REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.032.656.096

ROMERO POVEDA

APELLIDOS

MAICOL JOAN

NOMBRES



Maicol Joan Romero

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-2005

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

10-SEP-2023

FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

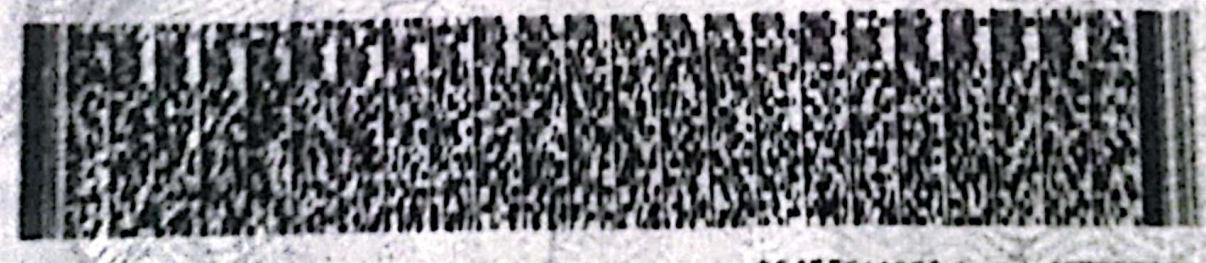
M SEXO

11-MAY-2015 CABRERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

ALVARO ANGEL SANCHEZ TORRES



P-1502500-00728375-M-1032656096-20150801 0045551166A 1 42785580

Powered by CamScanner

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
### CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.119.694**

**POVEDA SUSA**

APELLIDOS

**FLORISELDA**

NOMBRES



floriselda

Poveda susa

FIRMA

Powered by CamScanner

Powered by CamSc



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1970**

**CABRERA**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.50** | **B+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**09-OCT-1990 BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

A-1500150-00208354-F-0052119694-20100108 0019817720A 1 33236339

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

VEREDA SAN JOSE CORREGINIENTO DE SAN JUAN ZONA 20 DEL SUMAPAZ
JUNTA DE ACCION COMUNAL
PERSONERIA JURIDICA2350

San José Sumapaz 09 de julio del 2024

Señores: (a)

**A quien corresponda**

La suscrita junta de acción comunal de la vereda san José cabecera de san juan localidad 20, Sumapaz. Con personería jurídica 2350 de fecha 30 de agosto de 1985.

**Certifica**

Que el joven Maicol Joan Romero Poveda identificado con la cedula de ciudanía N*1032656096 de Bogotá; reside en la vereda san José del corregimiento de san juan, localidad 20 de Bogotá, desde hace unos varios años, a quien se le ha observado buena conducta durante su permanencia y se certifica que vive con su núcleo familiar en nuestra vereda y es un joven con discapacidad.

Se expide por la junta de acción comunal de la vereda san José a los 09 días del mes de mes de julio del 2024.

Atentamente.



Sandra Cifuentes Barbosa.

Celular: 3102070010

Presidente j.a.c



Rubén Darío García morales

celular: 3138228869

secretario j.a.c



Powered by CamScanner

Sur E.S.E.

INFORME DE ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO PEDIÁTRICO

NIT: 900958564 Centro de Atención: ME - USS MEISSEN Tipo de HC: HC013

## INFORME DE ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO PEDIÁTRICO

No Historia Clínica: 1032656096 Nombres y Apellidos: MAICOL JOAN ROMERO POVEDA Ingreso: 10710549

Área Servicio: CONS CARDIOLOGIA - CAPS MEISSEN

SE REALIZA ATENCION MEDICA CON TODAS LAS MEDIDAS DE PRECAUCION Y BIOSEGURIDAD POR COVID 19.

DIAGNOSTICO:
1. CONUNICACIÓN INTERVENTRICULAR SUB AORTICA RESTRICTIVA, SIN REPERCUSION HEMODINAMICA.
2. ESTENOSIS PULMONAR LEVE (Grad max: 27 mmHg).
3. INSUFICIENCIA TRICUSPIDA Y PULMONAR LEVE
4. CONTRACTIBILIDAD GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADA
5. NO SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

| Código | Descripción | Principal |
|---|---|---|
| Z008 | OTROS EXAMENES GENERALES | ☑ |

Cindy Montoya Gonzalez
Cardiólogo Pediatra
RM 55305328

Profesional MONTOYA GONZALEZ CINDY MARLENE
Registro Profesional 55305328
Especialidad ECOCARDIOGRAMA TT PEDIATRICO

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.

