

Instrumento 1. Perfil de Funcionamiento (0-2 Años)

1. Lugar y fecha del procedimiento de certificación de discapacidad

1.1. Institución Prestadora de Servicios de Salud	1.2. Departamento de valoración	1.3. Municipio de valoración	1.4. Fecha de valoración		
			Año	Mes	Día

2. Datos personales del solicitante

2.1. Tipo de identificación (SU)

Certificado de Nacido vivo		Registro civil		Pasaporte		Permiso especial de permanencia	
----------------------------	--	----------------	--	-----------	--	---------------------------------	--

2.2. Número de documento de identidad:

2.3. Primer nombre	2.4. Segundo nombre	2.5. Primer apellido	2.6. Segundo apellido

2.7. Fecha de nacimiento

2.8. Edad cumplida

2.9. Sexo

Año	Mes	Día	Años	Meses	Días	Mujer	Hombre	Intersexual

3. Datos de residencia

3.1. Departamento de residencia	3.2. Municipio de residencia

3.3. Área	3.4. Nombre localidad / comuna / Centro poblado	3.5. Dirección
Cabecera municipal		
Centro poblado		
Rural disperso		

3.6. Teléfono 1	3.7. Teléfono 2 (opcional)	3.8. Correo electrónico (opcional)

Nota: Diligencie la información de los criterios 1,2,3, 4.1 y 4.2 mediante revisión de las fuentes de verificación

CRITERIO 1. DIAGNÓSTICO(S) RELACIONADO(S) CON LA DISCAPACIDAD

Diagnóstico		Código CIE-10		
1	1. Obligatorio (principal)			
2	2. Opcional (Secundario)			
3	3. Opcional (Secundario)			
4	4. Opcional (Secundario)			

CRITERIO 2. FUENTES DE VERIFICACIÓN (CONCEPTOS Y EXÁMENES CLÍNICOS / PARACLÍNICOS)

Concepto / examen		Resultado
1		
2		
3		
4		
5		

CRITERIO 3. CAUSA DE LAS DEFICIENCIAS (Seleccione una sola opción)

De nacimiento	Adquiridas			No se identifica
Alteración genética o hereditaria	Enfermedad general	Accidente deportivo	Violencia por delincuencia común	No se identifica
Alteraciones del desarrollo embrionario	Accidente de tránsito	Intoxicación		
Complicaciones durante el parto	Accidente en el hogar	Conflicto armado		
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	Accidente en el centro educativo	Violencia intrafamiliar		

CRITERIO 4. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO
Criterio 4.1. Funciones corporales (b)

DOMINIOS		CODIFICACIÓN						CODIFICACIÓN					
		N1	N2	N3	.	C		N1	N2	N3	.	C	
1. Funciones mentales	Funciones mentales globales (b110-b139)	b1			.			b1			.		
	Funciones mentales específicas (b140-b189)	b1			.			b1			.		
2. Funciones sensoriales y dolor	Vista y funciones relacionadas (b210-b229)	b2			.			b2			.		
	Funciones auditivas y vestibulares (b230-b249)	b2			.			b2			.		
	Funciones sensoriales adicionales (b250-b279)	b2			.			b2			.		
	Dolor (b280-b289)	b2			.			b2			.		
3. Funciones de la voz y el habla (b310-b399)		b3			.			b3			.		
4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	Funciones del sistema cardiovascular (b410-b429)	b4			.			b4			.		
	Funciones de los sistemas hematológico e inmunológico (b430-b439)	b4			.			b4			.		
	Funciones del sistema respiratorio (b440-b449)	b4			.			b4			.		
	Funciones adicionales y sensaciones de los sistemas cardiovascular y respiratorio (b450-b469)	b4			.			b4			.		
5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	Funciones relacionadas con el sistema digestivo (b510-b539)	b5			.			b5			.		
	Funciones relacionadas con el metabolismo y el sistema endocrino (b540-b569)	b5			.			b5			.		
6. Funciones genitourinarias y reproductoras	Funciones urinarias (b610-b639)	b6			.			b6			.		
	Funciones genitales y reproductoras (b640-b679)	b6			.			b6			.		
7. Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	Funciones de las articulaciones y los huesos (b710-b729)	b7			.			b7			.		
	Funciones musculares (b730-b749)	b7			.			b7			.		
	Funciones relacionadas con el movimiento (b750-b789)	b7			.			b7			.		
8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas	Funciones de la piel (b810-b849)	b8			.			b8			.		
	Funciones del pelo y las uñas (b850-b869)	b8			.			b8			.		

