REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20815479

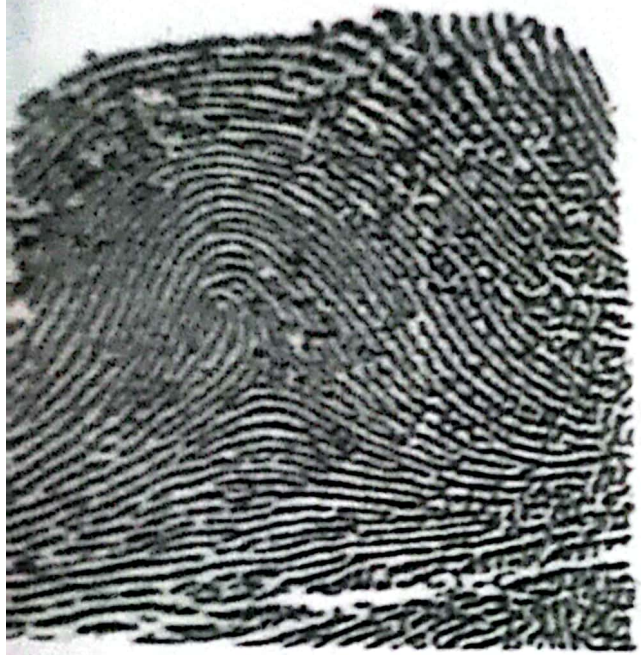
LEAL DE TORRES
APELLIDOS

GLORIA LUCY
NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-AGO-1946**

VILLARRICA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-ENE-1974 CABRERA

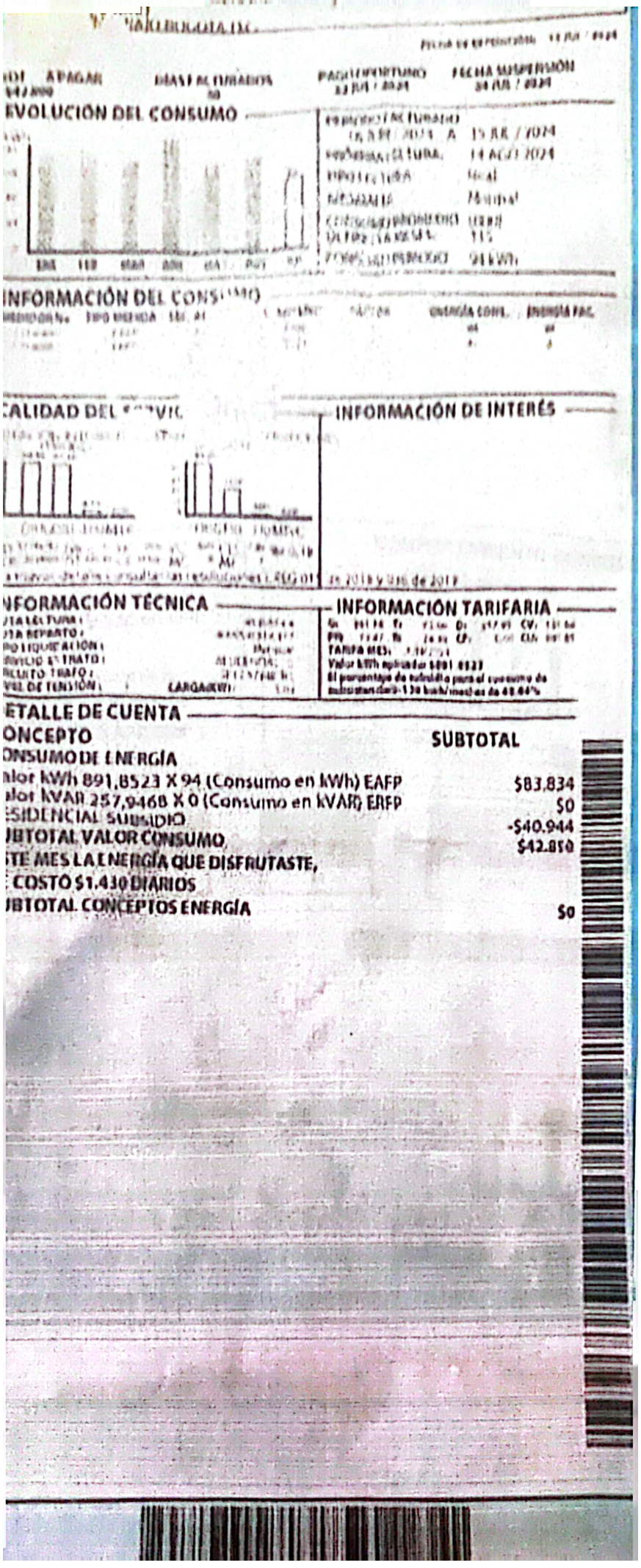
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500106-47092131-F-0020815479-20020111 **05070** 02010A 01 101625322