# CONSULTA HISTORIA MEDICINA GENERAL WEB

**Centro de Atención:** UD - CENTRO DE SALUD MARICHUELA **Tipo de HC:** HC271

**NIT: 900958564**

## DATOS DEL INGRESO

**ngreso:** 13404460 **Fecha Ingreso:** 04/11/2023 11:32 a. m. **Ingreso Por:** Consulta_Externa **Cama:**

**N° Folio:** 1 **Fecha de Folio:** 22/11/2023 10:26 p. m. **Área de Servicio:** CONS MEDICINA GENERAL - CAPS MARICHUELA - Territoriales

**Causa Externa:** Enfermedad_General **Finalidad de la consulta:** No_Aplica

## DATOS DEL PACIENTE

**Tipo Doc:** Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 1032656096 **Nombres:** MAICOL JOAN ROMERO POVEDA

**F. Nacimiento:** 19/09/2005 **Edad de HC:** 18 Años / 2 Meses / 3 Días **Sexo:** Masculino

**Estado Civil:** Soltero **Teléfono:** 3214374916 **Ocupación:** Otras Ocupaciones

**Dirección:** ESCUELA VEREDA SAN JOSÉ (3.829164,-74.393244) **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

## CONSULTA HISTORIA MEDICINA GENERAL WEB

**Acompañante:** FLORISELDA POVEDA **Teléfono(s):** 3222909586

**Ocupacinón:** NO REFIERE

**Tipos de discapacidad:** Intelectual/Cognitiva **ETNIA:**

## MOTIVO DE CONSULTA

SALUD A MI VEREDA

## ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO, DE 18 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PATOLOGICO DE SINDROME DE DOWN, QUE SE REALIZA CONSULTA DE SALUD A MI VEREDA, EN EL CONVENIO 0002 2023, LA CUAL SE REALIZA CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE FLORISELDA POVEDA, QUIEN REFIERE REFIERE PRESENTA RINORREA, PRURITO NASAL, DE 8 DIAS DE EVOLUCION, QUE YA SE ENCUENTRA MEJOR, REFIERE ESCUCHA RUIDOS Y PALABRAS SIN DIFICULTAD, NIEGA FIEBRE U OTRA SINTOMATOLOGÍA.

## REVISION POR SISTEMAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| **rganos de los entidos:** | MADRE NIEGA | **Piel y Faneras:** | MADRE NIEGA |
| **ardioPulmonar:** | MADRE NIEGA | **Gatrointestinal:** | MADRE NIEGA |
| **enitourinario:** | MADRE NIEGA | **Musculo Esqueletico:** | MADRE NIEGA |
| **eurológico:** | CONCIENTE, ALERTA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO FOCALIZACION NO MENINGEOS, NO ATAXIA REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++/++++,. | | |

## SIGNOS VITALES

**ado de Conciencia:** Alerta **Estado de Hidratación:** Sin DHT

**-mming:** 125,0 **TAD:** 80,0 **FC/min:** 107,0 **FR/min:** 18,0 **SO2%:** 92,0 **Temperatura:** 36,0

**Kg:** 43,8 **Talla cms:** 144 **IMC:** 21,1 **Descripción de IMC:** PESO NORMAL

## EXAMEN FISÍCO

| | |
|---|---|
| **za y :** | PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, INGUPGITACION YUGULAR, NO ADENOPATIAS. |
| **y Cardiovascular:** | RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICU CONSERVADO EN BASES, NO TIRAJES INTERCOSTALES. |
| **nen:** | RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION IRRITACION PERITONEAL, NO VISCEROMEGALIAS PALPABLES. |

