIPO LECTURA: Real
ANOMALÍA: Normal
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: (000) 104
CONSUMO PERIODO 147 kWh

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR No	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA CONS.	ENERGÍA FAC.
21506470	EAFP	2252	2105	1	147	147
21506470	ERFP	542	512	1	30	0

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 1764 TR1 GR: 11 HC: 13,45 VC: 0,00 CEC: 111,50 %t: 0,18
PER: 2024/03 DT: 221,24 CF: 109,00 MC: 1 MF: 1
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA:	4530515 48		
RUTA REPARTO:	4000530515 368		
TIPO LIQUIDACIÓN:	Mensual		
SERVICIO-ESTRATO:	RESIDENCIAL - 1		
CIRCUITO-TRAFO:	LU11D17641TR1		
NIVEL DE TENSIÓN:	1	CARGA(KW):	3,00

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: 381.34 T: 54.27 D: 266.13 CV: 107.85
PR: 73.48 R: 7.15 CF: 0,00 CU: 890.22
TARIFA MES: ABR/2024
Valor kWh aplicado: $890.2240
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia(0-130 kwh/mes) es de 59.41%

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 890,224 X 147 (Consumo en kWh) EAFP	$130.863
Valor kVAR 266,1341 X 0 (Consumo en kVAR) ERFP	$0
RESIDENCIAL SUBSIDIO	-$68.754
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$62.109**
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.882 DIARIOS	
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	**$0**
Deuda perl.ant Energía:	$37.860
Ajuste a la decena	$1

Powered by CamScanner

Centro Policlínico del Olaya

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA
NIT - 800149453 - 6
Todo Por La Salud y La Vida
Kr 20 23 23 Sur - 3612888 - Bogotá - Colombia

Consulta Ortopedia y Traumatologia CPO

8902810100 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA

DATOS HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Identificación: TI **Número de Identificación:** 1022962679 **Fecha nacimiento:** 24/08/2008 **Nombre paciente:** LISED DAYANA BAQUERO CHAVARRO **Edad:** 13 Años/8 Meses/24 Días **Género:** Femenino **Estado civil:** Soltero **Ocupación:** No aplica **Dirección:** LOCALIDAD SUMAPAZ VRD SANTO DOMINGO **Teléfono domicilio:** 0 **Nombre cliente - EAPB:** SALUD TOTAL EPS S S A **Nombre convenio:** CONTRIBUTIVO2020

RIPS CONSULTA

Fecha atención: 17/05/2022 14:38 **Fecha registro:** 17/05/2022 14:38 **Número de autorización:** 00500-2218951641 **Causa externa:** Enfermedad General **Finalidad de la consulta:** No Aplica

ANAMNESIS

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta: "VENGO A CONTROL" **Enfermedad Actual:** NIÑA DE 13 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDA POR LA MADRE A CONTROL POR LUXACION DE LA CADERA IZQUIERDA EN 2015 SE REALIZO UN KLISIC, MAS FISIODESIS DE FEMUR Y TIBIA DERECHA POR DISCREPANCIA DEL 2019 CON RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE LA CADERA, ADEMAS DE NECROSIS AVASCULAR DE CADERA IZQUIERDA, ASISTE A CONTROL NIEGA DOLOR, NIEGA COJERA, NIEGA OTROS SINTOMAS. **Revisión Por Sistemas:** .

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza:: . **Cardiorespiratorio:** . **Genitourinario::** . **Gastrointestinal::** . **Psiquiátrico::** . **Piel y Anexos:** . **Neuromuscular::** .

ANTECEDENTES

Patológicos: . **Quirúrgicos:** . **Familiares:** . **Farmacológicos:** . **Tóxicos:** . **Alérgicos:** .

RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

El paciente o su familia conoce los medicamentos.: Toma medicamentos previo al ingreso? casa/servicio: No **Reconciliación de medicamentos:**

VACUNACIÓN COVID 19

¿Recibio inmunización por medio de la vacuna contra el Covid-19?: No **Fecha primera Dosis: Nombre de la vacuna: Fecha segunda Dosis:**

