REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 348900

PEÑALOZA ADAMES

APELLIDOS

JOSE JAVIER

NOMBRES

Jose Javier peñaloza A

FIRMA



Powered by CamScanner

Powered by CamSca



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1968**

CABRERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-OCT-1987 CABRERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NAC
IVAN DUQUE ESCOB

A-1502900-70086521-M-0000348900-20010823 **00193** 01235N 01 084446434

Powered by CamScanner

Powered by Cam

Factura de servicios públicos
No. 140096143-9

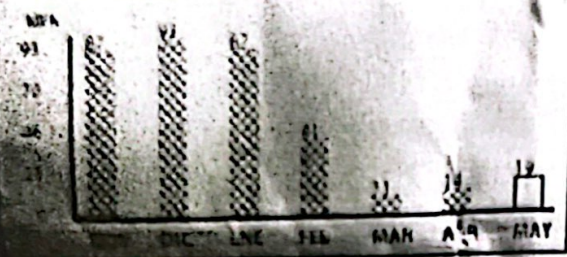
1 de 1

CLIENTE
JACINTA ADAMES
VEREDA SAN JOSE
USME-SAN JOSE BOGOTA D.C

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15 MAY / 2024

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$6.090	33	30 MAY / 2024	03 JUN / 2024

- EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

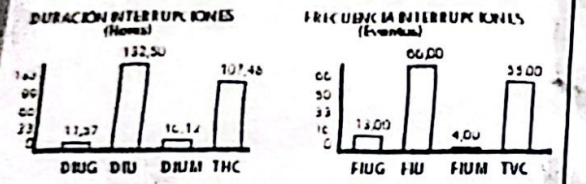


PERIODO FACTURADO: 13 ABR / 2024 A 15 MAY / 2024
PRÓXIMA LECTURA: 15 JUN 2024
TIPO LECTURA: Real
ANOMALÍA: Normal
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 56
CONSUMO PERIODO: 19 kWh

- LECTURACIÓN DEL CONSUMO

TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA CONS.	ENERGÍA FAC.
ERFP	867	848	1	19	19
ERFP	827	827	1	0	0

- CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 30462TR1 GR: 11 HC: 1,00 VC: 0,00 CEC: 11,25 %t: 0,18
PER: 2024/03 DT: 175,52 CF: 11,00 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:	4530511 38		
RUTA REPARTO:	4000530511 255		
TIPO LIQUIDACIÓN:	Mensual		
SERVICIO-ESTRATO:	RESIDENCIAL - 1		
CIRCUITO-TRAFO:	LU13D 30462TR1		
NIVEL DE TENSIÓN:	1	CARGA(KW):	5,08

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: 381.34 T: 54.27 D: 221.30 CV: 107.85
PR: 73.48 R: 7.15 CF: 0.00 CU: 845.39
TARIFA MES: ABR/2024
Valor kWh aplicado: $845.3945
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia(0-130 kwh/mes) es de 59.88%

- DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 845,3945 X 19 (Consumo en kWh) EAAP	$16.062
Valor kVAR 221,3046 X 0 (Consumo en kVAR) ERFP	$0
RESIDENCIAL SUBSIDIO	-$9.618
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$6.444**
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $195 DIARIOS	
COMPENSAC CREG SERV.015/18	-$355
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	**-$355**
Ajuste a la decena	$1

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

HISTORIA DE CONTROL CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Centro de Atención: VAN - CENTRO DE SALUD CANDELARIA LA NUEVA C. BOLÍVAR **Tipo de HC:** HC140

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 12967913 **Fecha Ingreso:** 23/08/2023 7:38 p. m. **Ingreso Por:** Consulta_Externa **Cama:**
Nº Folio: 8 **Fecha de Folio:** 24/08/2023 10:16 a. m. **Área de Servicio:** CONSULTA FISIATRIA - CTROS CANDELARIA LA NUEVA
Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de la consulta:** No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Doc: Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 348900 **Nombres:** JOSE JAVIER PEÑALOZA ADAMES
F. Nacimiento: 20/10/1968 **Edad de HC:** 54 Años / 10 Meses / 3 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Soltero **Teléfono:** 3142436379 **Ocupación:** Otras Ocupaciones
Dirección: SAN JOSE **Localidad-Barrio:** SAN JUAN - SAN JOSE

