REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.796.103**

HERRERA GAMBA

APELLIDOS

MYRIAM

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ABR-1964**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S RH	SEXO

19-AGO-1988 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00216251-F-0039796103-20100219 **0021**081134A 1 5020276092

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

enel | Bogotá

1407610-2

Factura de servicios públicos
No. 132386238-8

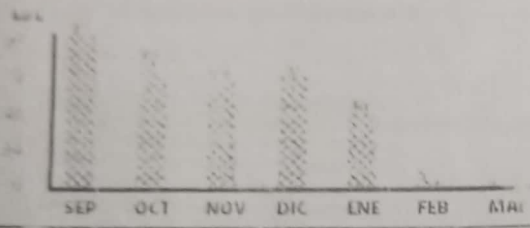
1 de 1

CLIENTE
MARIO PALACIOS

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15 MAR 2024

TOTAL A PAGAR	DÍAS FACTURADOS	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSIÓN
$2.470	28	INMEDIATO	SUSPENSIÓN

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

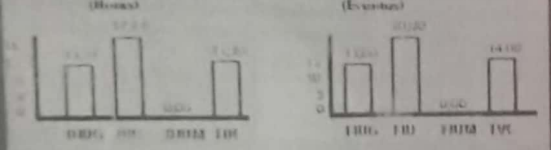


PERIODO FACTURADO
PRÓXIMA LECTURA:
TIPO LECTURA:
ANOMALÍA:
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES:
CONSUMO PERIODO

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

MEDIDOR No	TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	FACTOR	E	A CONS.	ENERGÍA FAC.

CALIDAD DEL SERVICIO



INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN TÉCNICA

RU:
RUTA:
TIPO
SERVICIO (ESTRATO):
CIRCUITO:
NIVEL DE TENSIÓN:

INFORMACIÓN TARIFARIA

G: T: D: CV:
PR: R: CF: CU:
TARIFA MES:
Valor kWh aplicado: $862.3726
El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia(0-130 kwh/mes) es de 58.04%

DETALLE DE

CONCEPTO	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGÍA	
Valor kWh 862.3726 X 2 (Consumo en kWh) EAIP	$1.725
DESCUENTO AL SUBSIDIO	$1.015
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$710
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $87 DIARIOS	$0
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGÍA	$1.760
Deuda pen and Energía:	

Scanned with CamScanner

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(12/02/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(10/12/2020) Otras bursitis de la cadera (M707), Bilateral; Sospecha ATEP: No; Observación registrada el 10/12/2020: Coxartrosis bilateral.
(03/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/12/2019) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/06/2019) Otros trastornos especificados del metabolismo de los carbohidratos (E748); Sospecha ATEP: No.
(05/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(12/02/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/12/2019) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(12/02/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/12/2019) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(05/10/2018) No Refiere Nuevos Antecedentes.

CICLO MENSTRUAL

(22/06/2023) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Quirúrgica

PLANIFICACIÓN

(22/06/2023) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(22/06/2023) Citología: Si, Fecha realización citología: 10/05/2023, Resultado citología: Negativa para lesión intraepitelial o neoplasia, Observaciones citología: extrainstitucional

MAMOGRAFÍA

(22/06/2023) Mamografía: Si, Fecha realización mamografía: 17/05/2023, Resultado mamografía: BI-RADS II, Observaciones mamografía: NO TRAE REPORTE extrainstitucional

FÓRMULA OBSTÉTRICA

(22/06/2023) Edad de la madre al nacimiento del primer hijo vivo (años): 18

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G5 V4 C0 E0 A1 V4 M0

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(22/06/2023) OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA VIA ABIERTA (814103); Observación registrada el 22/06/2023: reemplazo cadera clinica colombia .
(12/02/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(03/02/2020) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(24/12/2019) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(20/06/2019) HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMIA (684103).

