REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.257.163**

PORRAS PULIDO
APELLIDOS

JORGE IGNACIO
NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

Powered by Car



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-OCT-1953**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LÚGAR DE NACIMIENTO

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

03-JUL-1980 USME

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NAC
ALMABEATRIZ RENGIFO

A-1500120-47149224-M-0079257163-20060707 **04489** 06188B 02 203517532

Powered by CamScanner

Powered by CamSc

enel Bogotá

NÚMERO DE CLIENTE ES: 2454676-3

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

Factura de servicios públicos
No. 136143564-5

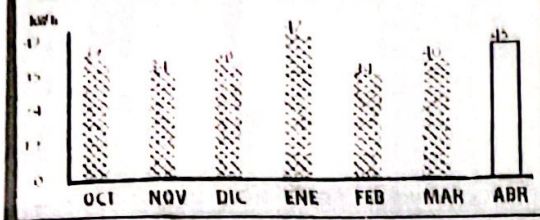
1 de 1

CLIENTE
JORGE IGNACIO PORRAS
CALLE [illegible]

FECHA DE EXPEDICIÓN: 16 ABR / 2024

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$16.150	32	22 ABR / 2024	24 ABR / 2024

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO



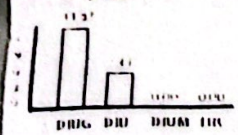
PERIODO FACTURADO
16 MAR / 2024 A 16 ABR / 2024
PRÓXIMA LECTURA: 17 MAY / 2024
TIPO LECTURA: Real
ANOMALÍA: Normal
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: [illegible]
CONSUMO PERIODO: 45 kWh

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

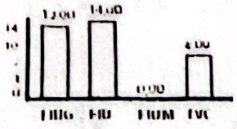
MEDIDOR No	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	ENERGÍA CONS.	ENERGÍA FAC.
[illegible]	EAEP	9176	9131	1	45	45

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)



CU: [illegible] CVC: [illegible] CEC: [illegible] 0,18
PER: [illegible] CT: [illegible] MC: [illegible] MI: 1

Para mayor detalles consultar los resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 de 2019

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

RUTA LECTURA: [illegible]
RUTA REPARTO: [illegible]
TIPO LIQUIDACIÓN: Mensual
SERVICIO-ESTRATO: RESIDENCIAL 1
CIRCUITO-TRAFO: SR12 [illegible]
NIVEL DE TENSIÓN: 1 CARGA(KW): 2,00

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: [illegible] T: [illegible] D: [illegible] CV: 107,18
PR: [illegible] R: [illegible] CF: [illegible] CU: 882,30
TARIFA MES: MAR/2024
Valor kWh aplicado: $882,2969
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia(0-130 kwh/mes) es de 59,33%

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 882,2969 X 45 (consumo en kWh) EAEP	$39.703
RESIDENCIAL SUBSIDIO	$23.553
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$16.147
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1.745 DIARIOS	
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	$0
Ajuste a la decena	$3

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

Centro de Atención: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH Tipo de HC: HC241

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

No Historia Clínica: 79257163 **Nombres y Apellidos:** JORGE IGNACIO PORRAS PULIDO **Ingreso:** 14663381

Área Servicio: CONS MEDICINA GENERAL -NAZARETH

¿Tiene dolor?: No **Escala del Dolor:** 0

FINNISH DIABETES RISK SCORE

Puntuación Total: 18,0000 **Nota:** SOLICITAR GLICEMIA PRE

RIESGO CARDIOVASCULAR

Nivel de Riesgo: RIESGO MODERADO **Nota:** Usted tiene un riesgo moderado de sufrir un infarto o una trombosis en los prÃ³ximos 10 aÃ±os. Recomendamos monitorear su perfil de riesgo cada aÃ±o, acudir a control mÃ©dico para recibir orientaciÃ³n y asumir hÃ¡bitos y estilos de vida saludables.

RIESGO CARDIOVASCULAR FRAMINGHAN

Puntaje Total: 14,0000 **Riesgo a los 10 años:** 16,0000 % **Nivel de riesgo:** RIESGO ALTO

RUTA DE ORGANOS BLANCOS

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

HTA REFRACTARIA: Se define como resistente o refractaria a tratamiento cuando la estrategia terapéutica, con cambios adecuados del estilo de vida además de un diurético y otros dos antihipertensivos de clases diferentes a dosis adecuada (pero no necesariamente un antagonista del receptor mineralcorticoideo), fracasa en la reducción de la PAS y la PAD a valores < 140 y 90 mmHg.
Todo paciente con diagnóstico de hipertensión y Diabetes debe tener una relación de Albuminura / Creatinuna al menos una vez al año.
En caso de tener diagnóstico de diabetes mellitus recuerde identificar síntomas y signos de neuropatia diabetica.

