REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.973.722

HORTUA RAMIREZ
APELLIDOS

MARIA EDID
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-1958
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

20-NOV-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500120-47149224-F-0051973722-20080707 0441806188B 02 2035

Powered by CamScanner

	HOSPITAL NAZARETH I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CERTIFICADO DE REGISTRO DE CARACTERIZACIÓN Y LOCALIZACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CODIGO - FPMASPC002-39	UEL - DISCAPACIDAD

EL HOSPITAL NAZARETH I NIVEL E.S.E.

CERTIFICA

Que La Sra María Edith. Hoyos Ramírez identificado(a) con Documento de Identidad (Tipo) CC. N° 51'993.722. habitante de la Localidad 20 de Sumapáz y residente en la vereda El Raizal., se encuentra registrado en la Caracterización y Localización de Personas con Discapacidad DANE – Secretaría Distrital de Salud, debido a que presenta alteraciones permanentes en su condición de salud y dificultades para el desarrollo de sus actividades diarias.

En constancia, se expide la presente certificación a los 27. días del mes Noviembre. del año 200.

Firmado,

Johana Arango
TERAPEUTA OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL
R. P. 0109

Johana Arango Mesa

PROFESIONAL ENCARGADO R.P. 0109.

Elaboro: Johanna Arango - Referente Discapacidad
Revisó: Johanna Arango - Referente Discapacidad
Aprobó: Equipo Discapacidad UEL

Vigente Desde 27/11/07
Versión: 1
Página 1 de 1

TELEFAX 2 95 63 53 - 2 95 63 33 - 4 16 34 90 – Consulte Nuestra Pagina www esenazareth gov co

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

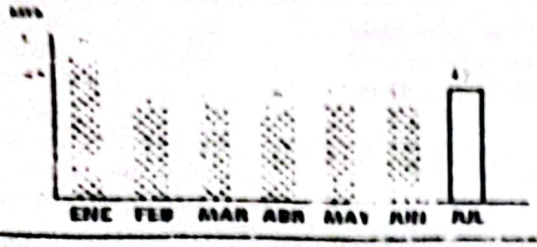
enel

731954064-1

CLIENTE
Alvaro Ortiz
[illegible]

TOTAL A PAGAR	SUBSIDIO	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSION
$13.000	($21.560)	19 JUL/2023	21 JUL/2023

-EVOLUCION DEL CONSUMO



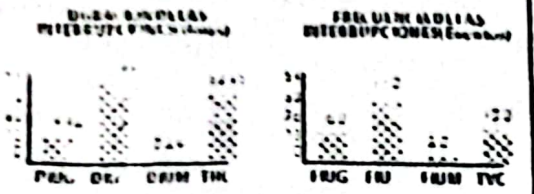
PERIODO FACTURADO:
TIPO LIQUIDACION:
TIPO DE LECTURA:
ANOMALIA:
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
PROXIMA LECTURA:

-INFORMACION DEL CONSUMO

TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	DIFERENCIA	FACTOR	ENERGIA CONS.	ENERGIA FACT.
[illegible]	[illegible]	24210	45	1	45	45

FECHA DE EXPEDICION: [illegible] TOTAL CONSUMO: [illegible]

-CALIDAD DEL SERVICIO



CO: [illegible] CA: [illegible] NC: 0 VC: 2 CEC: [illegible]
PER: [illegible] DES: [illegible] CP: 37 MC: 1 MF: 1 %R: 16

INFORMACION DE INTERES

ESTIMADO CLIENTE:
La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 kwh /mes) es de $798.5036 kWh

G:	372 1477	T:	50 7029	D:	254 3505
CV:	68 7061	PR:	70 5921	R:	14 3609
CU:	831 3401	CF:	0		

TARIFA MES JUN/2023 VALOR kWH Prom $798.5036

-INFORMACION TECNICA

RUTA LECTURA:	[illegible]
RUTA REPARTO:	[illegible]
ESTRATO:	1
CIRCUITO-TRAFO:	[illegible]
CARGA (KW):	2
SERVICIO:	Residencial