Firmado Electrónicamente

Scanned with CamScanner

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/04/2020 10:13:39. E.P.S Sanitas - OFTALMOSANITAS EL BOSQUE, BOGOTA D.C.
Datos del profesional de la salud: Angela Maria Fajardo Palomino. Reg. Médico. 1052389399. Oftalmologia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 40165735. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-1098277-1-2
Fecha de Nacimiento: 17/04/1964 Edad del paciente: 56 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otros.
Dirección: crr 25 n 52 a10 Teléfono: 3222408544 Ciudad: BOGOTA D.C. Vinculación: Contributivo
Responsable: MYRIAM HERRERA GAMBA - Paciente Telefono: 3222408544.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, MYRIAM HERRERA GAMBA.
Motivo de consulta: Servicio de Orientación Virtual en Oftalmología por contingencia Covid-19.
Enfermedad Actual: Paciente con antecedente de retinopatia miopica, con MNV en ambos ojos tratada con 5 inyecciones intravitreas en OI y 1 en OD ultima en Agosto de 2019. Habia solciitado valoracion con reporte de OCT de macula
**OCT de macula de Octubre de 2019:
OJO DERECHO:
Calidad de la señal: 8/10
Espesor central de 209 micras (disminuido), volumen del cubo macular de 7,9 mm3 (disminuido), según la base normativa.
No se visualiza la hialoides posterior. El neuroepitelio muestra una superficie regular, se conserva la depresión foveal con alteración en su morfología. Adelgazamiento generalizado de las capas del neuroepitelio. Complejo EPR-Membrana de Bruch muestra un trazado irregular con lesión hiperreflectiva que altera las capas externas subfoveal y parafoveal temporal. Coroides con grosor y patron convexo de apariencia muy disminuidos con atrofia de la coriocapilaris. Estafiloma posterior.
OJO IZQUIERDO:
Calidad de la señal: 6/10
Espesor central de 235 micras (normal), volumen del cubo macular de 7,3 mm3 (disminuido), según la base normativa.
No se visualiza la hialoides posterior. El neuroepitelio muestra una superficie levemente irregular con membrana epirretiniana parcialmente adherida en el cuadrante nasal, rectificación de la depresión foveal. Adelgazamiento de las capas del neuroepitelio en los cuadrantes temporal e inferior. Complejo EPR-Membrana de Bruch muestra un trazado irregular con lesión hiperrerflectiva del epr que altera las capas externas subfoveal. Coroides con grosor y patron convexo de apariencia muy disminuidos con atrofia de coriocapilaris. Estafiloma posterior.
CONCLUSIÓN: Ambos ojos: Membrana neovascular coroidea miopica cicatricial, cambios por myopia. Se recomienda correlacionar con la historia clínica y estudios complementarios.
**PACIENTE EN EL MOMENTO FUERA DE BOGOTA Y NO TIENE LAS IMAGENES CON ELLA PARA ENVIAR FOTO.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Paciente con antecedente de retinopatia miopica con MNVC ambosojos tratada con inyecciones intravitreas ambos ojos ultima Agosto 2019. Reporte de OCT de macula muestra MNV en fase cicatricial ambos ojos sin emargo no se tienen las imagenes porque la paciente no se encuentra en Bogota en el momento. Se indican claros signos de alarma y se envia por correo electronico valoracion con retina cuando la contingencia acabe.

Diagnóstico Principal: Miopia degenerativa (H442), Bilateral, Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Oftalmologia Retina y Vitreo Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTE CON MNVC MIOPICA AMBOS OJOS TRATADO CON INYECCIONES SS VALORACION CON NUEVO REPORTE DE OCT DE MACULA.

