

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
WILDER	EFREN	SANCHEZ	GONZALEZ

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad: 1073162051

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA	Año	Mes	Día
	2021	11	30

2.3 Departamento	2.4 Municipio
CUNDINAMARCA	CHÍA

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

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

Dominio	Porcentaje
Cognición	16.67
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	20.00
Actividades de la Vida Diaria	58.33
Participación	53.13
GLOBAL	40.52

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.3 b715.3 b729.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.422 s770.422 s798.422

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.3 d4602.2 d879.3



La salud
es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
MYRIAM CABALLERO PINZON	Trabajador Social	CC-21022527
NANCY ANGELICA AYALA MORENO	Enfermería	CC-39547614
JAIME ARTURO BUITRAGO NOSSA	Medicina	CC-79299854

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, WILDER EFREN SANCHEZ GONZALEZ manifiesto que: SI
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Wilder E. Sanchez
Nombre y Firma

Documento: CC-1073162051

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula.

SI



El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez

	CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DISENTIMIENTO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD	Código : M-AU-SIAUI-F-011
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA I NIVEL	Versión : 1

FECHA			LUGAR
DD	MM	AA	
30	11	2021	Hospital San Antonio de Chia

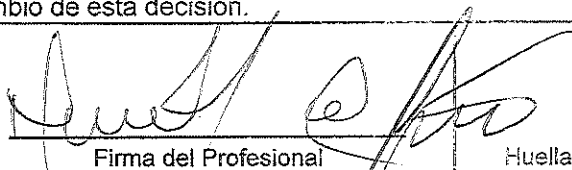
Yo Wilder Efraen Sánchez G mayor de edad, identificado con CC
 número 1073162091 de Madrid, en calidad de paciente ☐ o en representación ☐
 por menor de edad, incapacidad física y/o mental, del paciente _____
 identificado con _____ número _____ de _____ he sido informado por los
 profesionales de lo siguiente :

Dando cumplimiento a la normatividad vigente para la atención en salud a nuestros usuarios, es necesario contar con su autorización para realización de la valoración por el equipo multidisciplinario para generar el certificado de discapacidad que previa autorización por **SECRETARÍA DE SALUD** puedan brindársele a usted o a su familiar, acorde con las condiciones clínicas del paciente.

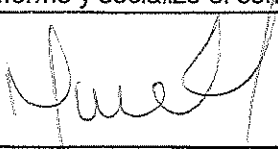
Con el fin de que usted pueda contar con los elementos necesarios para dar autorización, es importante que comprenda la información dada en la socialización del resultado de la certificación y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), la cual pretende darle a conocer el alcance de su consentimiento.

He recibido la información verbal y por escrito, de manera clara y sencilla, del personal profesional la información que arrojó el certificado comprendiendo la calificación, y de la misma manera aceptándola SI ☒ NO ☐ (No estoy de acuerdo con la calificación dada y se me fue informado que tengo 10 días hábiles para solicitar una segunda opinión por otro equipo multidisciplinario, la cual debe ser por escrito a la **SECRETARÍA DE SALUD**, según Resolución 1904 de 2017.

HE COMPRENDIDO Y ENTENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y CERTIFICO QUE LA DECISIÓN QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA

por tanto, DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de la valoración que se me ha propuesto y entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando así lo desee, debiendo informar al equipo multidisciplinario, del cambio de esta decisión.			
<u>Wilder E. Sánchez</u> Firma del Paciente o Representante	Huella	 Firma del Profesional	Huella

He decidido NO autorizar la realización de la Valoración que me ha sido propuesta, y he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.			
_____ Firma del Paciente o Representante	Huella	_____ Firma del Profesional	Huella

Me informó y socializó el consentimiento informado :	
	 Firma del Profesional