EXAMEN FISICO

Cabeza:	Normal	PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA. NORMOCÉFALO SIN LESIONES. ISOCORIA NORMORREACTIVA, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS. NARIZ SIN LESIONES. LABIOS SIN LESIONES, MUCOSA ORAL HÚMEDA, LENGUA NORMAL, OROFARINGE SIN SECRECIONES, AMÍGDALAS NORMALES.
Ojos:	Normal	PUPILAS FOTORREACTIVAS, ISOCORTICAS
Oídos:	No Registra	OTOSOCOPIA BIALTERAL NORMAL
Nariz:	No Registra	
Boca:	Normal	OROFARINGE SIN EXUDADOS, NO ERITEMATOSA
Dentadura:	No Registra	
Cuello:	Normal	CUELLO SIN LESIONES, MÓVIL, SIN MASAS O ADENOPATÍAS.
Tórax:	Normal	TÓRAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE, SIN LESIONES, NORMOVENTILADO SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, PERCUSIÓN NORMAL, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS SUPRACLAVICULARES NI AXILARES.
Cardiovascular:	Normal	
Pulmonar:	Normal	
Senos:	No Registra	
Abdómen:	Normal	PAREMITRO ABDOMINAL: 99 CM ABDOMEN SIN LESIONES, RUIDOS PERISTÁLTICOS NORMALES, BLANDO, CON DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN abdomen inferior , NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
Genitales:	No Registra	
Neurológico:	Normal	ORIENTADO, SENSIBILIDAD Y SIMETRÍA FACIAL CONSERVADAS, DEMÁS PARES BAJOS NORMALES, FUERZA 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA, RMT ++/++++, NO SIGNOS MENÍNGEOS NI CEREBELOSOS.

Profesional RODRIGUEZ SAMUDIO CAMILO ANDRES
Registro Profesional 1033812786
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

FIRMA Y SELLO

Fecha Actual : viernes, 28 junio 2024

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

NIT: 900958564

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EI

Centro de Atención: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH Tipo de HC: H

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

No Historia Clínica: 79257163 Nombres y Apellidos: JORGE IGNACIO PORRAS PULIDO Ingreso: 1466338

Área Servicio: CONS MEDICINA GENERAL -NAZARETH

Extremidades:	Anormal	EXTREMIDADES MÓVILES, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR CONSERVADO, PULSOS DISTALES PRESENTE HIPOTROFIA TENDONES EXTENSORES MANO IZQUIERDA POR LESION CORTANTE.. dolor a la movilizacion izquierda
Mental:	No Registra	
Piel:	No Registra	
Osteomuscular:	No Registra	

ANALISIS

Paciente masculino de 68 años de edad con diagnosticos de:

- hipertension arterial estadio 1 TFG 78 cocrodd gault
- diabetes mellitus tipo ii no insulinnorequiriente
- hipotiroidismo
- dislipidemia

Paciente con diagnostico de hipertension arterial diabetes tipo 2 no recuerda hace cuantos años, en manejo con ARA 2 y biguanida, con adher tratamiento. Acude a resolutiva,paicnete refiere mejoria de su patologia, no ha presentado exacerbaciones en el ultimo año. Ademas, refiere se en el momento en adecuado estado general, sin signos de dificultad respiratoria, sin desaturación, adherente al tratamiento. En quien se identif siguientes factores de riesgo cardiovascular sedentarismo, exposición a biomasa, dieta hipercalórica, baja ingesta de frutas y verduras. En el m revizan laboratorios de paicnete donde se evidencia rx de cadera la cual evidencia osteopenia por lo cual secomenta a paciente manejo analgesi ayuda de analgesia se explica conducta a seguir quien refiere entender y aceptar.