NIVEL DE TENSION:	1
COD. FACTURACION:	
GRUPO:	14
MEDIDOR No:	[illegible]752
MEDIDOR No:	

-DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO.	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGIA	
[illegible] valor kWh/hr 45 (Consumo en kWh)	$ 35.933
RESIDENCIAL SUBSIDIO (60.0%)	($21.560)
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$ 14.373
COMPENSAC CALIDAD SERVICIO DE [illegible]	($1.300)
INTERESES MORA (18.56% NOM 14.01% EA)	$?
AJUSTE A LA DECENA($-XXX)	$1
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $ 435 DIARIOS	
SUBTOTAL VALOR OTROS	($1.293)
SUBTOTAL VALOR DESCUENTOS	$0
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGIA	080
CONCEPTO:	SUB AL
PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y BENEFICIOS	0
SUBTOTAL PORTAFOLIO	

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

NIT: 900958564

CONSULTA HISTORIA

Centro de Atención: UI - CENTRO DE SALUD SANTA MARTA

Tipo de HC: HC271

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 10853465 Fecha Ingreso: 24/07/2022 11:03 p.m. Ingreso Por: Consulta_Externa Cama:
Nº Folio: 1 Fecha de Folio: 26/07/2022 11:20 a.m. Área de Servicio: PIC OTROS PROYECTOS SALUD PUBLICA - CONVENIO 0016/2021
Causa Externa: Enfermedad_General Finalidad de la consulta: No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Doc: Cédula_Ciudadanía Identificación: 51973722 Nombres: MARIA EDITH HORTUA RAMIREZ
F. Nacimiento: 26/02/1958 Edad de HC: 64 Años / 4 Meses / 28 Días Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero Teléfono: 3223124633 Ocupación: Otras Ocupaciones
Dirección: EL RAIZAL Localidad - Barrio: NAZARETH - RAIZAL

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S Plan: FE CAPITAL SALUD SUBSIDIADO PGP 2023
Nivel/Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 0 Régimen: SUBSIDIADO EVENTO

CONSULTA HISTORIA MEDICINA GENERAL WEB

Acompañante: HILDA HORTUA Teléfono(s):
Ocupacinón: HERMANA
Tipos de discapacidad: ETNIA:

MOTIVO DE CONSULTA

SALUD A MI VEREDA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA, DE 64 AÑOS DE EDAD, QUE SE ATIENDE CONSULTA JUNTO A SU HERMANA HILDA HORTUA, QUIEN REFIER PRESENTA RETARDO MENTAL LEVE, QUIEN REFIERE NO LE HAN REALIZADO EXÁMENES GENERALES DE LABORATORIO HACE MAS DOS AÑOS, REFIERE BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA FIEBRE U OTRA SINTOMATOLOGIA.

REVISION POR SISTEMAS

Órganos de los sentidos:	HERMANA NIEGA	Piel y Faneras:	HERMANA NIEGA
CardioPulmonar:	HERMANA NIEGA	Gatrointestinal:	HERMANA NIEGA
Genitourinario:	HERMANA NIEGA	Musculo Esqueletico:	HERMANA NIEGA
Neurológico:	, ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, FOCALIZACION NO MENINGEOS, NO DISMETRIA, NO ATAXIA, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ++/+- BABINSKY NEGATIVO BILATERAL.		