EXAMEN FISICO

EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES Y DATOS CORPORALES

Tensión arterial sistólica: 100 **Tensión arterial diastólica:** 80 **Tensión Media:** 86.67 **Frecuencia cardiaca:** 60 **Frecuencia respiratoria:** 14 **Peso:** 1.00 Kilogramos **Talla:** 1.00 Metros **Indice de masa corporal:** 1.00 **Escala Visual Análoga Para El Dolor (EVA):** 0 **Cabeza y Cuello:** SIN ALNTERACIONES **Neurológico:** SIN ALNTERACIONES **Cardiopulmonar:** SIN ALNTERACIONES **Columna::** Ninguno **Abdomen:** SIN ALNTERACIONES **Extremidades:** HERIDAS SIN ALTERACIONES, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS. DISCREPANCIA DE 3 CM LIMITACION PARA LA ABDUCCION DE LA CADERA IZQUIERDA. LIMITACION PARA LA ROTACION INTERNA **Piel y Faneras:** SIN ALNTERACIONES

PARACLINICOS

Imágenes Diagnósticas: RADIOGAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES. DISCREPANCIA DE MIEMBROS INFERIORES, ACORTAMIENTO DE 3 CMDE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA, MATERIAL DE FISIODESIS DENTRO DE NORMALIDAD, FISIS CERRADA, **Laboratorios:** .-

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICOS

Principal Ingreso: S730 - Luxacion de cadera **Tipo principal.** Impresión Diagnóstica,

DEMANDA INDUCIDA

Se remite a IPS de Primer Nivel de Atención?: No **Programa de Crónicos:** No aplica **Cuales::**

Powered by CamScanner

Centro Policlínico del Olaya

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA
NIT - 800149453 - 6
Todo Por La Salud y La Vida
Kr 20 23 23 Sur - 3612888 - Bogotá - Colombia

Segunda Opinion Por Especialista CPO

8904020000 - INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

DATOS HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Identificación: TI **Número de Identificación:** 1022962679 **Fecha nacimiento:** 24/08/2008 **Edad:** 14 Años/5 Meses/17 Dias **Nombre paciente:** LISED DAYANA BAQUERO CHAVARRO **Género:** Femenino **Ocupación:** No aplica **Estado civil:** Soltero **Dirección:** CL 57 R BIS 77B 03 SUR LOCALIDAD 20 SUMA PAZ **Teléfono domicilio:** 0 **Nombre convenio:** CONTRIBUTIVO 2022 **Nombre cliente - EAPB:** SALUD TOTAL EPS-S S.A

RIPS CONSULTA

Fecha atención: 10/02/2023 08:45 **Fecha registro:** 10/02/2023 08:45 **Ambito de atención:** Hospitalario

SUBJETIVO OBJETIVO Y ANALISIS

SUBJETIVO

Subjetivo: PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS DE:
1. POP RETIRO DE PLACAS DE FISIODESIS DE FÉMUR Y DE TIBIA DERECHOS
2. POP CIRUGÍA MÚLTIPLE DE FÉMUR IZQUIERDO
SUBJETIVO: REFIERE DOLOR MODERADO EN RODILLA IZQUIERDA, ASOCIA HIPEREXTENSION, NO EVIDENCIA DE SANGRADO POR HERIDAS NI EN VENDAJES. TOLERA VIA ORAL, NO EMESIS

OBJETIVO

EVOLUCIÓN

SIGNOS VITALES Y DATOS CORPORALES

Tensión arterial sistólica: 90 **Tensión arterial diastólica:** 66 **Tensión Media:** 74.00 **Frecuencia cardiaca:** 68 **Temperatura:** 36.00 **Frecuencia respiratoria:** 19 **SAT O2:** 97 **Escala Visual Análoga Para El Dolor (EVA):** 1 **Peso:** 44.00 Kilogramos **Talla:** 1.53 Metros **Índice de masa corporal:** 18.80 **EXAMEN FISICO:** PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL
MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO SIN MASAS
RUIDOS CARDIORESPIRATORIOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN BLANDO SIN MASAS NI DOLOR
EXTREMIDADES: HERIDA EN CADERA IZQUIERDA CUBIERTA, NO SIGNOS DE INFECCION, MOVILIDAD DE PIERNA CONSERVADA, PULSOS DISTALES PRESENTES, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL, HERIDAS EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CUBIERTAS, NO SANGRADO EN VENDAJES, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL
NEUROLOGICO SIN DEFICIT NI FOCALIZACION
RESTO NORMAL

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Riesgo:: INFECCION DE SITIO OPERATORIO