Firmado Electrónicamente

Scanned with CamScanner

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/04/2020 10:03:26. E.P.S Sanitas - OFTALMOSANITAS EL BOSQUE, BOGOTA D.C.
Datos del profesional de la salud: Catalina Villalba Gonzalez. Reg. Médico. 1018419825. Oftalmologia.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 40164147. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-1098277-1-2
Fecha de Nacimiento: 17/04/1964 Edad del paciente: 56 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otros.
Dirección: crr 25 n 52 a10 Teléfono: 3222408544 Ciudad: BOGOTA D.C. Vinculación: Contributivo
Responsable: MYRIAM HERRERA GAMBA - Paciente Telefono: 3222408544.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, MYRIAM HERRERA GAMBA.
Motivo de consulta: ..
Enfermedad Actual: Paciente se atiende a través de telemedicina, contingencia COVID 19, paciente entiende implicaciones de no realizar un examen oftalmologico completo, acepta consulta.
Asistió para valoración por retina y vitreo con respote de OCT de macula 10/19: Ambos ojos: Membrana neovascular coroidea miopica cicatricial, cambios por myopia. Se recomienda correlacionar con la historia clínica y estudios complementarios. Manifiesta persiste deterioro en AV sin otros sintomas oculares
Se explican claramente signos y sintomas de alarma: deterioro en la vision, fotofobia, blefaroespasmo, dolor intenso, fotopsias, miodesopsias en aumento, alteracion de campo visual entre otros.
.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN
Paciente se atiende a través de telemedicina, contingencia COVID 19, paciente entiende implicaciones de no realizar un examen oftalmologico completo, acepta consulta.
Asistió para valoración por retina y vitreo con respote de OCT de macula 10/19: Ambos ojos: Membrana neovascular coroidea miopica cicatricial, cambios por myopia. Se recomienda correlacionar con la historia clínica y estudios complementarios. Manifiesta persiste deterioro en AV sin otros sintomas oculares
Se explican claramente signos y sintomas de alarma: deterioro en la vision, fotofobia, blefaroespasmo, dolor intenso, fotopsias, miodesopsias en aumento, alteracion de campo visual entre otros.

Diagnóstico Principal: Otras retinopatias proliferativas (H352), Bilateral, Confirmado nuevo, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Oftalmologia Retina y Vitreo Por solicitud del médico tratante. Justificación: Valoracion retina .

ATENCIONES DEL PACIENTE ***

03/02/2020 12:16:53. E.P.S Sanitas - EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN - LOCAL 100, BOGOTA D.C.
Datos del profesional de la salud: Jesus Armando Diaz Tapias. Reg. Médico. 1126000859. Medicina General.

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Clínica Única Básica.
Admisión No. 38291211. No. de afiliación E.P.S SANITAS: 10-1098277-1-2
Fecha de Nacimiento: 17/04/1964 Edad del paciente: 55 años. Estado Civil: Soltero (a). Ocupación: Otros.

Firmado Electrónicamente

Scanned with CamScanner

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Dirección: crr 25 n 52 a10 Teléfono: 3222408544 Ciudad: BOGOTA D.C. Vinculación: Contributivo
Responsable: MYRIAM HERRERA GAMBA - Paciente Telefono: 3222408544.
Acompañante: Teléfono:

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL
Información suministrada por: Paciente, MYRIAM HERRERA GAMBA.
Motivo de consulta: "Es para ver los exámenes"

Ocupación: Ama de casa..
Enfermedad Actual: Paciente de 55 años de edad consulta el día de hoy para valoración por medicina general para lectura e interpretación de paraclínicos solicitados por antecedente de coxartrosis bilateral asociado a dolor en cadera bilateral de larga data de predominio derecho con exacerbación de síntomas hace 2 meses, de tipo picada con intensidad de 7/10, el cual aumenta con la bipedestación y la marcha (la cual en ocasiones se ve limitada), y disminuye con el reposo, niega alteraciones sensitivas, refiere manejo con diclofenaco y terapia física con mejoría parcial. Manerjo con tramadol + acetaminofen con mejoría parcial.