PLAN DE MANEJO

Plan
clorfenamida 2 cucharadas al dia por 7 dias
naproxeno 250mg 1 tab cada 8 horas por dias

conciliacion medicamentosa;
Atortvastina 40 mg diario (por disponibilidad en farmacia)
Acetminofen 500 mg cada 8 horas segun dolor
Levotiroxina 50 mcg diaria
Losartan 50 mg tomar cada 24 horas
metformina 850mg **se suspende**
Ergotamina + cafeina 1 mg tomar cada 8 horas si hay dolor
Omeprazol capsula de 20 mg tomar 1 en ayunas todos los dias
Hidroxido de aluminio suspension 1 cuchara despues de las comidas
Bisacodil 5 mg tomar 1 tablet en caso de estreñimitno

Complejo B inyecciones 1 semanals por 6 semnas
Se solicita vitazmin d y acido folico
Se solicita rx de cadera comparativa
Tratamiento no farmacológico: Adopción de dieta DASH, pérdida de peso, reducción del consumo de sodio en la dieta, ejecución de actividad fí disminución de consumo de alcohol.
Interconsulta no
Se realiza y registra actividades de promoción y prevención de acuerdo al grupo etareo y periodicidad definida.
Se realiza y registra la promoción de la importancia de la adherencia al programa del paciente con enfermedad cardiovascular

Laboratorios de control: perfil lipidico, creatinina, relación albumina/creatinina en orina, hemoglobina glicosilada

Signos de alarma y recomendaciones:
1. Dolor de cabeza fuerte y persistente, sangrado por la nariz, pitos en los oídos, visión borrosa o pérdida de la visión, mareo o desm de la conciencia, fatiga al caminar o realizar cualquier actividad diaria, dolor en la boca del estómago.
2. Tos con expectoración de moco. Falta de aire, que empeora con la actividad y el esfuerzo. Pitos y ruidos al respira el pecho le sibil

Profesional RODRIGUEZ SAMUDIO CAMILO ANDRES
Registro Profesional 1033812786
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

FIRMA Y SELLO

Usuario: 1032656212 Nombre reporte : HCRPHistoBasi
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

NIT: 900958564

Centro de Atención: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH Tipo de HC: HC241

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

No Historia Clínica: 79257163 **Nombres y Apellidos:** JORGE IGNACIO PORRAS PULIDO **Ingreso:** 14663381

Área Servicio: CONS MEDICINA GENERAL -NAZARETH

mayor de agudizaciones respiratorias por infecciones viricas y/o bacterianas. Cansancio y apatia.

3. Se educa en autocuidado, dieta balanceada, ejercicio una hora diaria

Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico:

31/08/2023 urocultivo
Germen aislado #1 Escherichia coli
Marcador 1: Test negativo para ESBL
Marcador 2: Recuento mayor de 100.000 ufc/ml
ANTIBIOGRAMA
Ampicilina R (Sensible)
AMC 8/4 (Sensible)
Amikacina <=8 (Sensible)
Ciprofloxacina <=0.125 (Sensible)
Ceftriaxona <=1 (Sensible)
Cefuroxima R (Sensible)
Cefazolina <=2 (Sensible)
Cefepima <=1 (Sensible)
Nitrofurantoina <=16 (Sensible)
Cefoxitina <=4 (Sensible)
Gentamicina <=2 (Sensible)
Trimetoprim <=0.5/9.5 (Sensible)
Tetraciclina <=2 (Sensible)

22/08/2023
MICROALBUMINURIA 0.3, HEMOGLOBINA GLICOSILADA: 6.9 UROANALISIS NO PATOLOGICO

24/04/2023: HGB GLICOSILADA:6.3%, MICROALBUMINURIA: 0.4

PARACLINICOS DE CONTROL: 24/03/2023, UROANALISIS: PH:6.0, AMARILLA NITRITOS NEGATIVOS, PSA SERICO:3.58, CT:208, GLUCOSA:80, HDL: 58.9, LDL:130, TG:95.2, SANGRE OCULTA EN HECES: NEGATIVO.

14/05/2024
RADIOGRAFIA DE CADERAS COMPARATIVAS.
El estudio se realizo con técnica, procedimiento digital y asistencia computadorizada.
Osteopenia
Esclerosis acetabular por artrosis temprana con discreta disminución del compartimiento medial sin francos signos de hiperpresión.
Espondilosis lumbar inferior.
Flebolitos pelvicos
No hay lesiones oseas, erosivas, expansivas, osteolíticas.
Tejidos blandos y lineas grasas de aspecto normal.
No se encuentran calcificaciones patológicas.
OPINION:
ARTROSIS COXOFEMORAL BILATERAL SIN SIGNOS DE HIPERPRESIÓN.
OSTEOPENIA.