LABORATORIOS

Laboratorios: FORMULACION **Imagenología:** NO APLICA

ANÁLISIS Y PLAN DE ACCIÓN

Análisis: PACIENTE CON EVOLUCION POST QUIRURGICA SATISFACTORIA, DOLOR CONTROLADO, HERIDAS EN BUEN ESTADO, SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA NI RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SANGRADO POR HERIDAS. SE CONSIDERA EVOLUCION SATISFACTORIA POR LO CUAL SE ORDENA EGRESO. SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, FORMULA MEDICA CON ANALGESIA Y ANTIBIOTICO, INCAPACIDAD MEDICA, CONTROL AMBULATORIO

PLAN DE ESTUDIO Y MANEJO

Comentarios: SE EXPLICA A LA MADRE Y A LA PACIENTE, SE RESUELVEN DUDAS. **Plan de Estudio y Manejo:** EGRESO CON ORDENES AMBULATORIAS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICOS

Principal Ingreso: S730 - Luxacion de cadera **Tipo principal:** Confirmado Repetido, **Detalle Diagnóstico:** POP RETIRO DE PLACAS DE FISIODESIS DE FEMUR Y DE TIBIA DERECHOS
POP CIRUGIA MULPTIPLE DE FEMUR IZQUIERDO 08/02/2023

DESTINO DEL PACIENTE

Powered by CamScanner

del Paciente:: Salida

ORDEN DE CONSULTA:

	Cantidad
10/02/2023 08:55 - ORDEN DE CONSULTA - ORTOPEDIA PEDIÁTRICA - SEBASTIAN ANDRES MOSQUERA CASTILLO	
890381000 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	1

ORDEN DE INCAPACIDAD:

10/02/2023 09:04 - ORDEN DE INCAPACIDAD - ORTOPEDIA PEDIÁTRICA - SEBASTIAN ANDRES MOSQUERA CASTILLO

ORDEN DE INDICACIONES DE MANEJO:

10/02/2023 08:59 - ORDEN DE INDICACIONES DE MANEJO - ORTOPEDIA PEDIÁTRICA - SEBASTIAN ANDRES MOSQUERA CASTILLO

ORDEN DE MEDICAMENTO:

	Cantidad	Días Tratamiento	Via ac
0/02/2023 08:57 - Orden de Medicamentos - ORTOPEDIA PEDIÁTRICA - SEBASTIAN ANDRES MOSQUERA CASTILLO			
01DB01137 CEFALEXINA CAPSULA 500MG	20	5	Oral
101AE01315 IBUPROFENO TABLETA O CAPSULA 400MG	15	5	Oral
102BE01006 ACETAMINOFEN TABLETA 500MG	40	10	Oral

ORDEN DE PROCEDIMIENTO:

	Cantidad
0/02/2023 08:56 - ORDEN DE OTROS PROCEDIMIENTOS - ORTOPEDIA PEDIÁTRICA - SEBASTIAN NDRES MOSQUERA CASTILLO	
788010000 EXTRACCION NO QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACION EXTERNO	1

EBASTIAN ANDRES MOSQUERA CASTILLO CC 1032375243

• de registro: 1032375243

RTOPEDIA PEDIÁTRICA ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

Powered by CamScanner

Consulta Ortopedia y Traumatologia CPO

8902810100 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA

DATOS HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Identificación: TI **Número de Identificación:** 1022962679 **Fecha nacimiento:** 24/08/2008 **Nombre paciente:** LISED DAYANA BAQUERO CHAVARRO **Edad:** 13 Años/8 Meses/24 Dias **Género:** Femenino **Estado civil:** Soltero **Ocupación:** No aplica **Dirección:** LOCALIDAD SUMAPAZ VRD SANTO DOMINGO **Teléfono domicilio:** 0 **Nombre cliente - EAPB:** SALUD TOTAL EPS-S S.A **Nombre convenio:** CONTRIBUTIVO2020

RIPS CONSULTA

Fecha atención: 17/05/2022 14:38 **Fecha registro:** 17/05/2022 14:38 **Número de autorización:** 00500-2218951641 **Causa externa:** Enfermedad General **Finalidad de la consulta:** No Aplica

ANAMNESIS

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta: "VENGO A CONTROL" **Enfermedad Actual:** NIÑA DE 13 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDA POR LA MADRE A CONTROL POR LUXACION DE LA CADERA IZQUIERDA EN 2015 SE REALIZO UN KLISIC, MAS FISIODESIS DE FEMUR Y TIBIA DERECHA POR DISCREPANCIA DEL 2019 CON RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE LA CADERA, ADEMAS DE NECROSIS AVASCULAR DE CADERA IZQUIERDA, ASISTE A CONTROL NIEGA DOLOR, NIEGA COJERA, NIEGA OTROS SINTOMAS. **Revisión Por Sistemas:** .