Automonitoreo de presión arterial:
124/65 - 153/86 - 125/75 - 120/79 - 125/81 - 116/78 - 130/80 *- 125/66 - 125/74 - 121/71 - 130/75 - 130/81 - 129/69 - 126/70.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Síntomas Generales: No presenta.
Neurológico: Sin síntomas.
Mental: Sin síntomas.
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.
Respiratorio: Sin síntomas.
Cardiovascular: Sin síntomas.
Gastrointestinal: Sin síntomas.
Genitourinario: Sin síntomas.
Osteomusculoarticular: Sin síntomas.
Mamas: Sin síntomas.
Piel y Faneras: Sin síntomas.
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.
Endocrinológico: Sin síntomas.

DATOS GINECOLÓGICOS
Datos Ginecológicos

CICLO MENSTRUAL

(03/02/2020) Actualmente presenta ciclos Menstruales?: No, Causa de "No" ciclos menstruales: Quirúrgica

PLANIFICACIÓN

(03/02/2020) Tipo de método de planificación: Ninguno

CITOLOGÍA

(03/02/2020) Citología: No

MAMOGRAFÍA

(03/02/2020) Mamografía: Si, Fecha realización mamografía: 16/01/2020, Resultado mamografía: BI-RADS II

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G5 V4 C0 E0 A1 V4 M0

EXAMEN FISÍCO - SIGNOS VITALES

Firmado Electrónicamente

Scanned with CamScanner

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

Frecuencia Cardíaca: 76 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 124 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg
Tensión Arterial Media: 88 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 95 %
Temperatura: 36.8 °C
Peso: 72.6 Kg
Talla: 1.53 m
Índice de Masa Corporal: 31.01 (kg/m2) -Obesidad grado I
Superficie corporal: 1.81 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mama: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema, , hay dolor a la palpación de cadera bilateral, con limitación para la realización de arcos de movilidad (dificil valoración por resistencia muscular), sensibilidad distal conservada..
Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

OTROS PARACLINICOS

Estudios de Radiología e Imágenes Diagnósticas

Fecha de realización: 21/01/2020 00:00:00.
Rayos X: Cadera bilateral:

Disminución del espacio articular coxofemoral en ambos lados por cambios osteoartrósicos.
Esclerosis de los acetábulos.
No se visualizan otras alteraciones.
Tejidos blandos de aspecto normal.
*** Reporte de radiología ***.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente de 55 años de edad consulta el día de hoy para valoración por medicina general con antecedente de coxartrosis bilateral, consulta el día de hoy para evaluación por exacerbación de síntomas de dolor que limitan movilidad de paciente en el momento al examen físico con hallazgos descritos, tiene reporte de radiografía de cadera en donde se encuentran cambios artrosicos mencionados por lo que se indica valoración por ortopedia para definir conducta a seguir con paciente ante persistencia de síntomas que en este momento limitan vida de la paciente.Por el momento paciente se encuentra en buenas condiciones generales, estable, sin signos de bajo gasto, sin déficit neurológico, con signos vitales estables, sin irritación peritoneal, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica o dificultad respiratoria; por lo que se dan recomendaciones generales, signos de alarma, hábitos de vida sanos, se explica condición actual y conducta a seguir, paciente dice entender y aceptar.

FÓRMULA OBSTÉTRICA: G5 V4 C0 E0 A1 V4 M0
Diagnóstico Principal: Coxartrosis, no especificada (M169), Impresión diagnóstica, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.

Firmado Electrónicamente

Scanned with CamScanner

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Acetaminofen 500 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 2 tableta cada 8 hora(s) por 15 día(s). Cantidad total: 90, Número de entregas: 1
2. Diclofenaco sodico 75mg/3mL Sol Iny: Inyectar (vía intramuscular) 1 ampolla cada 24 hora(s) por 1 día(s). Cantidad total: 1, Número de entregas: 1
3. Tramadol 100mg/mL (4.5mg/gota) Sol Oral: Tomar (vía Oral) 5 gota(s) cada 8 hora(s) por 10 día(s). Cantidad total: 150, Número de entregas: 1