Impresión Diagnóstica

Código	Nombre	Dx Principal
Z867	HISTORIA PERSONAL DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	Ppal ☑
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Ppal ☐
K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	Ppal ☐
M169	COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA	Ppal ☐

Profesional RODRIGUEZ SAMUDIO CAMILO ANDRES
Registro Profesional 1033812786
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

FIRMA Y SELLO

Usuario: 1032656212 Nombre reporte : HCRPHistoBase
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

ALCALDIA DE BO

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

900958564

Centro de Atención: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH Tipo de HC: HC241

DATOS DEL INGRESO

381 Fecha Ingreso: 14/06/2024 9:36 a. m. Ingreso Por: Consulta_Externa Cama:
Fecha de Folio: 14/06/2024 10:28 p. m. Área de Servicio: CONS MEDICINA GENERAL -NAZARETH
: Enfermedad_General Finalidad de la consulta: Otra

DATOS DEL PACIENTE

dula_Ciudadania Identificación: 79257163 Nombres: JORGE IGNACIO PORRAS PULIDO
: 14/10/1953 Edad de HC: 70 Años / 7 Meses / 30 Días Sexo: Masculino
Casado Teléfono: 3219984590 Ocupación: Otras Ocupaciones
EREDA BETANIA-RURAL Localidad - Barrio: NAZARETH - BETANIA

DATOS AFILIACIÓN

PITAL SALUD EPSS S A S Plan: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023
o: SUBSIDIADO NIVEL 1 Régimen: SUBSIDIADO EVENTO
e la atención: PRESENCIAL
te: SIN ACOMPAÑANTE Ocupación: CAMPO Teléfono(s): 3219984590
ene algún tipo de discapacidad: Si ¿Cuál?: FISICA
parte de: Población Rural.
Ninguna.

Covid: Si Dosis aplicada: Tres dosis Influenza en el ultimo año: Si Fecha de vacunación: 11/07/2022

MOTIVO DE CONSULTA

Consulta: PAICNETE QUIEN ES ATENDIDO A LA HORA DE LA CONSULTA

***Consulta resolutiva
Nombre: Jorge ignacio Porras Pulido
Procedencia: betania
Edad: 69 años
Ocipacion: agricultor

Motivo de consulta:"lectura de examenes"

ad Actual: Paciente masculino de 68 años de edad con diagnosticos de:

- hipertension arterial
- diabetes mellitus tipo ii no insulinnorequirente
- hipotiroidismo
- dislipidemia

Paciente con diagnostico de hipertension arterial diabetes tipo ii no reucerda hace cuantos años, en manejo con ARA 2 y biguanida, con adherencia al tratamiento. Acide a cita resolutiva por cuadro clinico consistente en astenia adinamia no refiere mas sintomas asociados consulta el dia de hoy para lectura de examenes.

ANTECEDENTES

0,0000 Sexo: Masculino

iariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?	No
dicamentos para la hipertensión?	Si
recuencia come verduras o frutas?	Todos los días
ncontrado alguna vez valores de azúcar altos (Ej. en un control médico, durante una d, durante el embarazo)?	Si
Diagnosticado diabetes a alguno de sus familiares allegados u otros parientes?	Si: padres, hermanos o hijos
diabético?	Si
lato del Colesterol total?	No
sume algún producto derivado del tabaco? (cigarrillo, puro, pipa, tabaco en polvo, a mascar).	No

RODRIGUEZ SAMUDIO CAMILO ANDRES
nfesional 1033812786
d MEDICINA GENERAL CRONICOS

FIRMA Y SELLO

rio: 1032656212
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC
Pag. 254
NIT: 900958564
Centro de Atención: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH
Tipo de HC: HC241
HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

No Historia Clinica: 79257163 Nombres y Apellidos: JORGE IGNACIO PORRAS PULIDO Ingreso: 14461381
Área Servicio: CONS MEDICINA GENERAL -NAZARETH

¿Ha sufrido de infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular o enfermedad arterial oclusiva periférica ? No

ESCALA MORISKY GREEN- ADERENCIA A MEDICAMENTOS

¿Olvida alguna Vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? No
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicacion? No
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Si
Si alguna vez la sienta mal, ¿deja de usted de tomarla? No