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza:: . **Cardiorespiratorio:** . **Genitourinario::** . **Gastrointestinal::** . **Psiquiátrico::** . **Piel y Anexos:** . **Neuromuscular::** .

ANTECEDENTES

Patológicos: . **Quirúrgicos:** . **Familiares:** . **Farmacológicos.:** . **Tóxicos:** . **Alérgicos:** .

RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

El paciente o su familia conoce los medicamentos.: **Toma medicamentos previo al ingreso? casa/servicio:** No **Reconciliación de medicamentos:** .

VACUNACIÓN COVID 19

¿Recibio inmunización por medio de la vacuna contra el Covid-19?: No **Fecha primera Dosis:** **Nombre de la vacuna:** **Fecha segunda Dosis:**

EXAMEN FISICO

EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES Y DATOS CORPORALES

Tensión arterial sistólica: 100 **Tensión arterial diastólica:** 80 **Tensión Media:** 86.67 **Frecuencia cardiaca:** 60 **Frecuencia respiratoria:** 14 **Peso:** 1.00 Kilogramos **Talla:** 1.00 Metros **Indice de masa corporal:** 1.00 **Escala Visual Análoga Para El Dolor (EVA):** 0 **Cabeza y Cuello:** SIN ALNTERACIONES **Neurológico:** SIN ALNTERACIONES **Cardiopulmonar:** SIN ALNTERACIONES **Columna::** Ninguno **Abdomen:** SIN ALNTERACIONES **Extremidades:** HERIDAS SIN ALTERACIONES, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS.
DISCREPANCIA DE 3 CM
LIMITACION PARA LA ABDUCCION DE LA CADERA IZQUIERDA, LIMITACION PARA LA ROTACION INTERNA **Piel y Faneras:** SIN ALNTERACIONES

PARACLINICOS

Imágenes Diagnósticas: RADIOGAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES: DISCREPANCIA DE MIEMBROS INFERIORES, ACORTAMIENTO DE 3 CMDE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA, MATERIAL DE FISIODESIS DENTRO DE NORMALIDAD, FISIS CERRADA, **Laboratorios:** .-

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICOS

Principal Ingreso: S730 - Luxacion de cadera **Tipo principal:** Impresión Diagnóstica,

DEMANDA INDUCIDA

Se remite a IPS de Primer Nivel de Atención?: No **Programa de Crónicos:** No aplica **Cuales::**

Powered by CamScanner

Riesgos Transversales en consulta: No Aplica

PLAN DE ESTUDIO Y MANEJO

Comentarios: AHORA PACIENTE CON EXAMEN FISICO DESCRITO AHORA CON DISCREPANCIA DE EXTREMIDADES FISIS CERRADAS, CON INDICACION DE REALIZACION DE RETIRO DE PLACAS DE FISIODESIS DE FEMUR Y DE TIBIA, ADEMAS SE REVISA CADERA IZQUIERDA DONDE SE INDICA NECESIDAD DE CIRUGIA MULPTIPLE DE FEMUR, CON FIJACION INTERNA PARA MEJORIA DE LA DISCREPANCIA, SE SOLICITA PROCEDIMIENTO, SE INDICA VALORACION POR ANESTESIOLOGIA, SE LE EXPLICA A LA MADRE REFIERE ETNENDER Y ACEPTAR **Plan de Estudio y Manejo:** CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE DE FEMUR IZQUIERDO: PLACAS BLOQUEADA DE FEMUR PROXIMAL 4.5 CANULADOS DE 4.0 LARGOS, INJERTO CORTICOESPONJOSO.
RETIRO DE MATERAIL IMPLANTADO EN FEMUR Y TIBIA DERECHA + SECUESTRECTOMIA
VALORACION ANESTESIOLOGIA **Educación al paciente y la familia:** SI