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN
INTERCONSULTA

1. Se solicita interconsulta a Ortopedia y Traumatologia Por solicitud del médico tratante. Justificación: Paciente de 55 años de edad consulta el día de hoy para valoración por medicina general con antecedente de coxartrosis bilateral, consulta el día de hoy para evaluación por exacerbación de síntomas de dolor que limitan movilidad de paciente en el momento al examen físico con hallazgos descritos, tiene reporte de radiografía de cadera en donde se encuentran cambios artrosicos mencionados por lo que se indica valoración por ortopedia para definir conducta a seguir con paciente ante persistencia de síntomas que en este momento limitan vida de la paciente..

PLAN DE MANEJO - CERTIFICADO MÉDICO
Se expide el siguiente certificado médico: Área de procedimientos Puente Aranda.
Por favor aplicar diclofenaco 75 mg intramuscular.
gracias

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: RECOMENDACIONES , AUTOEXAMEN DE SENO MENSUAL, CITOLOGIA ANUAL, USAR BLOQUEADOR SOLAR , USAR PRESERVATIVO O ADECUADA ADHERENCIA A MÉTODO DE PLANIFICACIÓN PREFERIDO, ALIMENTACION SALUDABLE ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE, SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS

HÁBITOS DE VIDA SANOS
RECOMENDACIONES GENERALES: PARA PROTEGER SU SALUD COMA DIARIAMENTE ALIMENTOS DE CADA UNO DE LOS SIETE GRUPOS.
1.-CEREALES.
2.- RAICES, TUBERCULOS Y PLATANOS.
3.-HORTALIZAS Y VERDURAS.
3.-LEGUMINOSAS VERDES.
4.-FRUTAS.
5.-CARNES,VISCERAS,HUEVOS.LEGUMINOSAS SECAS Y MEZCLAS VEGETALES.
6.-LECHE,KUMIS, YOGURT Y QUESOS.
7.-GRASAS.AZUCARES Y DULCES.
AUMENTE EL CONSUMO DIARIO DE FRUTAS AL NATURAL Y DE HORTALIZAS Y VERDURAS.
ES NECESARIO CONTROLAR EL CONSUMO EN EXCESO DE SAL,DULCES,GRASAS DE ORIGEN ANIMAL PARA PREVENIR ENFERMEDADES.
PARA PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS LAVESE LAS MANOS ANTES DE PREPARAR LAS COMIDAS,HIERVA EL AGUA Y ALIMENTESE BIEN .MANTENGA CUIDADOS HIGIENICOS AL PREPAPAR LOS ALIMENTOS.
ALIMENTESE BIEN Y CONTROLE SU PESO CON FRECUENCIA PARA PROTEGER SU SALUD.
HACER DEPORTE POR LO MENOS TRES VECES A LA SEMANA AYUDA A MANTENER LA MENTE,EL CORAZON Y EL CUERPO SANOS.
COMPARTA LA ALIMENTACION EN FAMILIA PARA FORTALECER LOS HABITOS ALIMENTARIOS ,VALORES,COMPORTAMIENTOS Y LA UNIDAD FAMILIAR.
PARA VIVIR EN ARMONIA Y CONSTRUIR LA PAZ EXPRESE SU AMOR Y PRACTIQUE LA TOLERANCIA Y LA SOLIDARIDAD TODOS LOS DIAS COMO PARTE DE SU ESTILO DE VIDA.
EVITE EL CONSUMO DE CIGARRILLO,LICORES Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. RECUERDE USAR PRESERVATIVO EN TODAS SUS RELACIONES SEXUALES.
RECUERDE REALIZAR SU CONSULTA SEMESTRAL POR ODONTOLOGÍA, REALIZAR HIGIENE EN CAVIDAD ORAL.
RENUEVE ANUALMENTE SU VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA Y AQUELLAS INMUNOPROFILAXIS/QUIMIOPROFILAXIS NECESARIAS PARA SU