**nal** ROMERO ROMERO JEISON FERNANDO

**Profesional** 1013616662

**dad** MEDICINA GENERAL TERRITORIOS

Jeison F. ROMERO
Medicina General
C.C. 1013616662
R.M.R: 042/17

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

## a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MAICOL | JOAN | ROMERO | POVEDA |

### 1.5 Documento de Identidad

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

| Número de documento de identidad: | 1032656096 |
|---|---|

## b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
|---|---|---|---|
| | Año | Mes | Día |
| Proyectar salud SAS | 2022 | 9 | 22 |

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

## c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

## d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Dominio | Porcentaje |
|---|---|
| Cognición | 50.00 |
| Movilidad | 0.00 |
| Cuidado Personal | 68.75 |
| Relaciones | 75.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 61.11 |
| Participación | 75.00 |
| GLOBAL | 54.98 |

## e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b117.2 b122.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.170

3. Codigos Actividades y Participación

d161.2 d598.3 d910.3



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 a cargo de la Subdirección General del Sistema General de Seguridad Social en Salud

**Resultados de la consulta**

**Información Básica del Afiliado :**

| | |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 1[illegible] |
| NOMBRES | MARÍA JOSÉ |
| APELLIDOS | [illegible] |
| FECHA DE NACIMIENTO | [illegible] |
| DEPARTAMENTO | BOGOTÁ D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTÁ D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | PAGADOR | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE RETIRO | PARENTESCO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS S S A S " | SUBSIDIADO | 19/10/2020 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

**Fecha de Impresión:** | 07/31/2024 11:29:38 | **Estación de origen:** | 192.168.76.220

Powered by CamScanner

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

## FORMATO DE SOLICITUD

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Nombre | Maicol | Segundo Nombre | Jair |
| Primer Apellido | Romero | Segundo Apellido | Poveda |
| Tipo de Identificación | RC: — TI: X CE: — PEP: — Otro: — Cual? — | No. de ID | 1032636096 — Nacionalidad: colombiana |
| Fecha de Nacimiento | 10 (DD) 09 (MM) 2005 (AA) | Edad | 18 |
| Sexo | X M — I/M — | Género | F — X — TR — Otro — Cual? — |
| Nombre Identitario | — | Orientación Sexual | — Cual? — |
| ¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales? | 1. Gestante — 2. Persona en situación de discapacidad: X — 3. Víctima del conflicto armado — 4. Población LGTBIQ+ — 5. Farmacodependiente — 6. Persona en condición de calle — 7. Inmigrante — 8. Ninguna de las anteriores: X — 9. Persona de apoyo a la discapacidad — 10. Cuidador — | | |
| ¿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 gitanos — 7. Ninguno: X | | |
| Localidad | 20 (Código) Sumapaz (Nombre) | Barrio | San Jose — UPZ — |
| Dirección | Vereda San Jose Finca la pradera | | Estrato — |
| Descripción de la ocupación | Estudiante | Teléfonos | 3214374916 |
| Tipo de Afiliación a Salud | C: X — PPNA: — EXES: — EAPB: capital salud | SISBEN | X — NO — Puntaje del SISBEN — |
| Diagnóstico Médico (CIE10) | Q90.9 Sindrome de down | Tipo de Discapacidad | F — A — V — SC — X — PSIC — SE — |
| Dispositivos de Asistencia Personal - Solicitado(s) | DAP - AT 1: Kit cognitivo (ficha) de construcción lotería de asociación, cubos) — DAP - AT 2: Tablet — DAP - AT 3: — | | Cuenta con Cuidador(a): SI: X — NO — |
| Nombre de Cuidador (a) | Fionselda Poveda | Parentesco | mamá |
| Datos del cuidador | 3214374916 (Teléfono) — vereda San Jose (Dirección) | Vive con la persona con discapacidad | SI: X — 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 | 09 (DD) 07 (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, _____, identificado(a) con _____ número _____, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): **a. Manejo de mis datos personales**___, **b. Registro fotográfico**___ **y c. Anexar copia de mi historia clínica**___, como parte de la documentación para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.