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

INFORMACIÓN TARIFARIA

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 891,8523 X 94 (Consumo en kWh) EAFP	$83.834
Valor kVAR 257,9468 X 0 (Consumo en kVAR) ERFP	$0
RESIDENCIAL SUBSIDIO	-$40.944
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$42.850
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE,	
TE COSTO $1.430 DIARIOS	
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	$0

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

Fecha de Registro: 13/07/2024 11:25:41 a. m.
Fecha Actual : sábado, 13 julio 2024
Consecutivo : 33561743

USS: NS - CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ
Dirección USS: Corregimiento San Juan de Sumapáz
Telefono USS: 3212302947

PLAN DE MANEJO EXTERNO

NOTA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 20815479
Nº Folio: 109 **Folio Asociado:** 107
Nº Gestor Formula Medica: LC20815479_109

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: GLORIA LUCY LEAL DE TORRES
Identificación: 20815479 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 6/08/1946 **Edad Actual:** 77 Años / 11 Meses / 7 Días
Estado Civil: Casado
Dirección: SAN JUAN DE SUMAPAZ
Teléfono: 3204447245
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 2

DATOS DEL INGRESO

Responsable: .
Teléfono Resp: ,,
Dirección Resp: .
Nº Ingreso: 1463803 **Fecha:** 11/06/2024 8:14 5

Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General
Sede Asistencial: CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ
Ingreso Por: Consulta_Externa
Servicio: CONS MEDICINA GENERAL - USS SAN JUAN DE SUMAPAZ
Suministros Paciente:

Diagnostico Principal: I839 VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION

Diagnostico Relacionados: I839 - VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION

Diagnostico Relacionados: I832 - VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA E INFLAMACION

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIA DE 15-20 MMHG TIPO MEDIA AL MUSLO
PARA USO CONTINUO

Total Items: 1

Profesional 1022363594 - MONTAÑEZ ROMERO CRISTHIAN FELIPE
Registro Profesional 1022363594
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

DR. CRISTHIAN MONTAÑEZ
MÉDICO GENERAL
C.C. 1022363594

FIRMA Y SELLO

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

Powered by CamScanner

Sur E.S.E.

USS:

NIT 900958564

RESULTADO DE PROCEDIMIENTO

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Solicitud: 13/04/2023 11:58 a. m. **F. Realización:** 18/12/2023 03:27 p. m. **F. Resultado:** 18/12/2023 03:28 p. m. **CONFIRMADO**

Médico: 19291108 FRANCISCO GOMEZ HERNANDEZ

Información Paciente: GLORIA LUCY LEAL DE TORRES **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 20815479 **Edad:** 77 Años / 4 Meses / 12 Días **F. Nacimiento:** 06/08/1946

E.P.S: EPSC34 CAPITAL SALUD EPSS S A S

Entidad:

INFORMACIÓN GENERAL

Información Servicio: 882317 ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES **Folio:** 83

Descripción: DOPPLER VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES

Venas iliacas externas, femoral común, femorales superficial, poplítea y tibiales permeable compresibles con flujo color y espectral normales, sin evidencia de insuficiencia venosa.