Firmado Electrónicamente

Scanned with CamScanner

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MYRIAM HERRERA GAMBA IDENTIFICACIÓN: CC 39796103 SEXO: Femenino ETNIA: Otros

EDAD SEGÚN INDIQUE EL DEPARTAMENTO DE VACUNACIÓN.
REALICE SU AUTOEXAMEN DE MAMA/TESTÍCULOS MENSUALMENTE Y ANTE CUALQUIER ANORMALIDAD ACUDA DE INMEDIATO POR CONSULTA EXTERNA.
ES IMPORTANTE QUE A PESAR DE SENTIRSE BIEN DEBE ACUDIR A CONTROL POR MEDICINA GENERAL POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO.

ACTIVIDAD FÍSICA:
Tipo de Ejercicio: Aquellos con un nivel moderado de actividad como: caminar, jogging, natación o montar en bicicleta.
Frecuencia: 4-5 días/semana.
Duración: Iniciando ejercicio de 20 a 30 minutos con progresión hasta llegar a 30-60 minutos diarios.
**** RECUERDE CALENTAR Y REALIZAR ESTIRAMIENTOS ANTES Y DESPUÉS DE REALIZAR EL EJERCICIO ****

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: EPS Sanitas Centro Medico Zona In - Local 100

Firmado Electrónicamente

Scanned with 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	39796103
NOMBRES	MYRIAM
APELLIDOS	HERRERA GAMBA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Scanned with 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

| | | |

Nombre del Candidato(a)	Myriam Herrera	Firma		Tipo y No. de ID	CC 39796103	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.m	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	
Nombre del Gestor Com		Firma		Tipo y No. de ID		

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

Dispositivo de Asistencia Personal Solicitado	Aprobada		Criterios de No Aprobación
	SI	NO	
1. colchon ortopedico			
2. tensiometro parlante			
3.			

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

Scanned with 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	Myriam						Segundo Nombre	—			
Primer Apellido	Herrera						Segundo Apellido	Gamba			
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	39796103		
Fecha de Visita	23 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) X	1. Dificultad Ligera (Poca, escasa)	0. No hay Dificultad (Ninguna Insignificante
Niveles de apoyo para el uso del Dispositivo de Asistencia Personal: (Calificador de la CIF equivalencia cualitativa, marque con una X)	Intermitente	Limitado X	Extenso	Generalizado	

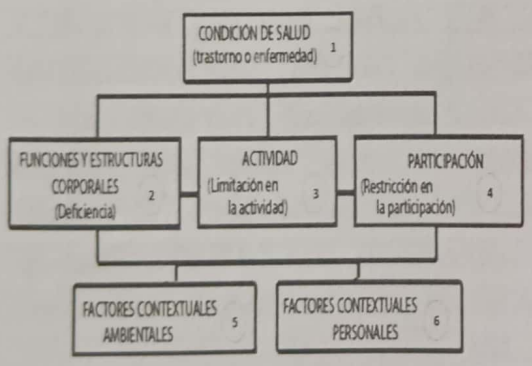
Autocuidado

Higiene	Independiente X	Semidependiente	Dependiente
Vestido	Independiente X	Semidependiente	Dependiente
Alimentaciòn	Independiente X	Semidependiente	Dependiente
Otro ¿Cuál? —	Independiente	~~Semidependiente~~	~~Dependiente~~

Cuenta con el Registro Local de Caracterización de Personas con Discapacidad y Certificado de Discapacidad	SI	NO X	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	- coxartrosis bilateral - Otras bursitis de la cadera - Osteocondroplastia de cadera - retinopatia miopica
2	b298.2 Funciones sensoriales y de dolor b710.2 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones b720.3 Funciones relacionadas con la movilidad de los huesos
3	d220.3 llevar a cabo multiples tareas d430.3 levantar y llevar objetos b210.2 Funciones visuales s210.2 Estructura de la orbita ocular s230.2 Estructuras periferica oculares s770.2 Estructuras musculoesqueleticas adicionales relacionadas con el movimiento

4	d415-2 mantener la posicion del cuerpo d460-2 Desplazarse por distintos lugares durante mucho tiempo d640-2 Realizar los quehaceres de la casa
5	(Incluir barreras y facilitadores) Barreras = -Movilidad Generalizada - Dificultad para realizar labores del hogar
6	(Incluir barreras y facilitadores) Facilitadores - - Recibe la canasta - Recibe bono de adulto mayor - 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.

