REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **174.131**

MARTINEZ HILARION

APELLIDOS

ANSELMO

NOMBRES

Anselmo Martinez

FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-SEP-1958**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-DIC-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00094241-M-0000174131-20081012 0004279775A 1 1390016233

Usuario: 1233190983
Fecha y hora de generación:
Página 1/1
Nombre reporte : INRPRemisionEntrada
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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

Fecha de Registro: 4/12/2023 7:41:26 a. m.
Fecha Actual : viernes, 19 abril 2024

NIT: 900958564

USS: VAN - CENTRO DE SALUD CANDELARIA LA NUEVA C. BOLÍVAR
KR 51 No. 59C-40 SUR

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRIA

Nº Historia Clínica: 174131 **Nº Folio:** 360 **Folio Asociado:** 357 **N° DE ORDEN:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANSELMO MARTINEZ HILARION
Tipo de documento: CédulaCiudadanía **Identificación:** 174131 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 02/09/1958 **Edad Actual:** 65 Años / 7 Meses / 17 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: DG 68B BIS SUR 12-08 **Teléfono:** 3125725228
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** Otras Ocupaciones

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPSS S A S **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 0
Código Plan de Beneficios: FES03414

DATOS DEL INGRESO

Responsable: 0 **Teléfono Resp:** 0
Dirección Resp: 0 **Nº Ingreso:** 13564536 **Fecha:** 02/12/2023
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
ÁREA SERVICIO: X00SS **SELECCIONAR CENTRO DE COSTO**

IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnóstico: F068 OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA

LISTADO DE EXÁMENES

OID DGH	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
50142604	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1	Rutinario

Observación: CITA EN 3 MESES

Total Ítems: 0

Profesional 1018424795 - ROMERO PINZON CAMILO
Registro Profesional 1018424795
Especialidad MEDICINA GENERAL TERRITORIOS

ROMERO PINZON CAMILO

FIRMA Y SELLO

Solicite su cita en la Linea Única Distrital de Citas Medicas 3078181 o Linea gratuita 018000118181

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

NIT: 900958564

Centro de Atención: TNCP - CAPS TUNAL

Tipo de HC: HC022

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

No Historia Clínica: 174131 Nombres y Apellidos: ANSELMO MARTINEZ HILARION Ingreso: 14196888

Área Servicio: CONS NEUROLOGÍA-TUNAL CAPS

Mental:	No Registra
Piel:	No Registra
Osteomuscular:	No Registra

ANALISIS

PACIENTE DE 65 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE TCE SEVERO, CON HEMATOMA SUBDURAL RECIDIVANTE EN EL 202 EXTENSO CON DRENAJE DE HEMATOMA Y CRANIECTOMIA, CON SECUELAS COGNITIVAS DADOS POR DEMENCIA MIXTA Y UNA UNICA CRISIS OCURRIDA EN CONTEXTO DE TCE EN MONOTERAPIA ACTUAL CON LACOSAMIDA SIN RECURRENCIA DE CRISIS DESDE EL 2021 CON EEG NORMAL.
SE CONSIDERA POR EL MOMENTO DESCENSO PROGRESIVO DE LACOSAMIDA A 50 MG CADA 12 HORAS POR PROBABLE CRISIS SINTOCA ASOCIADO A EVENTO TRAUMATICO AGUDO AUNQUE TIENE ESTRUCTURALIDAD, CONTROL EN 6 MESES Y DEBE CONTINUAR SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA, ASCENSO DE DOSIS DE MEMANTINA A 20 MG CADA DIA Y SE ENVIA A TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA.

PLAN DE MANEJO

LACOSAMIDA 50 MG CADA 12 HORAS
MEMANTINA 20 MG CADA DIA
SS REHABILITACION COGNITIVA

IMPRESION DIAGNOSTICA

Código	Descripción	Dx Principal
G401	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)	Ppal ☑

Profesional GONZALEZ CANABAL ANDRES FELIPE
Registro Profesional 1032459319
Especialidad NEUROLOGIA

CC 1.032.459.319.