SIGNOS VITALES

stado de Conciencia:	Alerta			Estado de Hidratación:	Sin DHT		
AS -mming:	120,0	TAD: 80,0	FC/min: 55,0	FR/min: 18,0	SO2%: 91,0	Temperatura:	36,0
eso Kg:	69,5	Talla cms:	153	IMC: 29,7	Descripción de IMC:	SOBREPESO	

EXAMEN FISÍCO

abeza y uello:	PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA INGURGITACION YUGULAR, NO ADENOPATIAS.
órax y Cardiovascular:	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICI CONSERVADO EN BASES, NO TIRAJES INTERCOSTALES.
bdomen:	RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, IRRITACION PERITONEAL, NO VISCEROMEGALIAS PALPABLES.

ofesional ROMERO ROMERO JEISON FERNANDO
egistro Profesional 1013616662
pecialidad MEDICINA GENERAL OTROS PAGADORES

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

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
NIT: 900958564

CONSULTA MEDICINA GENERAL

Centro de Atención: NN - CENTRO DE SALUD NAZARETH Tipo de HC: HC073

CONSULTA MEDICINA GENERAL

No Historia Clínica: 51973722 Nombres y Apellidos: MARIA EDITH HORTUA RAMIREZ Ingreso: 11783644

Área Servicio: CONS MEDICINA GENERAL -NAZARETH

F700	RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	Ppal	☑
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA	Ppal	☐
I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	Ppal	☐

EXAMENES

Código	Descripción	Observación
879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	
890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	
890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	

PLAN DE MANEJO

MEDICAMENTO	CANTIDAD	VIA	POSOLOGIA	DIAS	INTRAHOSP	M.CONTROL
NAPROXENO 250mg/1U - Tabletas	30	Oral	Naproxeno tabletas de 250 mg tomar una tableta cada 8 horas solo si dolor	10	☐	☐
	1	Ninguno	Mapeo de tensiones arteriales :1.) 2.)3.)4.)5.)6.)7.)8.)9.)10.)	0	☐	☐

INDICACIONES MEDICAS

TIPO DE INDICACION	DETALLE
Salida_Consulta_Externa	Se solicita valoracion por Neurologia y psiquiatria Se solicita TAC de Craneo Simple Se solicita mapeo de cifras tartertiales por 10 dias

Profesional GARCIA ROMERO ANDERSON FARID
Registro Profesional 1023967043
Especialidad MEDICINA GENERAL - PROGRAMAS

FIRMA Y SELLO

Powered by CamScanner

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

NN - CENTRO DE [illegible]
NIT: 900958564

Fecha de Registro: 30/11/22 11:57 a.m. **Nº Historia Clínica:** 51973722 **Nº Folio:** 3 **Ingreso:** 11527782

PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS DE EDAD A QUIEN TENIENDO EN CUENTA SU GRUPO ETARIO (VEJEZ) SE EVIDENCIA EN CONSULTA DE PROMOCIÓN Y DETECCIÓN:

NTECEDENTES DE:

RETRASO COGNITIVO LEVE- MODERADO.
SOBREPESO (28.18)

FINNISH DIABETES RISK SCORE: PUNTUACIÓN TOTAL 12. RIESGO ALTO. RIESGO CARDIOVASCULAR: RIESGO BAJO. FRAMINGHAM: UNTUACIÓN TOTAL 15. RIESGO A LOS 10 AÑOS: 20. RIESGO ALTO.

APGAR: NORMAL. PUNTOS 20.
ASSIST: ACTUALMENTE SIN FACTORES DE RIESGO.
AUDIT: ACTUALMENTE SIN FACTORES DE RIESGO.
CUESTIONARIO DE EPOC: NO ES NECESARIO ORDEN DE ESPIROMETRÍA.
ESCALA DE BARTHEL: 100 PUNTOS.
TEST DE LINDA FRIED: NIEGA PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA, NIEGA AGOTAMIENTO O DEBILIDAD, NIEGA DISMINUCIÓN DE LA UERZA MUSCULAR, NIEGA ACTIVIDAD FÍSICA REDUCIDA O INMOVILIDAD, NIEGA VELOCIDAD LENTA PARA LA MARCHA..PUNTO 1. E FRÁGIL.
SCALA DE LAWTON - BRODY: 5 PUNTOS. DEPENDENCIA MODERADA A LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA.
INIMENTAL: SOSPECHA DE DETERIORO COGNITIVO *PACIENTE CON RETRASO COGNITIVO LEVE- MODERADO**