Criterio 4.2. Estructuras corporales (s)

DOMINIOS	CODIFICACIÓN								CODIFICACIÓN							
	N1	N2	N3	.	Cm	Cn	Cl		N1	N2	N3	.	Cm	Cn	Cl	
1. Estructuras del sistema nervioso (s110-s199)	s1			.					s1			.				
2. El ojo, el oído y estructuras relacionadas (s210-s299)	s2			.					s2			.				
3. Estructuras involucradas en la voz y el habla (s310-s399)	s3			.					s3			.				
4. Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio (s410-s499)	s4			.					s4			.				
5. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino (s510-s599)	s5			.					s5			.				
6. Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor (s610-699)	s6			.					s6			.				
7. Estructuras relacionadas con el movimiento (s710-799)	s7			.					s7			.				
8. Piel y estructuras relacionadas (s810-899)	s8			.					s8			.				

Instrumento 2. Para la valoración de limitaciones en las actividades y restricciones en la participación para personas entre cero y dos años de edad

2. Datos de la persona que acompaña la valoración

4.1. Primer nombre	4.2. Segundo nombre	4.3. Primer apellido	4.4. Segundo apellido
--------------------	---------------------	----------------------	-----------------------

4.5. Documento de identificación

4.5.1. Tipo (SU)						4.5.2. Número	
Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería		Pasaporte	
				Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

4.6. Parentesco:

Padre o Madre		Hermano (a)		Abuelo(a)		Otros familiares		No existe parentesco		4.7 ¿El acompañante tiene calidad de?: (SU)
										Persona de apoyo
										Representante legal

Inicie la aplicación del instrumento proporcionando la siguiente información a la persona entrevistada:

A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre las dificultades que ha tenido (diga el nombre del niño o niña) debido a su condición de salud.

- Cuando digo condición de salud me refiero a una enfermedad u otros problemas de salud como lesiones, o problemas mentales o emocionales.
- Por favor piense en el último mes y responda estas preguntas considerando cuánta dificultad ha tenido (diga el nombre del niño o niña) al llevar a cabo las siguientes actividades.
- Al decir "dificultad en una actividad" me refiero a: aumento del esfuerzo, malestar o dolor, lentitud y/o cambios en el modo en que realiza la actividad.
- Cuando responda las preguntas, por favor indíqueme si la dificultad de (diga el nombre del niño o niña) para realizar la actividad es ninguna, leve, moderada, severa o no puede hacerla.
- NA (No Aplica)

d1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento

¿En el último mes cuánta dificultad ha tenido (diga el nombre del niño o niña) para

Pregunta	Opciones de respuesta						Código CIF-IA	Calificador	
1. Responder a estímulos visuales? (por ejemplo seguir un objeto con la mirada o mirar a las personas o responder a los cambios de luz)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d110	.	
2. Responder a estímulos auditivos? (por ejemplo escuchar la voz de las personas, responder a sonidos o un juguete musical)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d115	.	
3. Explorar los objetos introduciéndolos en la boca, tocándolos o saboreándolos?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d120	.	
4. Imitar gestos con su cuerpo o sonidos? (por ejemplo imitar decir adiós con la mano, sonidos de animales o repetir la palabra mamá)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d130	.	
5. Jugar con objetos? (por ejemplo, simular que toca un instrumento musical golpeando un objeto, manipular fichas de armar o jugar con muñecas o carros)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d131	.	
6. Aprender palabras, frases u oraciones?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d133	.	
7. Mantenerse interesado en algún estímulo? (por ejemplo, cuando escucha un cuento o ve un programa de televisión)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d160	.	

d2. Tareas y demandas generales

¿En el último mes cuánta dificultad ha tenido (diga el nombre del niño o niña) para

Pregunta	Opciones de respuesta						Código CIF-IA	Calificador	
8. Entender una orden sencilla y llevarla a cabo? (por ejemplo pedirle que se siente o que se quite los zapatos)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d210	.	
9. Conocer y adaptarse a personas o espacios nuevos (por ejemplo, es tímido, se asusta, o se pone agresivo)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d2500	.	
10. Mantener el control cuando está enojado o triste? (por ejemplo, hacer pataletas)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d2501	.	