FIRMA Y SELLO

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

Fecha de Registro: 21/03/2024 10:30:13 a. m.
Fecha Actual : jueves, 21 marzo 2024

NIT: 900958564

USS: TNCP - CAPS TUNAL
CR 20 47B-35 SUR

SOLICITUD DE EXÁMENES

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Nº Historia Clínica: 174131 **Nº Folio:** 367 **Folio Asociado:** 355 **Nº DE ORDEN:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ANSELMO MARTINEZ HILARION
Tipo de documento: CédulaCiudadanía **Identificación:** 174131 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 02/09/1958 **Edad Actual:** 65 Años / 6 Meses / 18 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: DG 68B BIS SUR 12-08 **Teléfono:** 3125725228
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** Otras Ocupaciones

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPSS S A S **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 0
Código Plan de Beneficios: FES03414

DATOS DEL INGRESO

Responsable: -- **Teléfono Resp:** -
Dirección Resp: - **Nº Ingreso:** 14196888 **Fecha:** 20/03/2024
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General
ÁREA SERVICIO: X00SS **SELECCIONAR CENTRO DE COSTO**

IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnóstico: G401 EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)

LISTADO DE EXÁMENES

OID DGH	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
53283261	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1	Rutinario

Observación: CONTROL EN 6 MESES

Total Ítems: 0

Profesional 1032459319 - GONZALEZ CANABAL ANDRES FELIPE
Registro Profesional 1032459319
Especialidad NEUROLOGIA