EDICINA GENERAL O FAMILIAR: SÍ.
DONTOLOGÍA: NIEGA, PACIENTE DESDENTADO.
PH: DESCONOCE.
TOLOGÍA: NIEGA.
AMOGRAFÍA: NIEGA.
ANGRE OCULTA EN HECES: NO.
IESGO CARDIOVASCULAR: NO.
RUEBA RÁPIDA TREPONÉMICA, VIH, HEPATITIS C: SIN FACTORES DE RIESGO.
ACUNACIÓN: REFIERE TENER VACUNACIÓN AL DÍA, NO TRAE EL CARNET.

TUALMENTE ESTABLE CLÍNICAMENTE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN JLAR, CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACIÓN, SIN TRABAJO RESPIRATORIO, LOGRANDO METAS SATURACIÓN CON FIO2 AMBIENTE, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO NI IRRITACIÓN PERITONEAL, LLENADO CAPILAR MENOR 2 SEGUNDOS, EXAMEN DE MAMA SIN ALTERACIONES, SIN DETERIORO NEUROLÓGICO O INFECCIOSO. SE BRINDA EDUCACIÓN IVIDUAL EN SALUD HACIENDO ÉNFASIS EN IMPORTANCIA DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ANCEADA, ACTIVIDAD FÍSICA, HIGIENE CORPORAL Y ORAL ADECUADA, ASISTENCIA A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y DETECCIÓN I EL FIN DE IDENTIFICAR POSIBLES FACTORES DE RIESGO O ALTERACIONES QUE PROVOQUEN DESEQUILIBRIO EN SALUD FÍSICA, ITAL, PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL. DE IGUAL FORMA SE FORTALECE CONOCIMIENTO EN DEBERES, DERECHOS Y PONSABILIDADES. SE REALIZA RETROALIMENTACIÓN, PACIENTE MANIFIESTA COMPRENDER LA INFORMACIÓN, SE ABRE ESPACIO A RESOLVER DUDAS. SE INDAGA ACERCA DE LA ASISTENCIA A OTROS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y DETECCIÓN. SE REALIZAN RESPECTIVOS DIRECCIONAMIENTOS ACORDE A SU EDAD Y NECESIDAD.

PLAN DE MANEJO

Luisa Fernando Avila Parada
C.C 1022443175

fesional AVILA PARADA LUISA FERNANDA
gistro Profesional 1022443175
pecialidad MEDICINA GENERAL P Y D

FIRMA Y SELLO

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

mbre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1007749906

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	51973722
NOMBRES	MARIA EDID
APELLIDOS	HORTUA RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	"/"/"
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

tos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION 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	01/04/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 07/31/2024 11:52:52 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

Powered by CamScanner

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

FORMATO DE SOLICITUD

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

| | | |

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)	Maria Hortua	Firma	NO Firma	Tipo y No. de ID	CC 51947372	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Hilda Hortua	Firma	Hilda Hortua	Tipo y No. de ID	CC 21075772	
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 SI	Aprobada NO	Criterios de No Aprobación
1. Colchon antiescaras			
2. Kit cognitivo			
3.			

Observaciones: _____

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

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 Bibliografica: Formato adaptado del Lineamiento para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal 2023, septima edicion – 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

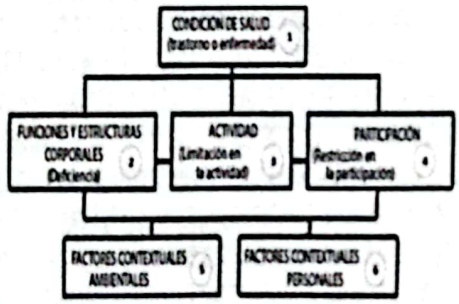
Primer Nombre	Maria	Segundo Nombre	Edid
Primer Apellido	Hortua	Segundo Apellido	Ramirez
Tipo de identificación	CC X	No. de ID	51973722
Fecha de Visita	16 07 24		

