REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.075.881

HURTADO PALACIOS

APELLIDOS

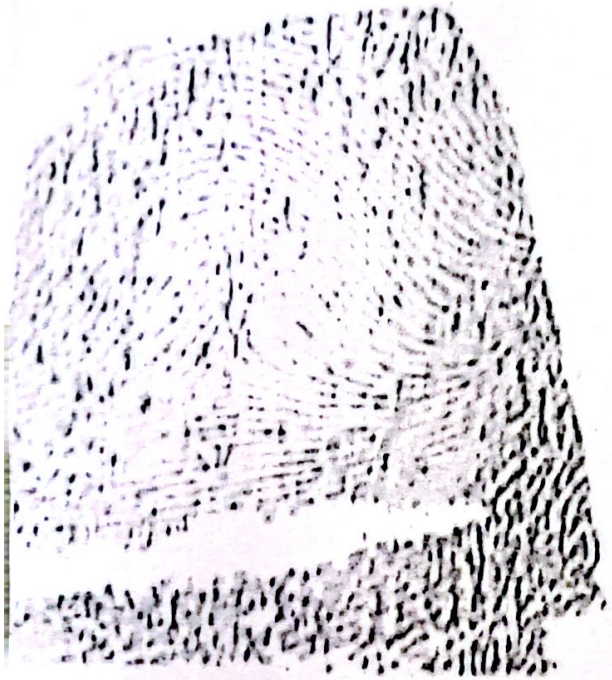
LUCILA

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1962

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

18-SEP-1981 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACION
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500120-47144333-F-0021075881-20060321 01755 06076B 02 203511140

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

JUNTA DE ACCION COMUNAL VERDA LAS VEGAS

PERSONERIA JURIDICA # 002350 DEL 30 DE AGOSTO DE 1985

LOCALIDAD 20 SUMAPAZ

CERTIFICACION DE RESIDENCIA

La junta de acción comunal de esta vereda CERTIFICA QUE; la señora Lucila Hurtado Palacios identificada con numero de cedula numero 21075881 de Bogotá, actualmente tiene su domicilio y residencia permanente en esta vereda desde hace mas de 20 años, por lo cual les agradecemos la colaboración y el apoyo que le puedan brindar, con respecto al proyecto de la alcaldía local de Sumapaz salida del adulto mayor a Santander.

Gracias por la atención a la presente

Atentamente:

Wilian Guevara González

Presidente J.A.C

CEL: 3118848156

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Centro de Atención: TN - HOSPITAL TUNAL **Tipo de HC:** HC022

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 12995372 **Fecha Ingreso:** 28/08/2023 9:02 p. m. **Ingreso Por:** Consulta_Externa **Cama:**
Nº Folio: 97 **Fecha de Folio:** 29/08/2023 10:54 a. m. **Área de Servicio:** CONS NEUROLOGIA Y NEUROPEDIATRIA - TUNAL
Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de la consulta:** No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Doc: Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 21075881 **Nombres:** LUCILA HURTADO PALACIOS
F. Nacimiento: 22/09/1962 **Edad de HC:** 60 Años / 11 Meses / 6 Días **Sexo:** Femenino
Estado Civil: Soltero **Teléfono:** 3007518186 **Ocupación:** Otras Ocupaciones
Dirección: VEREDA VEGAS **Localidad-Barrio:** SAN JUAN - LAS VEGAS

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPSS S A S **Plan:** FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023
Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 **Régimen:** SUBSIDIADO EVENTO

Identificación De Intención Reproductiva

Desea Quedar en Embarazo: NO **Tiempo Estimado para Quedar en Embarazo:**
Metodo Anticonceptivo: NO **Tipo Metodo:**
Larga Duracion: **Definivo:**
Corta Duracion: **Justificacion:** NO APLICA

Acompañante: Jessica, hija **Ocupacion:** Hogar
Teléfono(s): 3007518186
El paciente tiene algún tipo de discapacidad: No **Cúal?:**
Tipo de consulta: Medicina especializada

MOTIVO DE CONSULTA

NEUROLOGIA PRIMERA VEZ

" Por problema de las vistas"

Enfermedad Actual: Cuadro clinico que inicia hace 6 años, con curso progresivo, caracterizado por ptosis palpebral izuqierda, asociado a diplopia vertical, nota que sus sintomas han empeorado con el tiempo.
No hay dolor, tampoco alteración de sensicilidad.
No hay fluctuacion e sintomas durante el día.