PACIENTE CON DIAGNOSTICO EPOC: No
Tabaquismo segunda mano: No Requiere Oxigeno: No
¿Fuma?: No
¿Fumó?: NO
Espirometria pre y post broncodilatador: No Exposición humo biomasa más de 10 años: Si Exposición a gases, polvo, vapores tóxicos No

REVISIÓN POR SISTEMAS

Observación Revisión por Sistemas: Síntomas constitucionales: niega diaforesis, niega pérdida de peso, niega episodios febriles, niega astenia, niega adinamia, niega pérdida de apetito.
Sistema piel: niega palidez generalizada, niega resequedad en manos, niega lesiones, no cambios de coloración, niega prurito.
Sistema osteoarticular: niega dolor articular, niega limitación en arcos de movimiento, niega traumas recie
Sistema colágeno: niega fracturas sin causa aparente.
Sistema linfático: niega adenopatias, adenomegalias o edemas.
Sistema cardiovascular: niega síncopes, niega desvanecimiento o cianosis, niega palpitaciones.
Sistema respiratorio: apneas al dormir, somnolencia y ronquido intenso hace varios años.
Sistema digestivo: hábito intestinal: 2x0, niega cambios macroscópicos en las deposiciones.
Sistema genitourinario: hábito urinario: 3x1, niega disuria de ardor, niega tenesmo y pujo vesical.
Sistema neurológico: niega pérdida de la fuerza, niega fotosensibilidad, niega pérdida de la conciencia, convulsiones focales o generalizadas, temblores, niega movimientos anormales.

Meta Hemoglobina Glicosilada: <7%
Meta Hipertensión: 140/90

REPORTE PARACLINICOS

RESULTADO DE LABORATORIO		FECHA DE RESULTADO	RESULTADO DE LABORATORIO		FECHA DE RESULTADO
Colesterol HDL:	165,00	15/03/2023	Creatinina:	1,0400	26/10/2023 12:00:00 a.
Colesterol LDL:	172,00	26/10/2023 12:00:00 a. m.	HB. Glicosilada:	6,4000	26/10/2023 12:00:00 a.
Colesterol Total:	245,0000	15/03/2023 12:00:00 a. m.	Baciloscopias:		
Triglicéridos:	117,0000	26/10/2023 12:00:00 a. m.			
ALBUMINURIA/CREATININURIA:	0,0000				

EYALUE INDICACION DE INSULINISAR.

EXAMEN FISICO

Estado General: BUENO

SIGNOS VITALES

T.A: 137 / 71,000 mmHg Media: 91,3300 mmHg F. C.: 82,000 F. R.: 18,00 Temperatura: 35,6000 °C
Perimetro Abdominal: 92,0000 Saturación Oxigeno: 94,0000 Peso: 77,00 Kg Talla: 162,0000 MTS IMC: 29,340 Kg/
COCKCROFT GAULT: 71,9818 SCHNARTZ: 77,2447

Profesional RODRIGUEZ SAMUDIO CAMILO ANDRES
Registro Profesional 1033812786
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

FIRMA Y SELLO

Usuario: 1032656212
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.] NIT [900958564-9]

Nombre reporte : HCRPHistoBase

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
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79257163
NOMBRES	JORGE IGNACIO
APELLIDOS	PORRAS PULIDO
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	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/11/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/19/2024 16:03:56	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

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	Jorge						Segundo Nombre	Ignacio											
Primer Apellido	Porras						Segundo Apellido	Ruido											
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	79257163								Colombiano	
Fecha de Nacimiento	24	10	53	Edad	70		Sexo	X	M		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. Campesino/Campesina	9. Persona de sectores populares		10. Ninguno								
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1.Afrodescendiente	2.Negro/a	3. Palenquero	4. Raizal	5.Indigena	Indique nombre de Pueblo Indígena	6.Room o gitanos	7. Ninguno X											
Localidad	20	Sumapaz			Barrio	Betania			UPZ	20									
Dirección	Caserio betania														Estrato				
Descripción de la ocupación	Ninguna						Teléfonos												
Tipo de Afiliación a Salud	X	C	PPNA	EXTES	EAPB	capital salud		SISBEN		X	NO	Puntaje del SISBEN							
Diagnóstico Médico (CIE10)	M169 coxoartrosis						Tipo de Discapacidad	F	A	V	S/C	CG	P/MT	MP					
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	colchón ortopedico doble DAP - AT 1			Kit aseo, desvestidor colocador de medias, ganchos alcanzador 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 X						
Otro contacto	Teléfono —			Dirección —				Parentesco	—										
El solicitante es	Nuevo capacitado X	Beneficiario de vigencia anterior		Vigencias en las que ha sido beneficiario				Fecha de Solicitud	27		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, Jorge Ignacio Porras, identificado(a) con CC número 79257163 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)	Jorge Ignacio Parra	Firma	Jorge Parra	Tipo y No. de ID	79757163	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	1016038076.	
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 ortopedico	X		
2. Kit AVD	X		
3.			