DESTINO DEL PACIENTE

Destino del Paciente:: Cirugia

ORDEN DE CONSULTA:	**Cantidad**
17/05/2022 15:04 - ORDEN DE CONSULTA - ORTOPEDIA PEDIÁTRICA - SEBASTIAN ANDRES MOSQUERA CASTILLO	
8902260300 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	1
ORDEN DE PROCEDIMIENTO QUIRÙRGICO:	**Cantidad**
17/05/2022 14:57 - ORDEN DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS - ORTOPEDIA PEDIÁTRICA - SEBASTIAN ANDRES MOSQUERA CASTILLO	
8495040000 RECONSTRUCCION MULTIPLE DE FEMUR POR MALFORMACION CONGENITA CON FIJACION INTERNA (INTERVENCION DE PARTES BLANDAS, OSEAS O ARTICULARES)	1
17/05/2022 15:00 - ORDEN DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS - ORTOPEDIA PEDIÁTRICA - SEBASTIAN ANDRES MOSQUERA CASTILLO	
7705010000 SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA	1
7707010000 SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE	1
7865010000 EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR	1
7867010000 EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONE	1

SEBASTIAN ANDRES MOSQUERA CASTILLO CC 1032375243
N° de registro: 1032375243

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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 Basica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1022962679
NOMBRES	LISED DAYANA
APELLIDOS	BAQUERO CHAVARRO
FECHA DE NACIMIENTO	**-**-**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/03/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 06/19/2024 15:39:17 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

Powered by CamScanner

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	Lised	Segundo Nombre	Daviana
Primer Apellido	Baquero	Segundo Apellido	Chavarro
Tipo de Identificación	RC: X; CC; CE; PEP; Otro; ¿Cuál?	No. de ID	1022962679
Nacionalidad	colombiana		
Fecha de Nacimiento	DD: 24; MM: 08; AA: 2008	Edad	15
Sexo	H: X; I/N	Género	X; M; TR; Otro; ¿Cuál?
Nombre Identitario	———	Orientación Sexual	HE; HO; BI; NS/NR; 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. Ninguna de las anteriores: X; 9. Persona de [illegible]; 10. Ninguno		
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1.Afrodescendiente; 2.Negro/a; 3. Palenquero; 4. Raizal; 5.Indígena; Indique nombre de Pueblo Indígena; 6.Rom o gitano/a; 7. Ninguno: X		
Localidad	Código: 20; Nombre: Sumapaz	Barrio	Vereda Junto Domingo
UPZ	———		
Dirección	rural vereda Junto Domingo	Estrato	
Descripción de la ocupación	Estudiante	Teléfonos	3203223012
Tipo de Afiliación a Salud	SB: X; PPNA; EX/ES	EAPB	Salud Total
SISBEN	X; NO	Puntaje del SISBEN	cly
Diagnóstico Médico (CIE10)	M21 Deformidad de cadera	Tipo de Discapacidad	X; A; V; S/C; CG; PMT; MP
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	DAP - AT 1: colchón ortopedico sencillo; DAP - AT 2: cojin abductor; DAP - AT 3:	Cuenta con Cuidador(a)	X; NO
Nombre de Cuidador (a)	Yeraldine Chavarro	Parentesco	mamá
Datos del cuidador	Teléfono: 3203223012; Dirección: vereda Junto Domingo	Vive con la persona con discapacidad	X; NO
Otro contacto	Teléfono: ———	Dirección: ———	Parentesco: ———
El solicitante es	Nuevo candidato: X; Beneficiario de vigencia anterior	Vigencias en las que ha sido beneficiario	Fecha de Solicitud: DD; MM; AA
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.	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		

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, _____, identificado(a) con _____ número _____, 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, Yeraldine Chavarro, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1022962781, 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.

Powered by CamScanner

Nombre del Candidato(a)	Lised Bolaño	Firma	No firmo	Tipo y No. de ID	TI 1022962674	Huella Digital del Candidato	
Nombre del Cuidador(a)	Yeraldine Chavarro	Firma	Yeraldin Chavarro	Tipo y No. de ID	CC 1022985281		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S:m	Tipo y No. de ID	CC 1022343944		
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	X		
2. cojin abductor	X		
3.			

Observaciones: Se realiza aprobación de colchón ortopedico y cojin abductor ya que se encuentran de acuerdo las partes del comite.