Vena safena interna y externa permeables compresibles con signos de insuficiencia.
Cayado safeno femoral permeable de calibre normal.
Varices en ambas piernas.
No hay edema.
Eccema varicoso.
Huella de ulcera varicosa cicatrizada pierna derecha.

OPINION
Estudio negativo para trombosis venosa y superficial
Insuficiencia venosa en amabas safenas internas.
Varices en ambas piernas con predominio en pierna derecha.

Análisis: .

Nacional 19291108 - GOMEZ HERNANDEZ FRANCISCO

Registro Profesional 19291108

Especialidad RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

Control General Oftalmologia

Documento: C C 20815479 **Paciente:** GLORIA LUCY LEAL DE TORRES
NCI: 5645311 **Edad :** 77 Años **Sexo:** Femenino
Atendido por: Dr. Oscar Javier Velez Solarte **Fecha Atención:** 2024/05/17 11:49 a.m.
Cierre Atencion: 2024/05/17 12:00 p.m.

Control
1. Antecedente de desprendimiento de retina tratado 2 ocaciones
2. FACO + LIO OD Dra AG
Aplica: sophipren cada 12 horas, krytantek cada 12 horas
PIO PICO OI: 48
Agudeza visual optometria: Ojo derecho: 20/200 cc 20/150 Ojo izquierdo: MM
Presion intraocular: Ojo derecho: 16 Ojo izquierdo:14
Biomicroscopia
Ojo derecho: Cicatriz conjutnival 360 grados, resots de mersilene subconjutnival, m cornea clara, pupila redonda normoreactiva, pseudofaquia
Ángulos ISNT 3
Ojo izquierdo: Hiperemia generalizda, engrosamietno y cictriz conjuntival, corneacon escas guttas, pigemtno endotleial, rubeosis grado 3, ectropion uveal, CAF, Pseudofaquia. cel0.5+
Ángulos ISNT0 sinequial
FDO
OD: Microdisco inclinado, macula con cambios de atrofia geografica central , por retinocoridosis miopica, periferia se observa aplicada, zona de cerclaje en 360°, no evidencia de nuevas lesiones.
OI Opacidad de medios, disco ovalado, inclinado, se evidencian algunos detalles de polo posterior, macula con atrofia geografia, no se evidencian mas detalles por opacidad de medios.
Plan
Buen control de PIO, mantenr krytantek, Sophipre cada 24 horas hasta terminar recipiente. Optive permanente
Explico recomendaciones generales y signos de alarma
Durante atencion de paciente, el medico oftalmólogo utiliza guantes desechables y tapabocas. Adicionalmente se tienen todas las medidas de protección y desinfeccion segun protocolo de la clinica . Lavado de manos antes y despues de antender al paciente.

DIAGNÓSTICO

• Diagnóstico Principal

• **H442_1**	**Miopia degenerativa**		
Causa Externa: enfermedad general		Clase: Confirmado Repetido	Ojo: Ambos Ojos
H353_1	**Degeneracion de la macula y del polo posterior del ojo**		
Causa Externa: enfermedad general		Clase: Confirmado Nuevo	Ojo: Ambos Ojos
H405_4	**Glaucoma neovascular**		
Causa Externa: enfermedad general		Clase: Confirmado Nuevo	Ojo: Ojo Izquierdo
Z988_5	**Pseudofaquia**		
Causa Externa: enfermedad general		Clase: Confirmado Nuevo	Ojo: Ambos Ojos