Observaciones: Se realiza presentación del usuario ante el comite y se realiza aprobación de colchon ortopedico y kit de avd 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	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 Bibliografica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, septima 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	Jorge						Segundo Nombre	Ignacio	
Primer Apellido	Portas						Segundo Apellido	Pulido	
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro ¿Cuál?		No. de ID	79257163
Fecha de Visita	21	05	24						

2. CONDICIONES DEL USUARIO

Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	4. Dificultad completa (Total)	3. Dificultad Grave (Mucha extensa)	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	

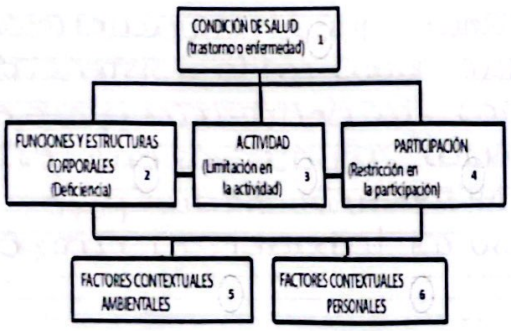
Autocuidado

Higiene	Independiente	Semidependiente	Dependiente
Vestido	Independiente	Semidependiente X	Dependiente
Alimentación	Independiente X	Semidependiente	Dependiente
Otro ¿Cuál?		Independiente X	Semidependiente	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	- Hipotrofia de tendones extensores por lesión cortante - coxoartrosis - diabetes - HTA
2	b730.3 fuerza muscular b1240.3 Resistencia muscular b798.3 funciones musculoesqueléticas s730.372 extremidad superior izquierda
3	d450.2 vestirse d850.3 trabajo remunerado

Powered by CamScanner

4	0879.2 vida economica
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras vida laboral
6	(Incluir barreras y facilitadores) facilitadores bono adulto mayor

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 con discapacidad Fisica con deficiencia grave en funciones relacionadas con la fuerza muscular, funciones relacionadas con la resistencia muscular, funciones neuromusculoesqueleticas, con deficiencia grave en estructuras de extremidad superior, con cambios cualitativos en la estructura de la extremidad izquierda que limitan su actividad para desvestirse, lavarse etc y restringiendo su rol laboral en el campo

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)	Jorge Parra	Firma	Jorge Parra	Tipo y No. de ID	79257763	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	1076038076	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Ramirez	Firma		Tipo y No. de ID	CC 1022363444
	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 SIDS, 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 ASISITENCIA PERSONAL - PARA ACTIVIDADES DOMÈSTICAS, COMUNICACIÒN, INFOMACIÒN, SEÑALIZACIÒN, MANEJO DE BIENES Y PRODUCTOS- CLASES 15, 21 Y 24

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

Primer Nombre	Jorge Ignacio					Segundo Nombre					
Primer Apellido	Porras					Segundo Apellido					
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	79257163		
Fecha de Visita	DD 21	MM 05	AA 23	Frecuencia de uso				Permanente	Frecuente X	Ocasional	

2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

2.1 AUDICIÓN

Aplica Sí____ No X

¿Presenta alguna deficiencia?	SI	NO X	¿Cuál?			Fecha DD	MM AAAA
Resultado del examen auditivo referido						DD	MM AAAA
¿Es usuario de audífono u otro dispositivo de amplificación del sonido?	SI	NO X	¿Qué tipo de dispositivo utiliza?	Análogo	Digital	¿Hace cuánto tiempo usa el dispositivo?	
Es canalizado a su EAPB para audífono	SI					NO X	
¿El uso del dispositivo ha sido funcional?	SI					NO X	
¿Ha facilitado su proceso de comunicación?	SI					NO X	