Revisión por Sistema: No nuevos

Análisis e Interpretación de apoyo diagnóstico: 25/05/2023 hemograma leucos: 15340 hb: 15.4 htc: 47.7 plt: 429000 VSG: 10 PCR: 0.4 Acido urico: 5.56 Creatinina. 0.5 FR: 3.8

ANTECEDENTES

Transfusionales:	
Tóxicos/ Alérgicos:	cocina con leña/ No alergicos
Farmacológicos:	LOSARTAN 50 MG DIA, OMEPRAZOL 20 MG DIA, ACETAMINOFEN.
Quirúrgicos:	No refiere
Traumáticos:	
Médicos:	HTA, GASTRITIS CRONICA, PTOSIS PALPEBRAL IZQUIERDA
Familiares:	Madre fallecida HTA, cardiopatia.
Medicamentos:	
Inmunológicos:	
Psiquiátricos:	
Ginecobstetricia:	

Profesional CALDERON CASTRO ANDREA DEL PILAR
Registro Profesional 1014212569
Especialidad NEUROLOGIA

Andrea del Pilar Calderón Castro
RM. 1014212569
Neurología Clínica
Universidad Nacional de Colombia

Andrea Calderón

FIRMA Y SELLO

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

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Centro de Atención: TN - HOSPITAL TUNAL Tipo de HC: HC022

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

No Historia Clínica: 21075881 Nombres y Apellidos: LUCILA HURTADO PALACIOS Ingreso: 12995372

Área Servicio: CONS NEUROLOGIA Y NEUROPEDIATRIA - TUNAL

Psicológicos:	
Otros:	

SIGNOS VITALES

T.A: 162 / 93 mmHg Media: 93,00 mmHg F. C.: 60,00 L*m F. R.: 20,00 R*m Temperatura: 64,00 °C

Peso: 62,00 Kg Talla: 165,00 MTS IMC: 22,77 Kg/m2 Estado General: BUENO

EXAMEN FISICO

Cabeza:	NORMAL	
Ojos:	NORMAL	
Oidos:	NORMAL	
Nariz:	NORMAL	
Boca:	NORMAL	
Dentadura:	NORMAL	
Cuello:	NORMAL	
Tórax:	NORMAL	
Casdiovascular:	NORMAL	
Pulmonar:	NORMAL	
Senos:	NORMAL	
Abdomen:	NORMAL	
Genitales	NORMAL	
Neurológico:	NORMAL	Alerta, atento, orientado, repite, nomina, obedece órdenes sencillas, simetría facial, isocoria normorreactiva, exoftalmos ptosis palpebral de predominio izqueirdo, mirada primaria con exotropia bilateral (más evidente al lado izuqierdo), tercero completo izqueirdo, incompleto derecho (respeta infraversión), Hipoestesia en hemicara izqueirda. Sin paralisis facial. Fuerza 5/5 en las 4 extremidades.
Extremidades:	NORMAL	
Mental:	NORMAL	
Piel:	NORMAL	
Osteomuscular:	NORMAL	

ANALISIS

Paciente de 60 años quien cursa cn cuadro de 6 años de curso progresivo, ptosis y oftalmoparesia inciialmente izuqierda, actualmente con compromiso bilateral, de predominio bilateral , asociado a hipoestesia en hemicara izuqierda. Dado lo anterior se considera paciente con mononeuropatia craneal multiple, con oftalmoparesia/ plejia) como sintoma predominante, el diagnostico diferencial es amplio, se plantea inciialmente excluir lesion estructural, pro lo que solciito resonacnia de cerebro y orbitas con contraste, se soclitia perfil tiroideo, asi como metabolico.De acuerdo a resutlados se tomaran conductas adicionales.

npresion diangostica
ononeuropatia craneal multiple
II izuqierdo completo
II derecho incompleto
I izuqeirdo

ofesional CALDERON CASTRO ANDREA DEL PILAR
gistro Profesional 1014212569
ecialidad NEUROLOGIA

Andrea del Pilar Calderón Castro
RM. 1014212569
Neurología Clínica
Universidad Nacional de Colombia

FIRMA Y SELLO

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

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Centro de Atención: TN - HOSPITAL TUNAL **Tipo de HC:** HC022

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

No Historia Clínica: 21075881 **Nombres y Apellidos:** LUCILA HURTADO PALACIOS **Ingreso:** 12995372

Área Servicio: CONS NEUROLOGIA Y NEUROPEDIATRIA - TUNAL

PLAN DE MANEJO

SS: Resoancnia de cerebro y orbitas con contraste
SS: laboratorios
COntro lco nresultados.