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 1022343944	
	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

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARIA 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	Lised						Segundo Nombre	Dayana			
Primer Apellido	Baguero						Segundo Apellido	Chavarro			
Tipo de Identificación	RC	X	CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1022962679		
Fecha de Visita	22 DD	05 MM	24 AA								

2. CONDICIONES DEL USUARIO

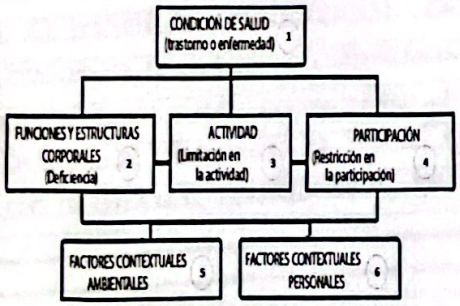
Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha extrema)	2. Dificultad Moderada (Media regular)	1. Dificultad Ligera (Poca escasa)	0. No hay Dificultad (Ninguna Insignificante
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	Intermitente	Limitado	Extenso	Generalizado	

Autocuidado			
Higiene	Independiente X	Semidependiente	Dependiente
Vestido	Independiente X	Semidependiente	Dependiente
Alimentaciòn	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	Observaciones
	X	

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	- Deformidad congenita de cadera - luxación de cadera - cirugia multiple de femur y tibia
2	b280.3 Dolor o sensación de dolor (en columna, cadera y miembros inferiores) b710.3 funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones b720.3 Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos b730.3 Funciones relacionadas con la fuerza muscular s750.3 Estructura de la extremidad inferior
3	d450.2 Andar (por periodos prolongados) d460.2 Desplazarse por distintos lugares

Powered by CamScanner

4	d410-2 Cambiar las posturas corporales básicas (posiciones como arrodillado o cuclillas) d435-2 mover objetos con las extremidades inferiores (aumenta el dolor) d480-2 montar animales como medio de transporte
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras = - Desplazamiento a otros medios - Realizar deportes donde tenga que movilizar los miembros inferiores por tiempos prolongados
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores: - Se encuentra escolarizada en 6to grado del campo Juan de la Cruz Varela - Recibe apoyo socioeconomico de la familia

3. ANÁLISIS 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.

Usuaria de 15 años con diagnosticos medicos mencionados anteriormente el cual depende para realizar actividades de la vida diaria, segun escala de EVA presenta un dolor 6/10 en cadera y miembros inferiores al permanecer por periodos prolongados en posicion bipedo y 8/10 a nivel dorsal, lumbar y sacra cuando se encuentra en posicion decubito supino o lateral (acostada) debido a los antecedentes osteomuxulares el disbalance muscular, alteraciones posturales y disminucion de rangos de movimientos en miembros inferiores por multiples procedimientos quirurgicos de femur y tibia generando dificultad para cambiar o realizar posturas corporales basicas en el hogar y en la escuela

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.

Powered by CamScanner

Nombre del Candidato(a)	Lised Baquero	Firma	NO Firma	Tipo y No. de ID	TI	1022962679	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Yeraldine Chavarro	Firma	Yeraldin Chavarro	Tipo y No. de ID	CC	1022985281	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sarabia	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 Sarabia	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

Powered by CamScanner

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	Used						Segundo Nombre	Dayana	
Primer Apellido	Baquero						Segundo Apellido	Chavarro	
Tipo de Identificación	RC	X	CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1022962679
Fecha de Visita	22 (DD)	05 (MM)	24 (AA)						

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	X	cojin abductor	1
Mesa de escotadura	SI	———	———
Dispositivos de transferencia o trasbordo (tablas, tapetes, hamacas, sábanas, escaleras y cinturones de traslado)	SI	———	———
Otros ¿Cuáles?	SI	———	———

Observaciones del Profesional: Usuaria de 15 años con diagnosticos medicos anteriormente mencionados requiere cojin abductor evitando que la cadera que hay dentro ocasionando dolor a la usuaria y prevenir de formaciones crea mantenerlo la cadera biomecanicamente alineada mientras esta en posicion decubito supino o lateral

Nombre del Candidato(a)	Used Baquero	Firma	No firma	Tipo y No. de ID	TI 1022962679	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Yeraldine Chavarro	Firma	Yeraldine Chavarro	Tipo y No. de ID	CC 1022985281	
Nombre del Terapeuta	Natalia sanabria	Firma	Natalia s.m	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	

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

Powered by CamScanner

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 PROTECCIÒN PERSONAL-CLASES 3 Y 9