2.2 ALIMENTACIÓN

Aplica Sí X No ____

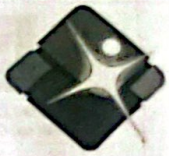
Tipo de alimentación		Líquida	Pastosa	Sólida	Mixta X	¿Se atora?	SI	NO X	A VECES	¿Con cuáles consistencias?	
¿Cumple las condiciones para los procesos de alimentación (succión, deglución, mordedura y mascado)?							SI X		NO		

2..3 LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

Incluir: Aplica Sí ____ No X

Contacto visual	SI	NO	Responde al nombre	SI	NO	Comprende el "NO"	SI	NO	Comprende gestos	SI	NO
Comprende órdenes sencillas	SI	NO	Reconoce partes del cuerpo	SI	NO	Comprende dos órdenes	SI	NO	Establece diferencias	SI	NO
Comprende órdenes semicomplejas	SI	NO	Comprende órdenes complejas	SI	NO						
Usuario de algún SCAA							SI	NO	¿Cuál(es)?		

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 FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

Reconoce elementos de uso cotidiano			SI	NO
Reconoce la función de estos elementos			SI	NO
Tipo de comunicación	Oral		Gestual	Lecto-escritura
Lectoescritura	Lee	Escribe	Funcional	En proceso

2.4. ÁREA COGNITIVA

Aplica Sí ___ NO X

Lateralidad	SI	NO	Percepción visual	SI	NO	Motricidad fina	SI	NO
Orientación	SI	NO	Procesos mentales	SI	NO			

2.5 MOTRICIDAD

Patrón mano-boca funcional	SI	NO	Limitación rangos de movimiento MMSS	SI	NO	Temblor y/o movimientos asociados MMSS	SI	NO		
Fuerza muscular MMSS	SI	NO	Tipo de agarre	Manos llenas	Cilíndrico	Enganche	Digito palmar	Ninguno	Otra, ¿Cuál?	
Postura: Asume y mantiene	Sedente		Cuadrúpeda	Bípeda	De cubito	Otra ¿Cuál?				
Posición cefálica	Neutra		Lateralizada	Con rotación		Hiperextendida			Colgante	
Limitación rangos de movimiento en MMSS	SI					NO				
Temblor y/o movimientos asociados en MMSS	SI					NO				
Dominancia	Izquierda					Derecha				

3. PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL PARA LA COMUNICACIÓN, ALIMENTACIÓN Y/O COGNICIÓN

NOMBRE DEL DISPOSITIVO		DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Amplificador FM	SI		
Kit de Parkinson	SI		
Dispositivos de ABC y AVD	X	DESVESTIDOR DE CALZADO, COLOCADOR DE MEDIAS GANCHO ABOTONADOR.	
Kit de alimentación	SI		
Ayudas para señalización	SI		
Juguetes adaptados	SI		
Mesas	SI		
Otro(s) ¿Cuál(es)?	SI		

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 FORMATO CONTROLADO NO CODIFICADO	Elaborado por: Revisado por: Aprobado por:	

Observaciones del Profesional: usuario en condición de discapacidad física con limitación en rangos de movimiento, uso de la mano y actividades funcionales de la vida diaria como colocarse los zapatos, medias, vestirse entre otras. Se realiza solicitud de kit de aseo para facilitar actividades de la vida diaria.

Nombre del Candidato(a)	Jorge Ignacio Parras	Firma	Jorge Parras	Tipo y No. de ID	79259163	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	1016038026	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanchez	Firma	Natalia Sm	Tipo y No. de ID	1022343444
	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

Observaciones a tener en cuenta para la prescripción:

- Variables con opciones de respuesta cuyo contenido esté en formato centrado, por ejemplo "Tipo de Identificación", se marca con una X según corresponda.
- Variables con opción de respuesta cuyo contenido se encuentre en formato inferior, por ejemplo "Fecha de Visita", debe ser diligenciada.
- El Kit debe estar compuesto de los elementos necesarios de acuerdo a las particularidades de cada usuario.
- Es importante que en los términos de referencia se especifiquen elementos para adultos, tener en cuenta el tamaño y que no tengan diseño con motivos infantiles. (Revisar con proveedores) y tener en cuenta los tiempos de entrega.