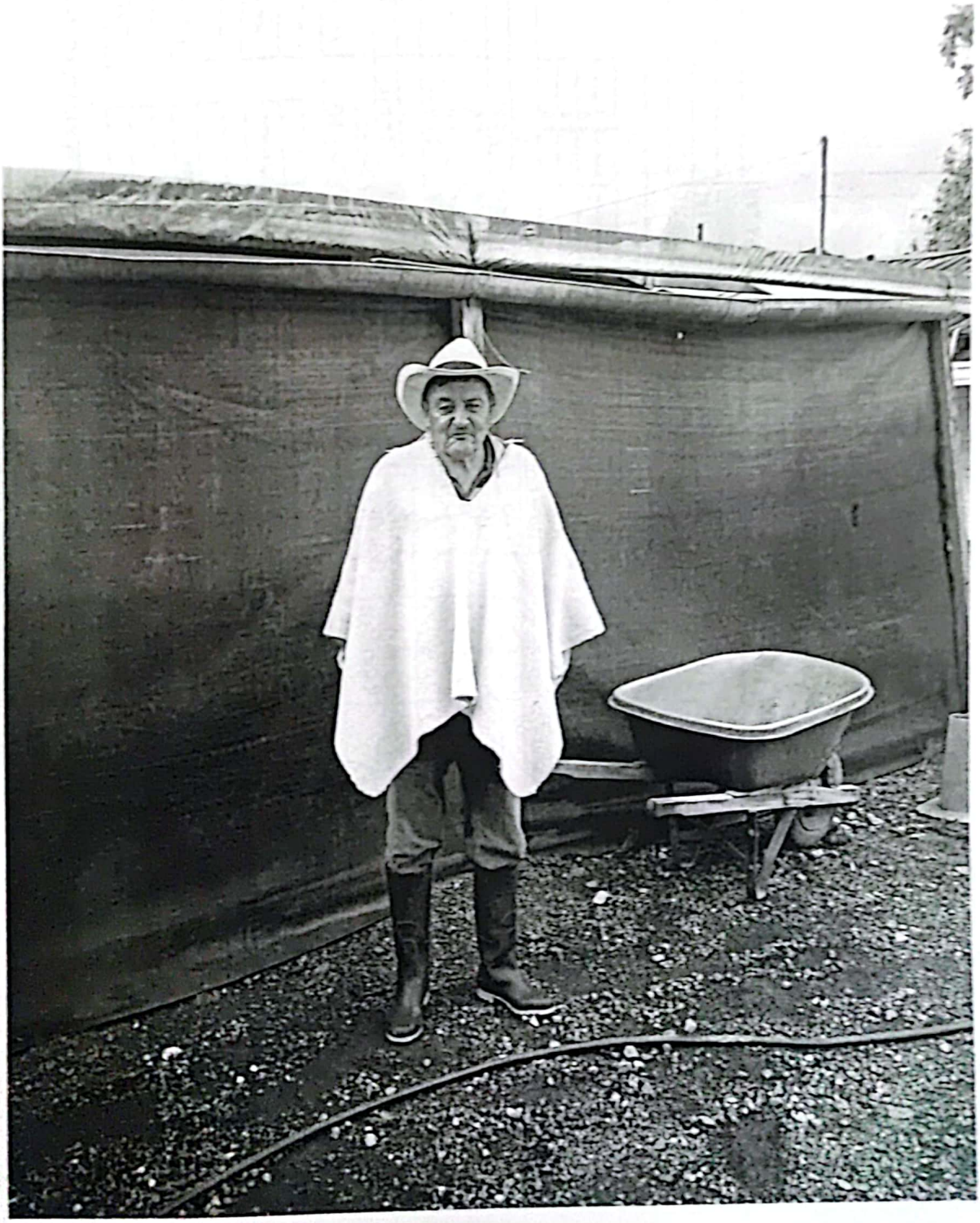
CC 1.032.459.319.
FIRMA Y SELLO

Solicite su cita en la Linea Única Distrital de Citas Medicas 3078181 o Linea gratuita 018000118181

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

Powered by CamScanner

ANSELMO MARTINEZ HILARION, 66 AÑOS, DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA REFRACTARIA.



Powered by CamScanner

Asociación de usuarios del Acueducto Las Ánimas, Las Auras y Nazareth

ASOUAN Nit: 830072977-1

Vigilado: Superservicios

RESOLUCIÓN DIAN N° 18764012871571, 2021-05-03 DEL 9001 AL 12.000

CÓDIGO SUSCRIPTOR	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	ESTRATO	USO	FACTURA DE VENTA
77	ANSELMO MARTINEZ	1	Residencial	N° 10987

DIRECCIÓN	SECTOR	NÚMERO DEL MEDIDOR	LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR
Auras Comoruco	0	52670	848	842

CONSUMO MENSUAL (m3)	CONSUMO ÚLTIMOS 6 MESES						Promedio	BASE PROMEDIO (m3)
6,60	7	5,7	3,1	0	0	0	5,1	

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	SUBTOTAL	(-) SUBSIDIO (+) APORTE		VALOR A PAGAR ($)
Cargo Fijo	1	$ 7.087	$ 7.087	-70%	-$ 4.961	$ 2.126
Cargo Por Consumo	7					$ 2.374
Básico (1 A 11 m3)	7	$ 1.199	$ 7.913	-70%	-$ 5.539	$ 2.374
Complementario (12 a 22 m3)	0	$ 1.199	$ 0	0%	$ 0	$ 0
Suntuario (más de 23 m3)	0	$ 1.199	$ 0	0%	$ 0	$ 0
Beneficio Mínimo Vital	6	$ 1.199	$ 7.194	30%	-$ 2.158	-$ 2.158

OTROS COBROS

Cargo por conexión	$ 0	Cargo por reconexión	$ 0
Cargo por reinstalación	$ 0	Cargo por suspensión	$ 0
Cargo por corte	$ 0	Pago anticipado del servicio	$ 0
Valor de mora	$ 0	Intereses de mora	$ 0
Otros cobros	$ 0		