ORDENES MEDICAS

Tipo Orden: Interconsulta
Observaciones: Control feb 2025

Powered by CamScanner

Control General Oftalmologia

Documento: C C 20815479 **Paciente:** GLORIA LUCY LEAL DE TORRES
NCI: 5645311 **Edad :** 77 Años **Sexo:** Femenino
Atendido por: Dr Oscar Javier Velez Solarte **Fecha Atención:** 2024/01/12 1:15 p m
Cierre Atencion: 2024/01/12 1:20 p m

Interconsulta
1 Antecedente de desprendimiento de retina tratado 2 ocaciones
2 FACO + LIO OD
Aplica: sophipren cada 6 horas, krytantek cada 12 horas, glaucomed cada 24 horas (no las toelra)
PIO PICO OI: 48
Agudeza visual optometria: Ojo derecho: 20/200 ce 20/150 Ojo izquierdo: MM
Presion intraocular: Ojo derecho: 16 Ojo izquierdo.5
Biomicroscopia
Ojo derecho: Cicatriz conjutnival 360 grados, resots de mersilene subconjutnival, m cornea clara, pupila redonda normoreactiva, pseudofaquia
Angulos ISNT 3
Ojo izquierdo: Hiperemia generalizda, engrosamietno y cictriz conjuntival, corneacon escas guttas, pigemtno endotelial, rubeosis grado 3, ectropion uveal, CAF, Pseudofaquia. cel0.5+
Angulos ISNT0 sinequial
FDO
OD: Microdisco inclinado, macula con cambios de atrofia geografica central , por retinocoridosis miopica, periferia se observa aplicada, zona de cerclaje en 360°, no evidencia de nuevas lesiones.
OI: Opacidad de medios, hemorragia vitrea en reabsoracion disco ovalado, inclinado, se evidencian algunos detalles de polo posterior, macula con atrofia geografia, no se evidencian mas detalles por opacidad de medios.
Plan
Control 29 con ecografia, suspender glacumoed, resto mantener igual

Explico recomendaciones generales y signos de alarma
Durante atencion de paciente, el medico oftalmólogo utiliza guantes desechables y tapabocas. Adicionalmente se tienen todas las medidas de protección y desinfeccion segun protocolo de la clinica . Lavado de manos antes y despues de antender al paciente.

DIAGNÓSTICO

• Diagnóstico Principal

• **H405_4** **Glaucoma neovascular**			
Causa Externa: enfermedad general	Clase: Confirmado Nuevo	Ojo: Ojo Izquierdo
H442_1 **Miopia degenerativa**			
Causa Externa: enfermedad general	Clase: Confirmado Repetido	Ojo: Ambos Ojos
H359_5 **Otros trastornos de la retina Secuelas DR previo**			
Causa Externa: enfermedad general	Clase: Confirmado Nuevo	Ojo: Ambos Ojos

ORDENES MEDICAS

Tipo Orden: Interconsulta
Observaciones: Ver 29/01/23

Dirección: Av. 100 No. 18a-51 Bogotá D.C., Colombia • Teléfonos (+57)(+1) 2187077 - (+57)(+1) 6449555 • Fax (+57)(+1)6104406 • Web: www.barraquer

Powered by CamScanner

Consecutivo 31842972

NIT: 900958564

USS: NS - CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ
Dirección USS: Corregimiento San Juan de Sumapáz
Telefono USS: 3212302947

PLAN DE MANEJO EXTERNO

HISTORIA CLINICA PACIENTE CRONICO HTA- DM-EPOC

Nº Historia Clinica: 20815479
Nº Folio: 102 **Folio Asociado:** 101
Nº Gestor Formula Medica: LC20815479_102

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: GLORIA LUCY LEAL DE TORRES
Identificación: 20815479 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 6/08/1946 **Edad Actual:** 77 Años / 7 Meses / 10 Días
Estado Civil: Casado
Dirección: SAN JUAN DE SUMAPAZ
Teléfono: 3204447245
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 2

DATOS DEL INGRESO

Responsable: S
Teléfono Resp: S
Dirección Resp: S
Nº Ingreso: 1416794 3 **Fecha:** 16/03/2024 9:29

Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General
Sede Asistencial: CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ
Ingreso Por: Consulta_Externa
Servicio: CONS MEDICINA GENERAL - USS SAN JUAN DE SUMAPAZ
Suministros Paciente:

Diagnostico Principal: *I10X* HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Diagnostico Relacionados: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diagnostico Relacionados: E785 - HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionados: K295 - GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionados: J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionados: E119 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

MEDICAMENTOS POS

Medicamento: M01046 DIOSMINA 450mg/1U + HESPERIDINA 50mg/1U - Tabletas **Cantidad:** 180 CIENTO OCHENTA
Concentracion: 450mg/1U + 50mg/1U **Unidad:** CAPSULA **Vía Administración:** Oral **Duración:** 90 Días
Dosis: 500 **Unidad Dosis:** MILIGRAMO **Frecuencia:** 12 Hora
Observaciones: TOMAR UNA TABLETA DESPUES DEL ALMUERZO Y TOMAR OTRA TABLEMA DESPUES DE LA COMIDA.

Profesional 1022363594 - MONTAÑEZ ROMERO CRISTHIAN FELIPE
Registro Profesional 1022363594
Especialidad MEDICINA GENERAL CRONICOS

DR. CRISTHIAN
MÉDICO GI
C.C. 1022

FIRMA Y SELLO

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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	20815479
NOMBRES	GLORIA LUCY
APELLIDOS	LEAL DE TORRES
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	23/12/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 07/31/2024 11:05:43 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

Powered by CamScanner

ALCALDIA 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	Gloria	Segundo Nombre	Cury
Primer Apellido	Leal	Segundo Apellido	De Torres
Tipo de Identificación	RC: TI: X CC: PEP: Otro: ¿Cuál?	No. de ID	20815479 — Nacionalidad: colombiana
Fecha de Nacimiento	DD: 06 MM: 08 AA: 1946	Edad	79
Sexo	H: X I/S:	Género	X M: TS: Otro: ¿Cuál?
Nombre Identitario		Orientación Sexual	HE: HO: BI: 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. Extranjero(a): 6. Persona en condición de calle: 7. Migrante: 8. Campesino(a)/Campesina: 9. Persona de minoría étnica: 10. Ninguna:		
¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?	1. Afrodescendiente: 2. Negro(a): 3. Palenquero: 4. Raizal: 5. Indígena: Indique nombre de Pueblo Indígena: 6. Room o gitano(a): 7. Ninguno: X		
Localidad	20 Código — Suma Paz Nombre	Barrio	Tunal Bajo — UPZ:
Dirección	Vereda Tunal Bajo Finca Sabia Baja		Estrato:
Descripción de la ocupación	Ama de casa	Teléfonos	3205552517
Tipo de Afiliación a Salud	C: X PPNA: EXES: EAPB: Capital Salud	SISBEN	SI: X — Puntaje del SISBEN:
Diagnóstico Médico (CIE10)	E119 Diabetes mellitus	Tipo de Discapacidad	F: A: V: SC: CG: PMT: X
Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s)	DAP - AT 1: colchón antiescaras Sanicobble DAP - AT 2: Medias de compresión 15-20 marca DAP - AT 3: Kit visual (Guía firma, tablero, calculadora, cojín, elementos, lupa, lentes, medical)		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 ingreso: X Beneficiario de vigencia anterior: — Vigencias en las que ha sido beneficiario: —	Fecha de Solicitud	DD: 09 MM: 07 AA: 24
Si el solicitante ha sido beneficiario (a) en otras vigencias, especificar los dispositivos recibidos			