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 PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9

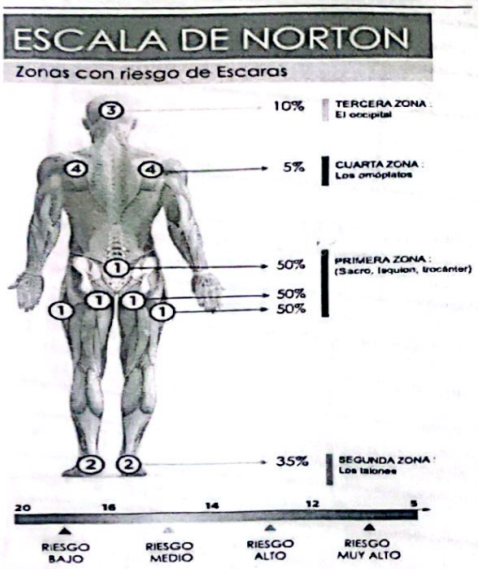
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Jorge						Segundo Nombre	ignacio			
Primer Apellido	Pastas						Segundo Apellido	Pulido			
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	79253763		
Fecha de visita	20	05	24	Peso del candidato		Kg	Presenta úlcera o escara			SI	NO

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

Presenta úlcera o escara	X	NO	Origen	Por presión	Venosa	Arterial	Mixta	Diabética X	Iatrogénica	Otro	¿Cuál?				
Localización	a. miembro inferior izquierdo									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		Ninguna 4		
Mediano		Apático		Disminuida 3		Camina con ayuda 3		Ocasional		
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal		
Muy Malo		Estuporoso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal		

TOTAL	Puntaje en la escala de Norton 18	Nivel de riesgo Riesgo bajo

3. PRESCRIPCIÓN DE COJINES

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

Powered by CamScanner

4. PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo		12	Posición en la que permanece	Sedente supino	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		SI	X NO
Tipo de dispositivo requerido	Colchón antiescaras	X	Ortopedico		Dimensiones del dispositivo (CM)	190	140	15
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA		CAMA SOBRE MEDIDA					
Componente del dispositivo	Espuma	Otro	¿Cuál?		Dimensiones de la cama (CM)	190	140	100

5. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE BAÑO

Tipo de dispositivo requerido						
Dimensiones del baño (cm)	Ancho	Largo	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (segun 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	Artrítico	¿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 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 en condición de discapacidad física con dificultad para realizar cambio de posición, movilidad para los quehaceres de la vida diaria y uso del campo como flexoextensión del brazo afectado su funcionalidad

Nombre del Candidato(a)	Jorge Portal	Firma	Jorge Portal	Tipo y No. de ID	79257763	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Alejandra Vargas	Firma		Tipo y No. de ID	1016088076	

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S. M	Tipo y No. de ID	1022943944
	Nombre del(a) Supervisor(a) delegado(a) por el FDL		Firma		Tipo y No. de ID	

Powered by CamScanner

JORGE IGNACIO PORRAS PULIDO

USUARIO DE 70 AÑOS VIVE CON SU ESPOSA, CON DIAGNÓSTICOS DE HIPOTROFIA DE TENDONES EXTENSORES POR LESIÓN CORTANTE, COXARTROSIS, DIABETES, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PRESENTA DEFICIENCIA GRAVE EN FUNCIONES RELACIONADAS CON LA FUERZA MUSCULAR, FUNCIONES RELACIONADAS CON LA RESISTENCIA MUSCULAR, FUNCIONES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS CON DEFICIENCIA GRAVE EN ESTRUCTURAS DE EXTREMIDAD SUPERIOR , CON CAMBIOS CUALITATIVOS EN LA ESTRUCTURA DE LA EXTREMIDAD IZQUIERDA QUE LIMITAN SU ACTIVIDAD PARA DESVESTIRSE LAVARSE, ETC. Y RESTRINGIENDO SU ROL LABORAL EN EL CAMPO.

REQUIERE COLCHON ORTOPEDICO DOBLE PERMITIENDO REDUCIR LA CARGA MUSCULOESQUELETICA QUE SE GENERA POR SU PATOLOGIA Y KIT AVD (DESVESTIDOR DE CALZADO, COLOCADOR DE MEDIAS Y GANCHO ABOTONADOR) PERMITIENDO REALIZAR LAS ACTIVIDADES QUE SE LE DIFICULTAN POR SU LIMITACIÓN EN MOTRICIDAD FINA



Powered by CamScanner