**3.2 AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE CUIDADOR (A) Y/O REPRESENTANTE LEGAL**

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, acerca del tratamiento de datos personales y la Resolución 1995 de 2005 que establece el manejo y custodia de la Historia Clínica; **en mi calidad de cuidador(a) y/o representante de la persona con discapacidad candidato(a)** al proyecto de otorgamiento de ayudas técnicas NO POS del Fondo de Desarrollo Local, yo, Fionselda Poveda, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52119694, autorizo al FDL y al ejecutor del convenio o contrato, a (marque con una x, según corresponda): **a. Manejo de datos personales** X, **b. Registro fotográfico** X **y c. Anexar copia de historia clínica** X, como parte de la documentación de la persona con discapacidad, la cual represento, para el proceso de otorgamiento del(los) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s) NO POS solicitadas a través del proyecto de inversión local en salud de la actual vigencia del Fondo de Desarrollo Local; información que será archivada en la carpeta correspondiente como soporte del proceso para verificación por entes de control.



Powered by CamScanner

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Candidato(a) | Marol Romero | Firma | NO firma | Tipo y No. de ID | TI | 1032686096 | Huella Digital del Candidato |
| Nombre del Cuidador(a) | Floncelda Pareda | Firma | Floncelda Pareda | Tipo y No. de ID | CC | 52119694 | |
| Nombre del Terapeuta | Natalia Sanabria | Firma | Natalia Sm | Tipo y No. de ID | CC | 1022393944 | |
| Nombre del Gestor Com | | Firma | | Tipo y No. de ID | | | |

4. **DECISIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DE APROBACIÓN DEL CONVENIO O CONTRATO** (Este espacio debe ser diligenciado exclusivamente durante el proceso de presentación del caso en el marco del Comité Técnico de Aprobación): El Comité Técnico estudió y aprobó el otorgamiento del(los) siguiente(s) Dispositivo(s) de Asistencia Personal - Ayuda(s) Técnica(s): (Marque con una x)

| Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado | Aprobada | | Criterios de No Aprobación |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | |
| 1. Kit cognitivo | | | |
| 2. tablet | | | |
| 3. | | | |

Observaciones: _____

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Revisa y certifica | Nombre del(a) Facilitador (e) | Natalia Sanabria | Firma | Natalia Sm | 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 APA SDS, 2023

Powered by CamScanner

# FORMATO DE HISTORIA DE VULNERABILIDAD

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Primer Nombre | Marcol | | | | | | | Segundo Nombre | Joan | | |
| Primer Apellido | Romero | | | | | | | Segundo Apellido | poveda | | |
| Tipo de Identificación | RC | X | CC | CE | PEP | Otro | ¿Cuál? | | No. de ID | 1032656096 | |
| Fecha de Visita | 04 DD | 07 MM | 24 AA | | | | | | | | |

**2. CONDICIONES DEL USUARIO**

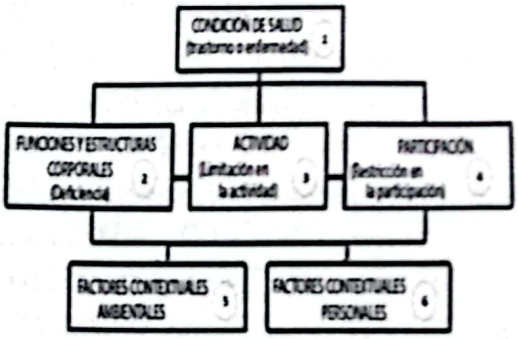
| **Capacidad de funcionamiento para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal:** (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X) | 4. Dificultad completa (Total) | 3. Dificultad Grave (Mucha extrema) | 2. Dificultad Moderada (Media regular) | 1. Dificultad Ligera (Poca escasa) | 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) | Inexistente | X | Externo | 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 | - Sindrome de down<br>- Estenosis pulmonar leve<br>- Insuficiencia tricuspidea |
| 2 | b110.2 funciones de la consciencia<br>b117.2 funciones intelectuales<br>b122.2 funciones psicosociales globales<br>s110.170 Estructura del cerebro |
| 3 | d161.2 centrar la atención<br>d163.2 Pensar (interpretar multiples ideas)<br>d194.2 Aprendizaje y aplicación del conocimiento |



Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 4 | d220.2 llevar a cabo multiples tareas<br>d598.3 Autocuidado<br>d910.3 Vida comunitaria |
| 5 | (incluir barreras y facilitadores)<br>Barreras:<br>- Recursos economicos escasos<br>- Infraestructura (no tienen baño)<br>- No cuenta con servicios publicos (luz de contrabando) |
| 6 | (incluir barreras y facilitadores)<br>Facilitadores:<br>- Estudia en colegio Gimnasio del campo Juan de la cruz (grado 9)<br>- Recibe apoyo socioemocional de la familia |