2. SELECCIÓN DE CANDIDATO: (Marque con una x)

Criterios de selección del Candidato	SI	No
a. Cumple con los requisitos para ser beneficiario del convenio o contrato.	X	
b. Presenta los documentos solicitados, de acuerdo con lo establecido en el Lineamiento Técnico Distrital.	X	
c. El solicitante anexa prescripción médica realizada por un médico ortopedista o fisiatra (obligatorio para calzado ortopédico, plantillas y medias de compresión)	X	
d. El dispositivo de asistencia personal -DAP- es un elemento No cubierto por el Plan de Beneficios	X	

3. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES Y COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

3.1 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CANDIDATO (A)

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; en mi calidad de candidato(a) al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Gloria Leal, identificado(a) con CC número 20815479, 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)	Gloria Leal	Firma	No firma	Tipo y No. de ID	CC	20815479	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Amidia Ruata	Firma		Tipo y No. de ID	CC	39800350	
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. colchon antiescaras			
2. medias de compresión			
3. Kit visual			

Observaciones: _____

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, 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	Gloria			Segundo Nombre	Lucy						
Primer Apellido	Leal			Segundo Apellido	De Torres						
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	20815479	
Fecha de Visita	04 DD	01 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 dificultad)	2. Dificultad moderada (Media Regular)	1. Dificultad Leve (Poca dificultad)	0. No hay Dificultad (Ninguna Insignificante)
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	Intermitente	Limitado	Extenso	Generalizado	

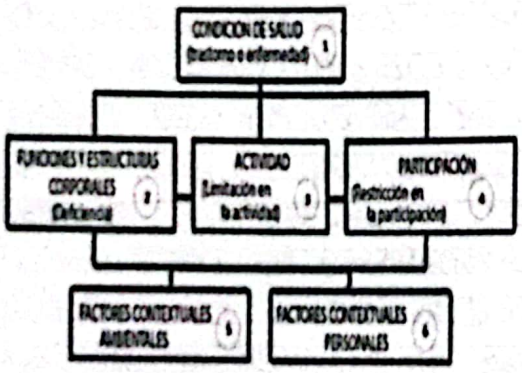
Autocuidado

Higiene	Independiente X	Semidependiente	Dependiente	
Vestido	Independiente X	Semidependiente	Dependiente	
Alimentación	Independiente X	Semidependiente	Dependiente	
Otro ¿Cuál?		Independiente	Semidependiente	Dependiente

Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad	SI	NO	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	• miopía degenerativa - Glaucoma neurovascular - Pseudofaquia - Degeneración de la mácula - Venas varicosas - miembros inferiores - Hipertensión - Diabetes mellitus - EPOC
2	b210.2 funciones visuales b220.2 sensaciones asociadas con el ojo y estructural adyacentes b280.2 sensación de dolor b415.2 funciones de los vasos sanguíneos b420.2 funciones de la presión arterial
3	d110.2 mirar d170.2 Escribir d220.2 llevar a cabo multiples tareas b429.2 funciones del sistema cardiovascular b440.2 funciones del sistema respiratorio s210.2 Estructura de la orbita ocular s410.2 Estructura del sistema cardiovascular s430.2 Estructura del sistema respiratorio

Powered by CamScanner

4	d224·2 Tareas y demandas generales d415·2 Mantener la posición del cuerpo d455·2 Desplazarse por el entorno d570·2 Cuidado de la propia salud
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras: - Autocuidado: la mayor parte del tiempo se la pasa solo) - Trasladarse a citas medicas (se le dificulta realizarlo solo)
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores: - Apoyo de familiares cercanos - Bono adulto mayor

3. ANALISIS DE CORRELACIÓN CLINICA, SOCIAL Y DE CONDICIONES DE VIDA (justificación para la prescripción y proceso de aprobación de los Dispositivos de Asistencia Personal, solicitados para el candidato) Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.