Usuaria de 60 años con diagnosticos medicos anteriormente mencionados, es independiente para realizar actividades de la vida diaria sin embargo se le dificulta realizar quehaceres del hogar ya que por la baja vision no los puede ejecutar con agilidad previniendo accidentes y por la atrosis de cadera no puede realizar flexion de columna y cadera (agacharse a recoger diferentes objetos o permanecer mucho tiempo en una misma posicion al estar acostada ya sea decubito supino o lateral aumentando la sintomatologia dolorosa alterando la movilidad articular y el desempeño muscular.

4. ASESORÍA Y CANALIZACIÓN: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo.						SI	NO
Se brinda información para el proceso de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RCLCPD.						X	
Se brinda información para el proceso de certificado de discapacidad						X	
Se brinda información respecto a estrategias, programas, proyectos distritales y locales, dirigidos a las personas con discapacidad						X	
Se realiza proceso de canalización	SI	Intersectorial	Intrasectorial	Intrainstitucional	Interinstitucional		NO
				X	X		
Si su respuesta fue si, debe diligenciar el formato relacionado con canalización y anexarlo.							

Scanned with CamScanner

Nombre del Candidato(a)	Myriam Herrera	Firma		Tipo y No. de ID	CC 39796103	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	———	Firma	———	Tipo y No. de ID	———	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma		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 Sanabria	Firma		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

Scanned with 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	Myriam						Segundo Nombre	—					
Primer Apellido	Herrera						Segundo Apellido	Gumba					
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	39796103				
Datos oftalmológicos	Retinopatia miopica Diagnóstico Médico						Condición Visual	Baja Visión	Ceguera	Sordo-ceguera	Otras condiciones de salud		
Fecha de Visita	23 DD	07 MM	24 AA	Ocupación o dedicación de la PcD	Trabajadora independiente								

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	X	¿Maneja técnica de Locomoción independiente?	SI	NO	
¿Cuenta con prescripción de especialista?	SI	X	¿Percibe en espacio abierto desniveles como andenes y escalera?	X	NO	
¿Percibe en espacio abierto declives o rampas?	X SI	NO	¿Requiere algún tipo de entrenamiento?	SI	X	¿Cuál?

3. PRESCRIPCIÓN DEL BASTÓN

Medida del Bastón según la estatura (cm)	—	Tipo de punta	Rodachina — Puntera	¿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	SI
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	SI	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	SI	Llavero parlante	SI	Báscula para peso corporal parlante	SI
Despertador parlante	SI	Termómetro parlante	SI	Encendedor	SI	Juego de ayudas didácticas	SI
Cuadernos braille	SI	Punzón	SI	Cortador o picador de alimentos	SI		
Regleta metálica	SI	Enhebrador	SI	Balanza de cocina parlante	SI		
Otros ¿Cuáles?	Tensiometro parlante						
¿Los elementos tecnológicos cuentan con prescripción especializada?	SI	X	Observaciones adicionales	Usuaria con diagnostico de baja vision que limita la realizacion de las 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	NO	¿En dónde? Fecha				
Nombre del Candidato	Miriam Herrera	Firma		Tipo y No. de ID	CC 39796103	Huella Digital del Candidato	
Nombre del Cuidador	—	Firma	—	Tipo y No. de ID	—		
Nombre del Terapeuta/ Gestor Com.	Natalia Sanabria	Firma		Tipo y No. de ID	CC 1022343944		