Tasa de uso	$ 4,59

VALOR DEL SERVICIO DE ACUEDUCTO	$ 4.500
BENEFICIO DEL MÍNIMO VITAL	-$ 2.158
OTROS CARGOS	$ 0
TOTAL A PAGAR	$ 2.342

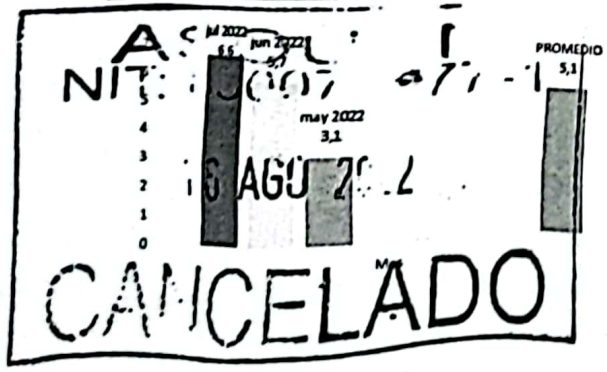
PERIODO DE CONSUMO	
DESDE	HASTA
04-jul-2022	03-ago-2022

DÍAS DE CONSUMO	31

FECHA DE PAGO	
OPORTUNO	SUSPENSIÓN
25-ago-2022	01-sep-2022

Fecha expedición factura: 10 ago 2022

CORREGIDURIA DE NAZARETH
LOCALIDAD
Teléfonos: 9106292 - 9106167
Horario de Atención:
Lunes a Viernes de 5:00 a 7:00 p.m. /
Sábados de 8:00 a.m. a 4:00 p.m
PAGAR EN: Cuenta de Ahorros Banco Davivienda No 477500029913



NIT: 830072977-1

16 AGO 2022

CANCELADO

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANSELMO		MARTINEZ	HILARION

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 174131

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	2022	3	15

2.3 Departamento	2.4 Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	70.83
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	35.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	65.63
GLOBAL	51.08

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d310.3 d598.4

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

capitalsalud
eps-s

ANSELMO MARTINEZ HILARION
CC 174131 Sexo: M Fecha Nac.:02/09/1958
Doc Cabeza Familia:CC 174131 Contrato No . 72515 1001
Fecha de afiliación: 03/06/2015 Valido hasta: indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben:4551297 - 1
BOGOTA BOGOTA-SUMAPAZ Zona:U
Localidad20 Dir.: SUMAPAZ NAZARETH
IPS Medica: HOSPITAL DE NAZARETH PRIMER NI 2956333
IPS Odontologica: HOSPITAL DE NAZARETH PRIMER NI 2956333
marcelam 4404092015O109 34786714

Powered by CamScanner
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	ANSELMO	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MARTINEZ	Segundo Apellido	HILARION
Tipo de Identificación	CC X	No. de ID	1791131 colombiano
Fecha de Nacimiento	02 10 59	Edad 66	Sexo X M Género F X TR Otro ¿Cuál?
Nombre Identitario		Orientación Sexual	X H M T Otro ¿Cuál?
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gitanos X 2. Víctima del conflicto armado 3. Población LGTBIQ+ 4. Excombatiente 5. Persona en condición de calle 6. Inmigrante 7. Cuidador(a) familiar de persona en condición de discapacidad 8. Ninguno		
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1. Afrodescendiente 2. Negro 3. Palenquero 4. Raizal 5. Indígena Indique nombre de Pueblo indígena 6. Rom o gitano X Ninguno		
Localidad	20 SUMAPAZ	Barrio	AURES UPZ 80
Dirección	COMORUCO		Estrato
Descripción de la ocupación	NINGUNA	Teléfonos	3132516005.
Tipo de Afiliación a Salud	X C PPNA EXCE	EAPB	CAPITAL SALUD SISBEN X NO 86 de SISBEN
Diagnóstico Médico (CIE10)	G401 EPILEPSIA	Tipo de Discapacidad	F A V SC CG PNT MP
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	COLCHON ANTIESCARAS, ASIENTO DE DOBLE. DUCHA	DAP - AT ?	Cuenta con Cuidador(a) X NO
Nombre de Cuidador (a)	BLANCA POMERO	Parentesco	ESPOSA
Datos del cuidador	3132516003 COMORUCO	Vive con la persona con discapacidad	X SI NO
Otro contacto	Teléfono — Dirección —	Parentesco	—
El solicitante es	X Cuidador(a) Beneficiario de vigencia anterior ¿Cuál vigencia en la que ha sido beneficiario?	Fecha de Solicitud	23 05 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, _____, 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, BLANCA POMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 53969128 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

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)	ANSELMO MARTINEZ	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID	1721131	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	BLANCA ROMERO	Firma	Blanca Romero	Tipo y No. de ID	35246228	
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	1016088026.	
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 SI	Aprobada NO	Criterios de No Aprobación
1. colchon antiescaras D	X		
2. Asiento ducha	X		
3.			