Usuaria de 74 años con diagnosticos medicos anteriormente mencionados, es autocuidadora, realiza las actividades de la vida diaria de forma independiente, se le dificulta trasladarse por trayectos largos debido a su discapacidad, mantener una misma posición por tiempos prolongados ya que refiere un dolor 8/10 en miembros inferiores que se exacerba al permanecer mucho tiempo en posición bipedestación presentando edema y limitando la realización de las actividades. La usuaria vive con los hermanos pero la gran mayoria del dia se la pasa sola, recibe bono de adulto mayor y con la ayuda de sus familiares alcanza a cubrir economicamente las necesidades basicas.

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 - RLCPD						X	
Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad						X	
Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad						X	
Se realiza proceso de canalización	**SI**	Intersectorial	Intrasectorial	Intrainstitucional	Interinstitucional		**NO**
				X			
Si su respuesta fue si, debe diligenciar el formato relacionado con canalización y anexarlo.							

Powered by CamScanner

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

Nombre del Candidato(a)	Gloria Leal	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID	CC	20815479	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Amidia Ramia	Firma	Amidia Ramia	Tipo y No. de ID		39800380	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.M	Tipo y No. de ID	CC	1022343944	
Nombre del Gestor Com		Firma		Tipo y No. de ID			

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

Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPL 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 PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9

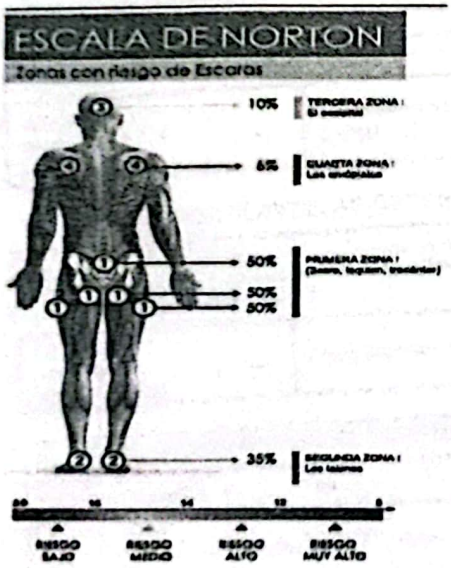
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Gloria						Segundo Nombre	Lucy							
Primer Apellido	leal						Segundo Apellido	De Torres							
Tipo de Identificación	RC	TI	X CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	20815479						
Fecha de visita	09 DD	07 MM	24 AA	Peso del candidato		75 kg		Presenta úlcera o escara					X	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	Hemiplégica	Otro	¿Cuál?						
Localización	a. miembro inferior derecho										Grado	a	X	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	X	NO	lactovit, naflon, emulgrasa														

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 4		Ambulante		Total		Ninguna 4		8
Mediano 3		Apático		Disminuida 3		Camina con ayuda 3		Ocasional		9
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal		
Muy Malo		Estuporoso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal		

TOTAL	17 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 aseo	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	13 horas	Posición en la que permanece	decubito supino (Cuál?) lateral	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		*	*	
Tipo de dispositivo requerido	Colchón ortopédico X	Otro	semiflexible (Cuál?)	Dimensiones del dispositivo (CM)	120 Largo	190 Ancho	20 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					
Dimensiones del baño (cm)	Ancho	Largo	Tamaño o Tipo de Silla de Baño (según peso del beneficiario y dimensiones del espacio)	Cabe la silla por la puerta del baño y/o la ducha	Si / No
Dimensiones de la ducha (cm)	Ancho	Largo		Zona principal donde realiza actividades de higiene	
Dimensiones de la puerta del baño (cm)	Ancho			Esta zona cuenta con espacio suficiente para el dispositivo	Si / No
Observaciones					

6. CALZADO PARA EL CUIDADO Y PROTECCIÓN

Características del calzado	Pie Diabético	Ortopédico	Artritico	¿Cuenta con prescripción médica?			Si	No	
Tipo de calzado	Bota	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	Bajo		X	Alto	Talla	15-20 mm Hg	Color	
Tipo	Perdonado	Perdonado Materno	Ajustado X	A la medida	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))			