Scanned with 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

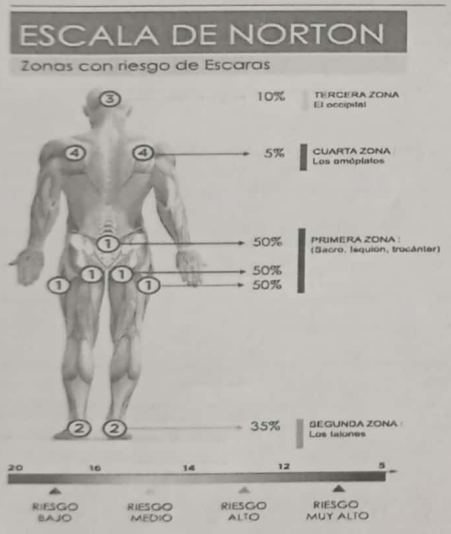
1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA DISCAPACIDAD: Diligenciado por el Facilitador local/Profesional de apoyo

Primer Nombre	Myriam						Segundo Nombre						
Primer Apellido	Herrera						Segundo Apellido	Gamba					
Tipo de Identificación	RC	TI	X	CE	PEP	Otro	¿Cuál?		No. de ID	39796103			
Fecha de visita	23 DD	07 MM	24 AA	Peso del candidato		Kg			Presenta úlcera o escara		SI	X	

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

Presenta úlcera o escara	SI	X	Origen	Por presión	Venosa	Arterial	Mixta	Diabética	Iatrogénica	Otro	¿Cuál?
Localización	a.								Grado	a. 1 2 3 4	
	b.									b. 1 2 3 4	
	c.									c. 1 2 3 4	
Ha recibido algún tipo de cuidado por la úlcera o escara	SI	X	¿Cuál?								

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



ESTADO FÍSICO		ESTADO MENTAL		ACTIVIDAD		MOVILIDAD		INCONTINENCIA		PUNTAJE
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante		Total	4	Ninguna	4	16
Mediano		Apático		Disminuida	3	Camina con ayuda		Ocasional		3
Regular		Confuso		Muy Limitada		Sentado		Urinaria o fecal		
Muy Malo		Estuporoso comatoso		Inmóvil		Encamado		Urinaria y fecal		

TOTAL	19 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	Rin de cama	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

Scanned with 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	14 horas		Posición en la que permanece	de cubito supino (¿Cuál? lateral		Dependiente del cuidador para las actividades de la vida diaria		III	X
Tipo de dispositivo requerido	Colchón antiescaras	X	colchon ortopedico doble (¿Cuál?			Dimensiones del dispositivo (CM)	Largo 190	Ancho 140	Alto 20
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	Artículo	¿Cuenta con prescripción médica?			SI	NO	
Tipo de calzado	Botas	Tenis	Formal	Sandalia	otro	¿Cuál?	Talla	Color	
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional							

7. PRESCRIPCIÓN PLANTILLAS ORTOPÉDICAS

Material	Silicona	Gel	Cuero	Otro	¿Cuál?	Talla	Realce	SI NO
¿Cuenta con prescripción mèdica?			SI			NO		
Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		Observaciones del profesional						

8. PRESCRIPCIÓN MEDIAS DE COMPRESIÓN

Nivel de compresión	Baja	Media	Alta		Talla	Color	
Tipo	Pantimedia	Panticalla Maxima	Almuslo	A la rodilla	Cantidad de dispositivos a otorgar (par(es))		

Observaciones del Profesional: Usuaria con diagnosticos anteriormente mencionados requiere colchon ortopedico doble promoviendo una postura adecuada para dormir ya que la columna, la cadera y las articulaciones quedan en una posicion optima reduciendo dolores y molestias

Nombre del Candidato(a)	Mynam Herrera	Firma		Tipo y No. de ID	CC 39706103	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)		Firma		Tipo y No. de ID		
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma	Natalia S.M	Tipo y No. de ID	CC 1022393944	

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

Scanned with CamScanner