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)					
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)		X			
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		

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	- Retraso mental leve - Demencia - Venas varicosas miembros inferiores
2	b117.2 Funciones intelectuales b122.2 Funciones psicosociales globales b144.2 Funciones de la atención b152.2 Funciones emocionales b415.2 Funciones de los vasos sanguíneos
3	d145.2 Aprender a escribir d155.2 Adquisición de habilidades d159.2 Aprendizaje básico b429.2 Funciones del sistema cardiovascular s110.2 Estructura del cerebro s410.2 Estructura del sistema cardiovascular

Powered by CamScanner

4	d177.2 tomar decisiones d220.2 llevar a cabo multiples tareas d240.2 manejo del estres y otras demandas psicologicas d249.2 tareas y demandas generales d455.2 Desplazarse por el entorno
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras= - Recursos economicos escasos - Relacionarse con otras personas
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores- - Recibe bono adulto mayor - Recibe canasta

3. ANALISIS DE CORRELACION 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 66 años con diagnosticos medicos anteriormente mencionados, es independiente para realizar actividades de la vida diaria bajo supervisión, se le dificulta relacionarse con otras personas, mantener la posición bipedo sedente por tiempos prolongados, realizar tareas y demandas generales que impliquen esfuerzos mayores, refiere que presenta dolor en miembros inferiores tipo quemante, realiza la marcha de manera independiente pero siempre acompañada.
Usuaria vive con su hermana quien es la que la cuida y responde economicamente por ella, en los tiempos libres hacen actividades de juegos de mesa.

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

Nombre del Candidato(a)	María Hortua	Firma	No firma	Tipo y No. de ID CC	51973722	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Hilda Hortua	Firma	Hilda Hortua	Tipo y No. de ID CC	21075772	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sarabia	Firma	Natalia S.M	Tipo y No. de ID CC	1022393944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

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

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

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 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:	

FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL - PARA LA TERAPIA, ENTRENAMIENTO, CUIDADO Y LA PROTECCIÓN PERSONAL-CLASES 3 Y 9

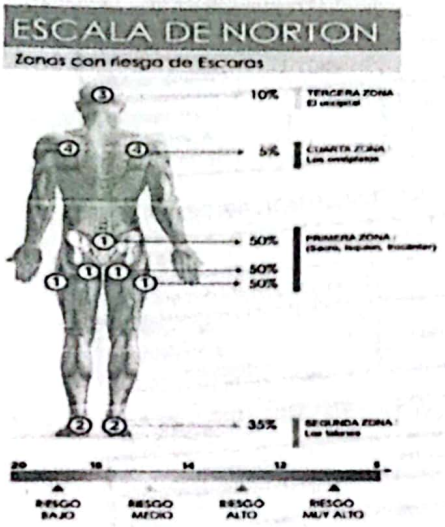
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Manu						Segundo Nombre	Edid			
Primer Apellido	Hortua						Segundo Apellido	Ramirez			
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	51933722	
Fecha de visita	10 DD	07 MM	24 AA	Peso del candidato		96 Kg	Presenta úlcera o escara		SI	X	

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

Presenta úlcera o escara	SI	X	Origen	Pie presión	Glúteos	Sacro	Cola	Talones	Isquiones	Otro	¿Cuál?	
Localización	a						Grado	a				
	b							b				
	c							c				
Ha recibido algún tipo de cuidado por la úlcera o escara	SI	NO	¿Cuál?									