**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 18 años con diagnosticos anteriormente mencionados, es independiente para realizar actividades de la vida diaria, se encuentra escolarizado, cursando grado noveno por su retraso cognitivo; se le dificulta comprender ordenes complejos, realizar dos ordenes al mismo tiempo, alteraciones en las funciones cognitivas superiores, realizar calculos basicos, encajar objetos, seguir secuencias y relacionarse con personas de su edad.
Usuario vive con papas y hermanos, los recursos economicos son escasos, muchas veces no alcanza para cubrir necesidades basicas, no cuentan con baño ni servicios publicos por lo tanto es una familia en condicion de vulnerabilidad

| **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. | | | | | | | |
| Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad | | | | | | | |
| Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad | | | | | | | |
| Se realiza proceso de canalización | **SI** | **Intersectorial** | **Intrasectorial** | **Intrainstitucional** | **Interinstitucional** | | **NO** |

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



Powered by CamScanner

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Candidato(a) | Marcol Romero | Firma | No firmo | Tipo y No. de ID | 1032656096 | Huella Digital del Candidato | |
| Nombre del Cuidador(a) | Nancelda Rueda | Firma | | Tipo y No. de ID | 52119694 | | |
| Nombre del Terapeuta | Natalia Sanabria | Firma | Natalia Sm | Tipo y No. de ID | 1022393944 | | |
| Nombre del Gestor Com | | Firma | | Tipo y No. de ID | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Revisa y certifica | Nombre del(a) Facilitador (a) | Natalia Sanabria | Firma | Natalia Sm | 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 GPE, SDS, 2024

Powered by CamScanner

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

# FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL : PARA ACTIVIDADES DOMESTICAS, COMUNICACIÓN, INFOMACIÓN, SEÑALIZACIÓN, MANEJO DE BIENES Y PRODUCTOS. CLASES 16, 21 Y 24

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

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Primer Nombre | maicol | | | | | Segundo Nombre | Joan | | | | | |
| Primer Apellido | Romero | | | | | Segundo Apellido | Pareja | | | | | |
| Tipo de Identificación | RC | X | CC | CE | PEP | Otro | ¿Cuál? | | No. de ID | 1032656096 | | |
| Fecha de Visita | DD 09 | MM 09 | AA 24 | Frecuencia de uso | | | | | Permanente | Frecuente | Ocasional | |

## 2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

### 2.1 AUDICIÓN

Aplica SI ___ No X

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

### 2.2 ALIMENTACIÓN

Aplica SI ___ No X

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de alimentación | Sólido | Líquido | Pastoso | Semisólido | Blando | ¿Se atora? | SI | NO | A veces | ¿Con cuáles consistencias? | |
| ¿Cumple las condiciones para los procesos de alimentación (succión, deglución, mordedura y masticado)? | | | | | | | SI | | NO | | |

### 2..3 LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

Incluir Aplica SI X No ___

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

Powered by CamScanner

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

**2.4. ÁREA COGNITIVA**

Aplica SI X No ___

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lateralidad | X | NO | Recepción visual | X | NO | Motricidad fina | X | NO |
| Orientación | X | NO | Procesos mentales | X | NO | | | |

**2.5 MOTRICIDAD**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Patrón mano-boca funcional | X | NO | Limitación rangos de movimiento MMSS | SI | NO | Temblor y/o movimientos asociados MMSS | SI | NO |
| Fuerza muscular MMSS | X | NO | Tipo de agarre | Manos Bones | Cilíndrico | Engano he | Pinza pa per | Tónigu no | Otro ¿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 | SI | ___ | ___ |
| Kit de alimentación | SI | ___ | ___ |
| Ayudas para señalización | SI | ___ | ___ |
| Juguetes adaptados | X | Fichas de construcción. Tablero de asociación. Cubo de aprendizaje | 3 |
| Mesas | SI | ___ | ___ |
| Otro(s) ¿Cuál(es)? | X | Tablet | 1 |