Observaciones del Profesional: Usuaria con diagnostico anteriormente mencionado requiere calzado ortopedico evitando la aparicion de nuevas escaras ya que actualmente presenta 1 y medias de compresion para favorecer el proceso de circulacion

Nombre del Candidato(a)	Gloria Leal	Firma	NO FIRMA	Tipo y No. de ID CC	20815479	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Amidia Runza	Firma	Amidia Runza	Tipo y No. de ID CC	39800350	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	NataliaSm	Tipo y No. de ID CC	1022393944	

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

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL VISUALES

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

Primer Nombre	Gloria					Segundo Nombre	Lucy				
Primer Apellido	Leal					Segundo Apellido	De Torres				
Tipo de Identificación	RC	TI	X CC	CE	PEP	Otro ¿Cuál?		No. de ID	20815479		
Datos oftalmológicos	Glaucoma neovascular Diagnóstico Médico					Condición Visual	Baja X	Ceguera	Sordo-ceguera	Otras condiciones de salud	
Fecha de Visita	09 DD	07 MM	24 AA	Ocupación o dedicación de la PcD		Ama de casa					

2. PROCESO DE REHABILITACIÓN

¿Ha tenido proceso de rehabilitación en orientación y movilidad?	SI	X	¿En cuál institución?			
¿Maneja técnica de uso de Bastón?	SI	NO X	¿Maneja técnica de Locomoción independiente?		X	NO
¿Cuenta con prescripción de especialista?	SI	NO X	¿Percibe en espacio abierto desniveles como andenes y escalera?		X	NO
¿Percibe en espacio abierto declives o rampas?	X	NO	¿Requiere algún tipo de entrenamiento?	SI	NO X	¿Cuál?

3. PRESCRIPCIÓN DEL BASTÓN

Medida del Bastón según la estatura (cm)		Tipo de punta	Rodachina	Punteru	¿Lleva dragonera? SI NO
¿Requiere repuestos?	SI NO	Observaciones adicionales			

4. DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS QUE COMPONEN EL KIT VISUAL: Marque con una X

Nombre del Dispositivo							
Bastón guía con puntera	SI	Grabadora digital	SI	Filtros	SI	Pelador de papa	X
Bastón guía con rodachina	SI	Telescopio manual	SI	Abaco cerrado	SI	Abre frascos	SI
Guía de escritura	SI	Atril	SI	Agenda digital	SI	Recordatorio parlante	SI
Guía de firma	X	Metro braille	SI	Medidor de aceite	SI	Juego de ayudas didácticas	SI
Reloj parlante	SI	Pizarras braille	SI	Medidor de líquidos	SI	Tablet	SI
Reloj braille	SI	Calculadora parlante	X	Llavero parlante	SI	Báscula para peso corporal parlante	SI
Despertador parlante	X	Termómetro parlante	SI	Encendedor	SI	Juego de ayudas didácticas	SI
Cuadernos braille	SI	Punzón	SI	Cortador o picador de alimentos	X		
Regleta metálica	SI	Enhebrador	SI	Balanza de cocina parlante	SI		
Otros ¿Cuáles? Termometro parlante							
¿Los elementos tecnológicos cuentan con prescripción especializada?	SI	NO	Observaciones adicionales	se prescribe kit visual facilitando la realizacion de actividades de la vida diaria			

5. COMPROMISOS DE LA PCD Y SU FAMILIA

¿La PcD debe asistir a entrenamiento de los elementos y al programa de orientación y movilidad?	SI	X	¿En dónde? Fecha				
Nombre del Candidato	Gloria Leal	Firma	No firmo	Tipo y No. de ID	CC	20815479	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador	Amidia Ruiz	Firma	Amidia Ruiz	Tipo y No. de ID	CC	39800350	
Nombre del Terapeuta/ Gestor Com.	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.M	Tipo y No. de ID	CC	1022393944	

Powered by CamScanner

GLORIA LUCY LEAL



Powered by CamScanner