DATOS AFILIACIÓN

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

HISTORIA DE CONTROL CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

SIGNOS VITALES

T.A: / **F.C.:** **F.R:** **PESO:** 0,00
¿Tiene dolor?: **Escala del Dolor:**

EXAMEN FÍSICO

Amputacion trasntibial izquierda tercio proximal
Muñon en buen estado, no puntos dolorosos a la palpacion, no prominencias oseas, no puntos de presión
Fuerza de ext y flexores, 5/5.
Sensibilidad conservada
Buen equilibrio monopodal

INTERPRETACIÓN Y APOYO DIAGNOSTICO

IMPRESION DIAGNOSTICA

Código	Descripción	Dx Principal
Y835	AMPUTACION DE MIEMBRO(S)	Ppal ☑

ANALISIS

PCTE LLEGA TARDE 45 MINUTOS
DX 1. AMPUTACION TRANSTIBIAL IZQUIERDA HACE 30 AÑOS
REMITIDO POR DETERIORO DE PROTESIS, LA ACTUAL TIENE 15 AÑOS. SE REVISA PROTESIS ESTA CON SOCKET ROTO, PIE RC
REQUIERE CAMBIO
TRABAJA EN AGRICULTURA

PLAN DE MANEJO

SS PROTESIS MODULAR, LINER BK-LANZADERA DE PIN DE TRABA - SOCKET PTB - PIE SACH

CONTROL

EXAMENES

Código	Descripción	Observación
890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Profesional RIBERO CALVO RAUL ANDRES
Registro Profesional 79390800
Especialidad FISIATRIA

CC 79390800

FIRMA Y SELLO

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

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 Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	348900
NOMBRES	JOSE JAVIER
APELLIDOS	PEÑALOZA ADAMES
FECHA DE NACIMIENTO	"/"/"
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/11/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 06/19/2024 15:43:26 | **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	JOSE					Segundo Nombre	Javier																	
Primer Apellido	Penaloza					Segundo Apellido	Adames																	
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	348900												Nacionalidad	colombiana	
Fecha de Nacimiento	20 DD	10 MM	68 AA	Edad	55		Sexo	X	M	I N	Género		F	X	TR	Otro	¿Cuál?							
Nombre Identitario							Orientación Sexual	X	HO	BI	NS/ NR	Otro	¿Cuál?											
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	1. Gestante	2. Persona con discapacidad X	3. Víctima del conflicto armado	4.Población LGTBIQ+	5. Excombatiente	6. Persona en condición de calle	7. Inmigrantes	8. Otra condición migratoria X	9. Persona de sustitución pensional	10. Ninguna														
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1.Afrodescendiente	2.Negra/o	3. Palenquero	4. Raizal	5.Indígena	Indique nombre de Pueblo Indígena	6.Room o gitano/a	7. Ninguno X																
Localidad	20 Código	Sumapaz Nombre				Barrio	Vereda San Jose		UPZ															
Dirección	Rural Finca la pradera																				Estrato			
Descripción de la ocupación	Ninguna								Teléfonos	3212252549														
Tipo de Afiliación a Salud	X	C	PPNA	EX/ES	EAPB	Capital Salud			SISBEN		X	NO	B1 Puntaje del SISBEN											
Diagnóstico Médico (CIE10)	T05.4 Amputacion traumatica de la pierna								Tipo de Discapacidad	X	A	V	S/C	CG	P/MT	MP								
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	Asiento de ducha DAP - AT 1				Colchon ortopedico semidoble DAP - AT 2				Barras de baño DAP - AT 3								Cuenta con Cuidador(a) SI	X						
Nombre de Cuidador (a)									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	21 DD		05 MM		24 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	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, JOSE PEÑALOZA, identificado(a) con CC número 348900, 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)	Jose peñaloza	Firma		Tipo y No. de ID	CC 348900	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		

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. Asiento de ducha	X		
2. colchón ortopedico semidable	X		
3. 2 barras acero inoxidable	X		

Observaciones: Se realiza presentación del usuario al comite y se realiza aprobación de asiento de ducha, colchon ortopedico semidable y barras en acero inoxidable

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

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

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

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	Jose						Segundo Nombre	Javier			
Primer Apellido	Peñalosa						Segundo Apellido	Adames			
Tipo de Identificación	RC	TI	X CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	348900		
Fecha de Visita	21 DD	05 MM	24 AA								