Powered by CamScanner

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

**Observaciones del Profesional:** Usuario con diagnostico enfermedad mencionada requiere kit cognitivo compuesto por 3 juegos adaptados y 4 libros funcional la cognitiva y ocupacional, recreativa y externa. para complementar los procesos manejados por la institución y contribuyendo al mejorar su calidad de vida.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Candidato(a) | Maicol Ramera | Firma | No firma | Tipo y No. de ID | TI 1032615006 | Huella Digital del Candidato |
| Nombre del Cuidador(a) | Florilda Poveda | Firma | Florilda | Tipo y No. de ID | CC 52119694 | |
| Nombre del Terapeuta | Natalia Sanabria | Firma | Natalia | Tipo y No. de ID | CC 1022393944 | |

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

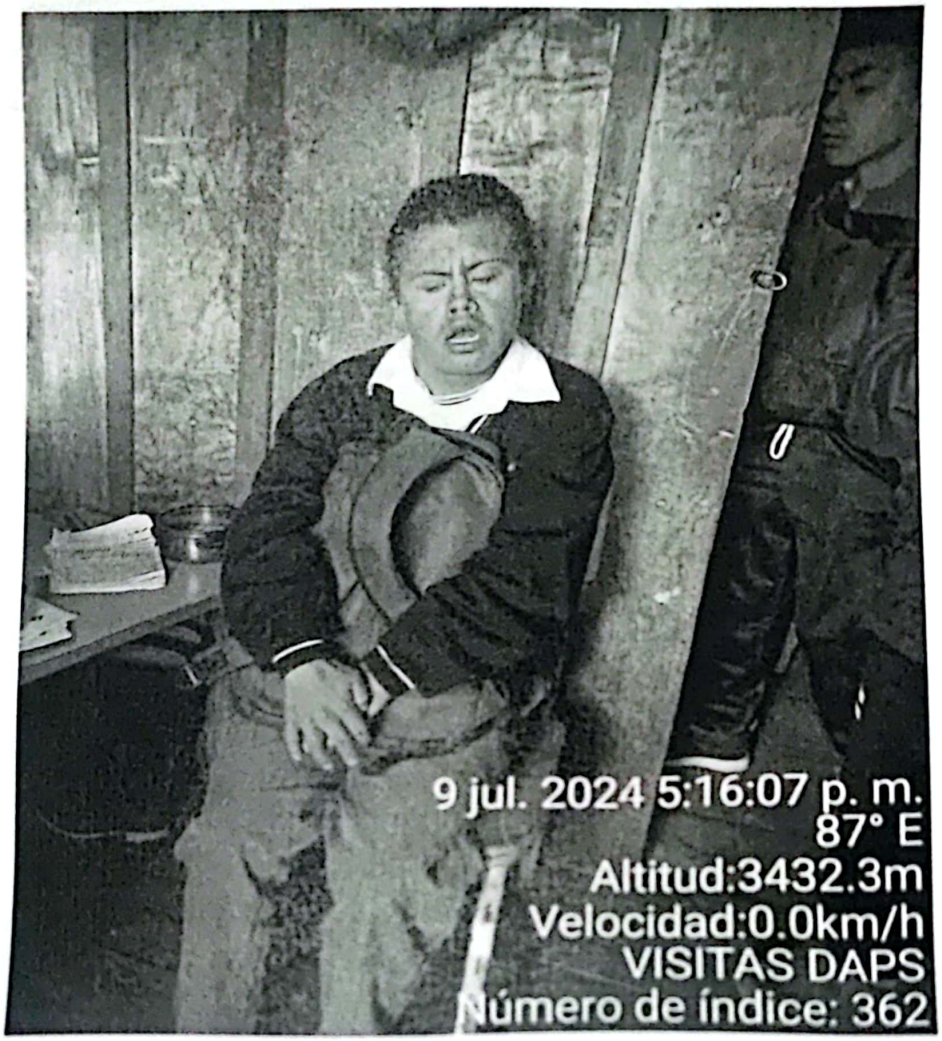
Fuente Bibliográfica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, séptima edición – Equipo GPIL SDS, 2024

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

MAICOL JOAN POVEDA




Powered by CamScanner