IMPRESION DIAGNOSTICA

Código	Descripción	Dx Principal
H493	OFTALMOPLEJIA TOTAL (EXTERNA)	Ppal ☑

Profesional CALDERON CASTRO ANDREA DEL PILAR
Registro Profesional 1014212569
Especialidad NEUROLOGIA

Andrea del Pilar Calderón Castro
RM 1014212569
Neurología Clínica
Universidad Nacional de Colombia

Andrea Calderón

FIRMA Y SELLO

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

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
NIT: 900958564

NOTA CLÍNICA

Centro de Atención: HE - HOSPITAL MEISSEN — Tipo de HC: HCOA

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 11601606 — Fecha Ingreso: 14/12/2022 7:06 p. m. — Ingreso Por: Consulta Externa — Cama:
Nº Folio: 80 — Fecha de Folio: 15/12/2022 11:18 a. m. — Área de Servicio: CONS OFTALMOLOGIA - CAPS MEISSEN
Causa Externa: Enfermedad General — Finalidad de la consulta: Deteccion Alteracion Agudeza Visual

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Doc: Cédula Ciudadanía — Identificación: 21075891 — Nombres: LUCILA HURTADO PALACIOS
F. Nacimiento: 22/09/1962 — Edad de HC: 60 Años / 2 Meses / 23 Días — Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero — Teléfono: 3007518186 — Ocupación: Otras Ocupaciones
Dirección: BOGOTA — Localidad-Barrio: SAN JUAN - LAS VEGAS

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPS S.A.S — Plan: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023
Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 — Régimen: SUBSIDIADO EVENTO

PROCEDIMIENTO EN PISO

MC : ME TNIAN QUE OPERAR EL PARPADO

EA PACIENTE CON CUADRO DE PTOSIS DE PARPADO SUPERIOR IZQUIERDO OJO OCN MALA AV USA RX

AV NO HAY OPTOTIPOS

BIO DERMATOCHLASIS PTOSIS PS IZQUIERDO EXOTROPIA IZQUIERDO OD LIMITACION PARA LA ABDUCCION CONJUNTIVA HIPERMEICA CORNEA BIEN CAMARA ANTERIOR MAPLIA PUPLAS BEN CRISTALNO ESCLEROTICO FO DSIO BIEN EXC 0.3 DISMINUCION DE BRILLO FOVEOLAR

IDX PTOSISI P P S IZQUIERDO
EXOTROPIA IZQUIERDA OFTALMOPLEJIA

PALN SE EX PLCIAN HALLAZGOS SE DA ORDEN DE CITA DE OCULOPLASTICA Y ESTRABOLOGIA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción	Principal
H024	BLEFAROPTOSIS	☑
H499	ESTRABISMO PARALITICO, NO ESPECIFICADO	☐

Profesional UMAÑA LIZARAZO RAFAEL GONZALO
Registro Profesional 74280991
Especialidad OFTALMOLOGIA