2. CONDICIONES DEL USUARIO

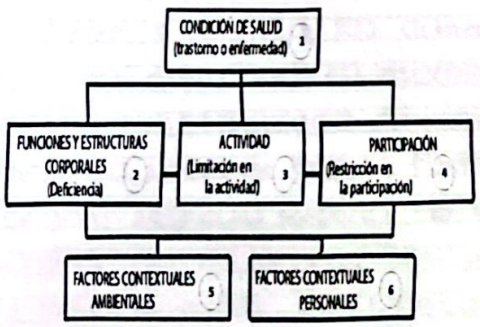
Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha extrema)	2. Dificultad Moderada (Media Regular)	1. Dificultad Ligera (Poca escasa)	0. No hay Dificultad (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 X	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	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	-Amputacion de miembro inferior izquierdo
2	b2982 Funciones sensoriales y de dolor b7152 Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones b7402 Funciones relacionadas con la resistencia muscular b7702 Funciones relacionadas con el patron de la marcha
3	d220.2 llevar a cabo multiples tareas d420.2 Transferir el propio cuerpo s7502 Estructura de la extremidad inferior s7702 Estructuras musculoesqueleticas relacionadas con el movimiento

Powered by CamScanner

4	d450·2 Andar d410·2 Cambiar posturas corporales basicas d455·2 Desplazarse por el entorno
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras= - Desplazarse por periodos prolongados -Infraestructura y terreno - Autocuidado (bañarse-riesgo de caida)
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores= - Recibe apoyo economico y emocional del hijo

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 de 55 años con diagnosticos anteriormente mencionados es auto-cuidador y realiza las actividades de la vida diaria de forma independiente teniendo dificultad al momento de bañarse por el riesgo de caida adicional la inestabilidad articular y ligamentaria; usuario tiene proesis en miembro inferior por lo tanto realiza la marcha y no requiere silla de ruedas. Segun la escala de EVA presenta un dolor 7/10 a nivel de columna lumbar por sobrecarga muscular y alteraciones posturales.
El hijo responde economicamente por el hogar alcanzando a cubrir las necesidades basicas, el usuario ayuda con ciertas actividades en la agricultura y en las labores del hogar

4. ASESORÍA Y CANALIZACIÓN: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.	**SI**	**NO**
Se brinda información para el proceso de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RCLCPD.	X	
Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad	X	
Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad	X	

Se realiza proceso de canalización	**SI**	**Intersectorial**	**Intrasectorial**	**Intrainstitucional**	**Interinstitucional**	**NO**
				X		

Si su respuesta fue si, debe diligenciar el formato relacionado con canalizaciòn y anexarlo.

Powered by CamScanner

Nombre del Candidato(a)	Jose Peñaloza	Firma		Tipo y No. de ID	CC 348900	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 1077543944	
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 1077543944
	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 GPE, 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

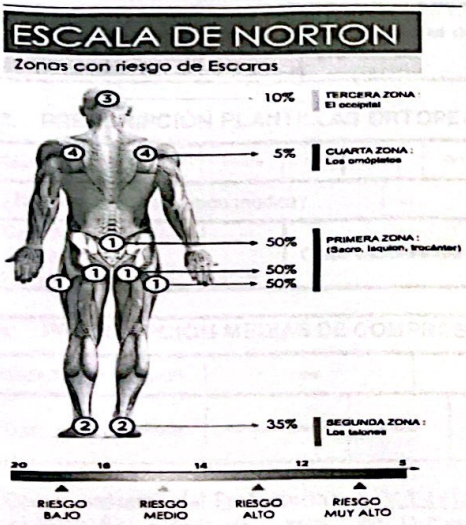
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Jose						Segundo Nombre	Javier						
Primer Apellido	Penaloza						Segundo Apellido	Ackmes						
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	348900				
Fecha de visita	21 DD	05 MM	24 AA	Peso del candidato		87 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 NO	Origen	Por presión	Venosa	Arterial	Mixta	Diabética	Iatrogénica	Otro	¿Cuál?		
Localización	a. b. c.										Grado	a. b. c.	
Ha recibido algún tipo de cuidado por la úlcera o escara	SI	NO	¿Cuál?										