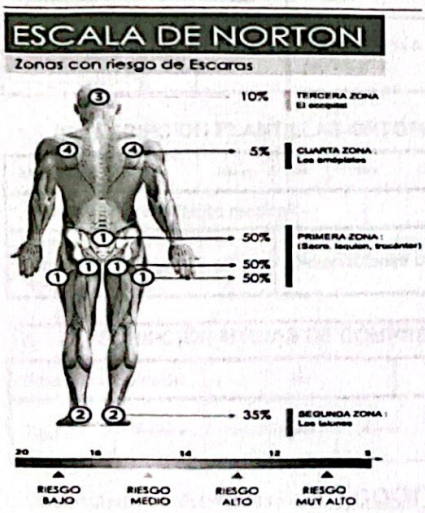
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Lised						Segundo Nombre	Dayana					
Primer Apellido	Barbuero						Segundo Apellido	Chavarro					
Tipo de Identificación	RC	X	CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	1022962679			
Fecha de visita	22 DD	05 MM	24 AA	Peso del candidato			55 Kg		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	Venosa	Arterial	Mixta	Diabética	Iatrogénica	Otro	¿Cuál?				
Localización	a.									Grado	a.	1	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	X	¿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).



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		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 Posicionamiento	Rin de cama	Otro	¿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 espaldar	Profundidad	Ancho

Powered by CamScanner

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	decubito supino ¿Cual? lateral	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		SI	X
Tipo de dispositivo requerido	Colchón antiescaras	X	colchon ortopedico ¿Cual? sencillo		Dimensiones del dispositivo (CM)	190 Largo	104 Ancho	Alto
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA			CAMA SOBRE MEDIDA				
Componente del dispositivo	Espuma	Otro ¿Cual?			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	Ortopédico	Antítico	¿Cuenta con prescripción médica?				SI	NO	
Tipo de calzado	Botas	Tenis	Formal	Sandalia s	otro	¿Cual?	Talla		Color	
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional								

7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Silicona	Gel	Cuero	Otro ¿Cual?		Talla		Realce	SI / NO
¿Cuenta con prescripción mèdica?				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	Pantimedia	Pantimedia Materna	Al muslo	A la rodilla	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))			

Observaciones del Profesional: Usuaria de 15 años con diagnosticos medicos mencionados anteriormente requiere colchon ortopedico reduciendo el dolor que cursa la usuaria, evitando deformidades oseas, favoreciendo los procesos post quirurgicos contribuyendo a mejorar su calidad de vida

Nombre del Candidato(a)	Lised Baquero	Firma	NO firma	Tipo y No. de ID TI	1022962679	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Yeraldine Chavarro	Firma	Yeraldine Chavarro	Tipo y No. de ID CC	1022981281	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	NataliaSM	Tipo y No. de ID CC	1022393944	

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	

Powered by CamScanner

LISED DAYANA BAQUERO CHAVARRO

USUARIA DE 15 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DE DEFORMIDAD CONGENITA DE CADERA, LUXACIÓN DE CADERA, CIRUGÍA MULTIPLE DE FEMUR Y TIBIA, VIVE CON SUS PADRES Y ESTUDIA EN COLEGIO GIMNASIO DEL CAMPO JUAN DE LA CRUZ VARELA ES INDEPENDIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, SEGÚN ESCALA DE EVA PRESENTA UN DOLOR 6/10 EN CADERA Y MIEMBROS INFERIORES AL PERMANECER POR PERÍODOS PROLONGADOS EN POSICIÓN BÍPEDA Y 8/10 A NIVEL DORSAL, LUMBAR Y SACRA CUANDO SE ENCUENTRA EN POSICIÓN DECÚBITO SUPINO O LATERAL DEBIDO A LOS ANTECEDENTES OSTEOMUSCULARES, EL DISBALANCE MUSCULAR, ALTERACIONES POSTURALES Y DISMINUCIÓN EN RANGOS DE MOVIMIENTO EN MIEMBROS INFERIORES POR MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE FÉMUR Y TIBIA GENERANDO DIFICULTAD PARA CAMBIAR O REALIZAR POSTURAS CORPORALES BÁSICAS EN EL HOGAR Y EL COLEGIO.

REQUIERE COLCHÓN ORTOPÉDICO SENCILLO Y COJIN ABDUCTOR EVITANDO DEFORMIDADES OSEAS Y FAVORECIENDO LOS PROCESOS POST QUIRÚRGICOS.





Powered by CamScanner