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



ESTADO FISICO		ESTADO MENTAL		ACTIVIDAD		MOVILIDAD		INCONTINENCIA		PUNTAJE
Bueno		Alerta		Ambulante		Total	4	Ninguna	3	7
Mediano	3	Apático	3	Disminuida	3	Camina con ayuda		Ocasional		9
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal		
Muy Malo		Estuporoso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal		

TOTAL	16 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 Posición mixto	Otro ¿Cuál?		¿Cuál?	Perfil del Dispositivo	Alto	Medio	Bajo
Componente del dispositivo	Gel/Espuma	Espuma	Aire	Otro ¿Cuál?	¿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 asiento	Profundidad	Ancho

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:	

4. PRESCRIPCIÓN DE COLCHONES

Número de horas diarias de permanencia en el dispositivo		16 horas	Posición en la que permanece	decubito supino	Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		x	x
Tipo de dispositivo requerido	Colchón antiescaras	otro	Cual? colchon antiescaras		Dimensiones del dispositivo cm	190 Largo	140 Ancho	20 Alto
Características de la prescripción	CAMA HOSPITALARIA		CAMA SOBRE MEDIDA					
Componente del dispositivo	Espuma	???	Cual?		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	Preventivo	Ortopédico	Ortésico	¿Cuenta con prescripción médica?					
Tipo de calzado	Botas	Tenis	Formal	Sandalia	otro	Cual?	Talla	Color	
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional							

7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Felpa	Cuero	Caucho	otro	Cual?	Talla	Realce
¿Cuenta con prescripción médica?					Si		
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional					

8. PRESCRIPCIÓN MEDIAS DE COMPRESIÓN

Nivel de compresión	Bajo	Medio	Alto		Talla		Color
Tipo	Pantimedia	Panty media hasta la rodilla	Antiembolica	Antiulcera	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		

Observaciones del Profesional: Usuaria con diagnosticos anteriormente mencionados requiere colchon antiescaras favoreciendo el proceso de circulacion y evitando la aparicion de lesiones ya que actualmente tiene puntos presion a nivel de talon y sacro por tiempos prolongados en cama

						Huella Digital del Candidato
Nombre del Candidato(a)	Maria Hortua	Firma	No firma	Tipo y No. de ID CC	51973772	
Nombre del Cuidador(a)	Hilda Hortua	Firma	Hilda Hortua	Tipo y No. de ID CC	21075772	
Nombre del Terapeuta		Firma		Tipo y No. de ID		

Revisa y certifica	Nombre del(a) Facilitador (a)	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.M	Tipo y No. CC de ID	1022343424
	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 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	Mana						Segundo Nombre	Edid			
Primer Apellido	Hortud						Segundo Apellido	Ramirez			
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID			
Fecha de Visita	DD	MM	AA	Frecuencia de uso			Permanente	Frecuente	Ocasional		

2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

2.1 AUDICIÓN

Aplica Sí____ No X

¿Presenta alguna deficiencia?	SI ~~NO~~	¿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~~	¿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 Sí ____ No X

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

2..3 LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

Incluir: Aplica Sí X No ___

Contacto visual	X	NO	Responde al nombre	X	NO	Comprende el "NO"	X	NO	Comprende gestos	X	
Comprende órdenes sencillas	X	NO	Reconoce partes del cuerpo	X	NO	Comprende dos órdenes	SI	NO	Establece diferencias	SI	
Comprende órdenes semicomplejas	SI	X	Comprende órdenes complejas	SI	X						
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	SI	X	Percepción 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	X	Temblor y/o movimientos asociados MMSS	SI	NO
Fuerza muscular MMSS	X	NO	Tipo de agarre	Manos llenas	Cilíndrico	Engarche	Pinza	Ninguno	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					X		
Temblor y/o movimientos asociados en MMSS	SI					X		
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, agedrez adaptado, domino, loteria de asociación	4
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 con diagnostico anteriormente mencionados, requiere Kit cognitivo generando una estimulacion neurocognitiva y psicomotora que facilite el entrenamiento cognitivo para la realizacion de diferentes actividades en su vida cotidiana

Nombre del Candidato(a)	Manu Hoyos	Firma	NO firma	Tipo y No. de ID CC	519733722	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Hilda Hoyos	Firma	Hilda Hoyos	Tipo y No. de ID CC	21075772	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.M	Tipo y No. de ID CC	1022393944	

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

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

MARIA EDID HORTUA RAMIREZ



Powered by CamScanner