Observaciones: Se realiza Presentación del usuario y se realiza aprobación de colchon antiescaras doble y asiento de ducha.

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

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S-m	Tipo y CC No. de ID	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. 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	Anselmo						Segundo Nombre				
Primer Apellido	Martinez						Segundo Apellido	Higuera			
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	1724131		
Fecha de Visita	23	05	22								

2. CONDICIONES DEL USUARIO

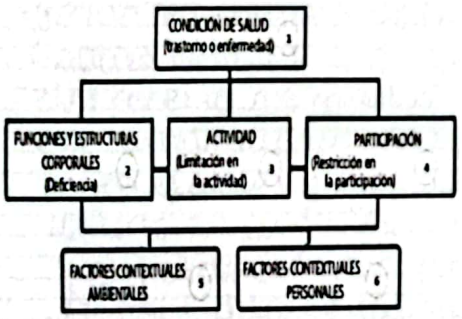
Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha extrema)	2. Dificultad Moderada (Media) X	1. Dificultad Ligera (Poca escasa)	0. No hay Dificultad (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	Semidependiente X	Dependiente
Vestido	Independiente	Semidependiente X	Dependiente
Alimentación	Independiente X	Semidependiente	Dependiente
Otro ¿Cuál?		Independiente	Semidependiente X	Dependiente

Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad	SI X	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)



1	-Epilepsia -traumatismo por caida -transtorno mental especifico debido a lesión y disfunción cerebral o enfermedad física.
2	b139.3 funciones mentales. S110.298 estructuras del cerebro.
3	d1613 centrar la atención d310.3 comunicación y recepción de mensajes.

Powered by CamScanner

4	d598 z1 autocuidado usuario semindependiente. necesita supervisión para comer, bañarse, cepillarse (o) dientes.
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras infraestructura del hogar. acceso a vías principales.
6	(Incluir barreras y facilitadores) facilitadores usuario beneficiario de canasta familiar.

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.

usuario en condición de discapacidad multiple con deficiencias en funciones mentales y de la conciencia con deficiencia en estructura del cerebro con cambios cualitativos en estructura no especificados que limitan su capacidad para toma de desiciones restringiendo su rol en el campo y propio autocuidado.
usuario con caidas frecuentes asociado a perdida de conciencia y control de esfinter por crisis de epilepsia recurrentes causando rigidez durante las mismas y deterioro en condición de salud del usuario causando estancias prolongadas en coma.

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)	Anselmo martinez	Firma	No firma	Tipo y No. de ID	17211131	Huella Digital del Candidato	
Nombre del Cuidador(a)	Blanca Romero	Firma		Tipo y No. de ID	35216228		
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	1016038026		
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID			

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia sanabria	Firma		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. 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

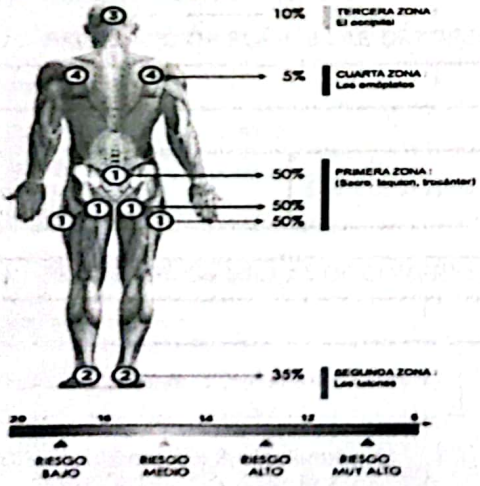
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Anselmo						Segundo Nombre								
Primer Apellido	martinez						Segundo Apellido	Hilarion							
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?					No. de ID	1741131		
Fecha de visita	23	05	24	Peso del candidato			71					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		Alerta		Ambulante	4	Total	4	Ninguna		
Mediano	3	Apático	3	Disminuida		Camina con ayuda		Ocasional	3	
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal		
Muy Malo		Estuporoso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal		