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



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	14 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	¿Cual?		Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria	SI	NO	
Tipo de dispositivo requerido	Cojín Antiescaras	Cojín de Posicionamiento	Rin de cóxis	Otro	¿Cual?		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		10 horas	Posición en la que permanece	supino-lateral ¿Cuál?	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		SI	X	
Tipo de dispositivo requerido	Colchón antiescaras	X	colchon ortopedico ¿Cuál? semidoble		Dimensiones del dispositivo (CM)	190 Largo	120 Ancho	Alto	
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA			CAMA SOBRE MEDIDA					
Componente del dispositivo	Espuma	Otro	¿Cuál?		Dimensiones de la cama (CM)	Largo	Ancho	Alto	

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido	Asiento de ducha en acero					
Dimensiones del baño (cm)	200 Ancho	200 Largo	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del beneficiario y dimensiones del espacio)	Asiento de ducha en acero	Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	X NO
Dimensiones de la ducha (cm)	120 Ancho	100 Largo			Zona principal donde realiza actividades de higiene	Ducha
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	90 Ancho				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	Antítico	¿Cuenta con prescripción médica?				SI	NO	
Tipo de calzado	Botas	Tenis	Formal	Sandalias	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: Usuario a quien por su diagnostico de base le prescribe asiento de ducha evitando peligros de caida y colchon ortopedico semidoble reduciendo sintomatologia dolorosa que se exacerba a nivel de columna cuando el usuario se encuentra en posicion decubito supino o lateral (costado)

Nombre del Candidato(a)	Jose Peñaloza	Firma		Tipo y No. de ID	CC 348900	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	

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

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

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

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

Primer Nombre	JOSE							Segundo Nombre	JAVIER		
Primer Apellido	PEÑALOTA							Segundo Apellido	ADAMES		
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	348900	

2. PRESCRIPCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS

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

3. PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE SOPORTE

Prescripción de Barras o Pasamanos	Ubicación 1	Baño							
	Tipo	Horizontal X	Vertical	En L	Diagonal	Mixta	Características	X	Móviles
	Medidas (cm)	60 Longitud	100 Altura respecto al piso		Diámetro	Calibre	Material	acero inoxidable	
Cantidad de Barras a prescribir —	Ubicación 2	Baño							
	Tipo	Horizontal	Vertical X	En L	Diagonal	Mixta	Características	X	Móviles
	Medidas (cm)	60 Longitud	100 Altura respecto al piso		Diámetro	Calibre	Material	acero inoxidable	
	Ubicación 3	—							
	Tipo	Horizontal	Vertical	En L	Diagonal	Mixta	Características	Fijas	Móviles
	Medidas (cm)	— Longitud	Altura respecto al piso		Diámetro	Calibre	Material	—	

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

Observaciones del Profesional: Usuario en condición de discapacidad con limitación para dieo diario razón por la cual presenta alto riesgo de caida con este dispositivo evitamos lesiones o riesgos que afecten la integridad del usuario

Nombre del(a) Candidato(a)	JOSE PEÑALOTA	Firma	[signature]	Tipo y No. de ID	CC 348900	Huella Digital del Candidato
Nombre del(a) Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del(la) Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalias.m	Tipo y No. de ID	CC 1022343944	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalias.m	Tipo y No. de ID	CC 1022343944
	Nombre del(a) Supervisor (a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Powered by CamScanner

JOSE JAVIER PEÑALOZA ADAMES

USUARIO DE 68 AÑOS CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, VIVE CON SU HIJO Y NUERA, ES AUTOCUIDADOR Y REALIZA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE FORMA INDEPENDIENTE TENIENDO DIFICULTAD AL MOMENTO DE BAÑARSE POR EL RIESGO DE CAÍDA, ADICIONAL LA INESTABILIDAD ARTICULAR Y LIGAMENTOSA, USUARIA TIENE PRÓTESIS EN MIEMBRO INFERIOR POR LO TANTO REALIZA LA MARCHA Y NO REQUIERE SILLA DE RUEDAS. SEGÚN LA ESCALA DE EVA PRESENTA UN DOLOR 7/10 A NIVEL DE COLUMNA LUMBAR POR SOBRECARGA MUSCULAR Y ALTERACIONES POSTURALES. EL HIJO RESPONDE ECONÓMICAMENTE POR EL HOGAR ALCANZANDO A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS, EL USUARIO AYUDA CON CIERTAS ACTIVIDADES EN LA AGRICULTURA Y EN LAS LABORES DEL HOGAR.

REQUIERE COLCHON ORTOPEDICO SEMIDOBLE, BARRAS DE ACERO INOXIDABLE, ASIENTO DE DUCHA EVITANDO RIESGO DE CAÍDA, REDUCIENDO SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA QUE SE EXACERBA A NIVEL DE COLUMNA POR CARGAS BIOMECÁNICAS ADECUADAS Y DISMINUYENDO LESIONES QUE AFECTEN LA INTEGRIDAD DEL USUARIO



Powered by CamScanner