FIRMA Y SELLO

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 IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	21075881
NOMBRES	LUCILA
APELLIDOS	HURTADO PALACIOS
FECHA DE NACIMIENTO	""/""/""
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	15/04/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 06/19/2024 15:42:02 | **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	Lucila	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Hurtado	Segundo Apellido	Palacios
Tipo de Identificación	RC: ; TI: ; CC: X ; CE: ; PEP: ; Otro: ; ¿Cuál?	No. de ID	21075881 — Nacionalidad: colombiana
Fecha de Nacimiento	DD: 22 ; MM: 09 ; AA: 61	Edad	60
Sexo	H: ; M: X ; I/N:	Género	F: X ; M: ; TR: ; Otro: ; ¿Cuál?
Nombre Identitario	—	Orientación Sexual	H: X ; HO: ; BI: ; HSH/MH: ; Otro: ; ¿Cuál?
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante: ; 2. Persona discapacidad: X ; 3. Víctima del conflicto armado: ; 4.Población LGTBIQ+: ; 5. Excombatiente: ; 6. Persona en condición de calle: ; 7. Inmigrantes: ; 8. Cabeza de familia: ; 9. Persona de sustitución pulsativa: ; 10. Ninguna: —		
¿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 Veguas
UPZ	—		
Dirección	Ruralidad Tote Suspiro	Estrato	
Descripción de la ocupación	Ninguna	Teléfonos	3007518186
Tipo de Afiliación a Salud	X ; C: ; PPNA: ; EX/ES:	EAPB	Capital salud
SISBEN	X ; NO:	Puntaje del SISBEN	A1
Diagnóstico Médico (CIE10)	H493 Oftalmoplejia total	Tipo de Discapacidad	F: ; A: X ; S/C: ; CG: ; P/MT: ; MP:
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	DAP - AT 1: Kit visual (Guia de firma, relojparlante metro braille, despertador pulsante)	DAP - AT 2: —	DAP - AT 3: —
Cuenta con Cuidador(a)	SI: ; NO:		
Nombre de Cuidador (a)	Tensiometro parlante, cortador alimentos, tablet	Parentesco	—
Datos del cuidador	Teléfono: — ; Dirección: —	Vive con la persona con discapacidad	SI: ; 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: 22 ; MM: 05 ; AA: 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.	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, Lucila Hurtado, identificado(a) con CC número 21075881, 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, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____, 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.

Powered by CamScanner

Nombre del Candidato(a)	Lucila Hurtado	Firma		Tipo y No. de ID	CC	21075881	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID			
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma		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. Kit visual	X		
2.			
3.			

Observaciones: Se realiza presentación de la usuaria al comité y se realiza aprobación de kit visual ya que las partes se encuentran de acuerdo.

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

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

Fuente Bibliografica: 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 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	Lucia						Segundo Nombre			
Primer Apellido	Hurtado						Segundo Apellido	Palacios		
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	21075881	
Fecha de Visita	22 DD	05 MM	24 AA							

2. CONDICIONES DEL USUARIO

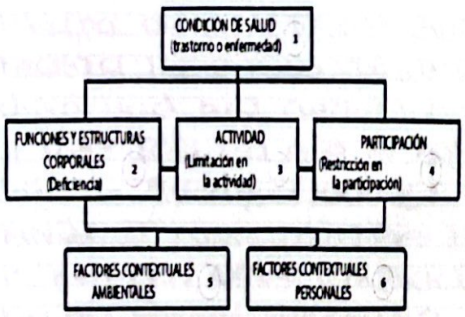
Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha extrema)	2. Dificultad Moderada (Media Regular) X	1. Dificultad Ligera (Poca escasa)	0. No hay Dificultad (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 X	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	NO	

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	- Ptosis palpebral izquierda - Diplopia vertical - Hipertension arterial - oftalmoparesia - mononeuropatia craneal
2	b210.3 funciones visuales b215.3 funciones de las estructuras adyacentes al ojo s210.3 Estructura de la orbita ocular s220.3 Estructura del globo ocular
3	d110.1 mirar (a reaccionar al tiempo varios estimulos visuales) d2202 llevar a cabo multiples tareas d345.2 mensajes escritos

Powered by CamScanner

4	d460-3 Desplazarse por distintos lugares d480-2 montar en animales como medio de transporte d498.2 movilidad
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras= - infraestructura - Desplazamiento a otros lugares - Realizar labores del hogar
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores= - Recibe bono adulto mayor

3. ANÁLISIS DE CORRELACIÒN 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 60 años con diagnosticos medicos anteriormente mencionados realiza las actividades de la vida diaria de forma independiente con dificultad para ciertas labores como micro labores, preparar alimentos y salir sola ya que es cuidadora y vive con su esposo en condición de discapacidad. Es una usuaria a la que se le dificulta llevar a cabo multiples tareas, atender varios estimulos visuales al tiempo, debe ampliar los textos y se le dificulta leer textos que no tengan tipografia adecuada; recibe bono de adulto mayor pero los recursos economicos son escasos ya que su esposo sustentaba el hogar economicamente sin embargo pa la discapacidad que cursa no puede trabajar igual.