TOTAL	12 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	Kit de codos	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	12	Posición en la que permanece	(Bipedo, supino)	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		SI	NO
Tipo de dispositivo requerido	Otro	Otro	Doble	Dimensiones del dispositivo (CM)	190	1210	15
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA			CAMA SOBRE MEDIDA			
Componente del dispositivo	Espuma X	Otro	¿Cuál?	Dimensiones de la cama (CM)	1.90	1210	100

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido	asiento de ducha					
Dimensiones del baño (cm)	140 160	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	X	NO
Dimensiones de la ducha (cm)	90 120			Zona principal donde realiza actividades de higiene	Baño	
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	60cm			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	Amplio	¿Cuenta con prescripción médica?					SI	NO	
Tipo de calzado	Botas	Tenis	Formal	Sandalia	otro	¿Cuál?		Talla		Color	
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional									

7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Silicona	Gel	Cuero	Otro	¿Cuál?	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	Pantimedia	Pantimedia Maxima	Al muslo	A la rodilla	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))				

Observaciones del Profesional: usuario en condición de discapacidad multiple con afectación de funciones relacionadas con la consciencia, usuario con crisis de epilepsia repetitivas mensualmente las cuales causan agitación y deterioro en condición de salud al igual de perdida de control de esfín

Nombre del Candidato(a)	Anselmo martinez	Firma	No firma	Tipo y No. de ID	1721131	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Blanca romero	Firma	Blanca Romero	Tipo y No. de ID	35261228	
Nombre del Terapeuta	Alejandra vargas	Firma		Tipo y No. de ID	1016088026	

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

Powered by CamScanner

ANSELMO MARTINEZ HILARION

USUARIO DE 66 AÑOS DE EDAD VIVE CON SU ESPOSA CON DIAGNÓSTICOS DE EPILEPSIA, TRAUMATISMOS POR CAÍDA , TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESIÓN Y DISFUNCIÓN CEREBRAL POR ENFERMEDAD FÍSICA, ES SEMIDEPENDIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA PRESENTA DEFICIENCIA MÚLTIPLE EN FUNCIONES MENTALES, DEFICIENCIA EN ESTRUCTURAS DEL CEREBRO CON CAMBIOS CUALITATIVOS EN ESTRUCTURA NO ESPECIFICADOS QUE LIMITAN SU CAPACIDAD PARA TOMA DE DECISIONES RESTRINGIENDO SU ROL EN EL CAMPO Y SU PROPIO AUTOCUIDADO, USUARIO PRESENTA CAÍDAS FRECUENTES ASOCIADO A PÉRDIDA DE CONCIENCIA Y CONTROL DE ESFÍNTER POR CRISIS DE EPILEPSIA RECURRENTES CAUSANDO RIGIDEZ DURANTE LAS MISMAS Y DETERIORO EN CONDICIÓN DE SALUD DEL USUARIO CAUSANDO ESTANCIAS PROLONGADAS EN CAMA.

REQUIERE COLCHÓN DOBLE ANTIESCARAS Y SILLA DE DUCHA EVITANDO APARICIÓN DE PUNTOS POR PRESIÓN O ESCARAS CUANDO TIENE PERIODOS PROLONGADOS DE ESTANCIA EN CAMA POR EPILEPSIA Y EVITANDO RIESGO DE CAÍDA AL MOMENTO DE REALIZAR ACTIVIDADES DE HIGIENE.



Powered by CamScanner