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

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)	Lucila Hurtado	Firma	Lucila Hurtado	Tipo y No. de ID	CC	21035881	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

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 PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL VISUALES

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

Primer Nombre	Lucila						Segundo Nombre	—					
Primer Apellido	Huracio						Segundo Apellido	Palacios					
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID					
Datos oftalmológicos	Oftalmoplejia total Diagnóstico Médico						Condición Visual	Baja visión X	Ceguera	Sordo-ceguera	Otras condiciones de salud		
Fecha de Visita	22 DD	05 MM	24 AA	Ocupación o dedicación de la PcD			Ninguna (ama de casa)						

2. PROCESO DE REHABILITACIÓN

¿Ha tenido proceso de rehabilitación en orientación y movilidad?	X	(X)	¿En cuál institución?	Talleres de braille por la subred en salón comunal san juan			
¿Maneja técnica de uso de Bastón?	SI	X	¿Maneja técnica de Locomoción independiente?			X	NO
¿Cuenta con prescripción de especialista?	SI	X	¿Percibe en espacio abierto desniveles como andenes y escalera?			X	NO
¿Percibe en espacio abierto declives o rampas?	X	NO	¿Requiere algún tipo de entrenamiento?	SI	X	¿Cuál?	

3. PRESCRIPCIÓN DEL BASTÓN

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

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	X	Metro braille	X	Medidor de aceite	SI	Juego de ayudas didácticas	SI
Reloj parlante	X	Pizarras braille	SI	Medidor de líquidos	SI	Tablet	(X) No
Reloj braille	SI	Calculadora parlante	X	Llavero parlante	SI	Báscula para peso corporal parlante	SI
Despertador parlante	X	Termómetro parlante	SI	Encendedor	SI	Juego de ayudas didácticas	SI
Cuadernos braille	SI	Punzón	SI	Cortador o picador de alimentos	X		
Regleta metálica	SI	Enhebrador	SI	Balanza de cocina parlante	SI		
Otros ¿Cuáles?	Tensiometro parlante						
¿Los elementos tecnológicos cuentan con prescripción especializada?	SI	X	Observaciones adicionales	Usuario que asiste a talleres de braille requiere kit visual contribuyendo a mejorar su calidad de vida. Taller lo recibió con la subred salón comunal san juan			

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?	
			Fecha	

Nombre del Candidato	Lucila Huracio	Firma	Lucila Huracio	Tipo y No. de ID	CC 21075881	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta/ Gestor Com.	Natalia Fonseca	Firma	Natalia S.M	Tipo y No. de ID	1022343444	

Powered by CamScanner

LUCILA HURTADO PALACIOS

USUARIO DE 60 AÑOS DE EDAD VIVE CON SU ESPOSO PERSONA CON DISCAPACIDAD, CON DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DE PTOSIS PALPEBRAL IZQUIERDA (CAÍDA DEL PÁRPADO), DIPLOPÍA VERTICAL, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OFTALMOPARESIA (MOVIMIENTOS OCULARES ANORMALES) Y MONONEUROPATÍA CRANEAL, REALIZA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE FORMA INDEPENDIENTE CON DIFICULTAD PARA CIERTAS LABORES COMO MIRAR LA HORA, PREPARAR ALIMENTOS Y SALIR SOLA YA QUE ES AUTOCUIDADORA. ES UNA USUARIA A LA QUE SE LE DIFICULTA LLEVAR A CABO MÚLTIPLES TAREAS, APRECIAR VARIOS ESTÍMULOS VISUALES AL TIEMPO Y DIFICULTAD PARA LEER TEXTOS QUE NO TENGAN LA TIPOGRAFÍA ADECUADA; LOS RECURSOS ECONÓMICOS SON ESCASOS YA QUE SU ESPOSO SUSTENTABA EL HOGAR ECONÓMICAMENTE SIN EMBARGO POR LA DISCAPACIDAD QUE CURSA NO PUEDE TRABAJAR IGUAL. REALIZÓ UNO TALLERES DE BRAILLE POR LA SUBRED EN EL SALÓN COMUNAL DE SAN JUAN.

REQUIERE KIT VISUAL (GUIA DE FIRMA, RELOJ PARLANTE, DESPERTADOR PARLANTE, METRO BRAILLE, CALCULADORA PARLANTE, CORTADOR DE ALIMENTOS Y TENSIÓMETRO PARLANTE) FACILITANDO LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.



Powered by CamScanner