d3. Comunicación

¿En el último mes cuánta dificultad ha tenido (diga el nombre del niño o niña) para

Pregunta	Opciones de respuesta						Código CIF-IA	Calificador	
11. Entender lo que dicen otras personas?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d310	.	
12. Entender el significado de gestos o imágenes?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d315	.	
13. Hablar?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d330	.	
14. Hacer diferentes sonidos con la voz? (por ejemplo balbucear o imitar sonidos)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d331	.	
15. Usar gestos para comunicarse? (por ejemplo, señalar objetos que desea alcanzar, levantar los brazos para que lo alcen)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d335	.	

d4. Movilidad									
¿En el último mes cuánta dificultad ha tenido (diga el nombre del niño o niña) para									
Pregunta	Opciones de respuesta						Código CIF-IA	Calificador	
16. Voltearse en la cama, sentarse o ponerse de pie?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d410	.	
17. Mantener las posiciones del cuerpo? (por ejemplo controlar la cabeza, mantenerse sentado o de pie durante el tiempo necesario)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d415	.	
18. Levantar y llevar objetos? (por ejemplo levantar un juguete y llevarlo a otra habitación)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d430	.	
19. Usar las manos para recoger, agarrar y manipular objetos? (por ejemplo, agarrar un frijol o una moneda, o sostener un lápiz o una crayola)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d440	.	
20. Usar las manos y los brazos para manipular y mover objetos? (Por ejemplo, halar o empujar la puerta o lanzar una pelota)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d445	.	
21. Caminar?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d450	.	
22. Moverse de un sitio a otro arrastrándose, gateando, trepando, corriendo o saltando?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d455	.	
23. Andar y moverse dentro de su propia casa?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d460	.	
d5. Autocuidado									
¿En el último mes cuánta dificultad ha tenido (diga el nombre del niño o niña) para									
Pregunta	Opciones de respuesta						Código CIF-IA	Calificador	
24. Avisar que necesita ir al baño, comparado con otras personas de su edad?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d530	.	
25. Quitarse la ropa?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d540	.	
26. Comer solo comparado con otras personas de su edad? (por ejemplo sostener el biberón, comer con la mano, comer con cuchara?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d550	.	
27. Beber solo comparado con otras personas de su edad? (Por ejemplo, sostener un vaso, tomar con pitillo)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d560	.	
d7. Interacciones y relaciones interpersonales									
¿En el último mes cuánta dificultad ha tenido (diga el nombre del niño o niña) para									
Pregunta	Opciones de respuesta						Código CIF-IA	Calificador	
28. Reconocer a los miembros de su familia?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d7106	.	
29. Relacionarse con otras personas? (por ejemplo, niñeras o cuidadores, madres comunitarias, profesores y compañeros en el jardín infantil, personal de salud)	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d710	.	
d8. Áreas principales de la vida									
¿En el último mes cuánta dificultad ha tenido (diga el nombre del niño o niña) para									
Pregunta	Opciones de respuesta						Código CIF-IA	Calificador	
30. Participar en actividades como rayar, jugar con plastilina o rasgar papel, con los padres u otros miembros de la familia o en un hogar comunitario o guardería	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d810	.	
31. Jugar solo o con otras personas?	NA	Ninguna (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)	No lo puede hacer (4)	d880	.	
<p>Traslade los códigos CIF (Código completo con calificador) con calificadores entre 1 y 4 del Instrumento para la valoración de limitaciones en las actividades y restricciones en la participación para personas entre cero y dos años de edad en el siguiente cuadro correspondiente al criterio 4.3</p>									

Criterio 4.3. Actividades y Participación (b)

DOMINIOS		CODIFICACIÓN						CODIFICACIÓN					
		N1	N2	N3	.	C		N1	N2	N3	.	C	
1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Experiencias sensoriales intencionadas (d110-d129)	d1				.		d1				.	
		d1				.		d1				.	
	Aprendizaje básico (d130-d159)	d1				.		d1				.	
		d1				.		d1				.	
	Aplicación del conocimiento (d160-d179)	d1				.		d1				.	
		d1				.		d1				.	
2. Tareas y demandas generales (d210-299)		d2				.		d2				.	
		d2				.		d2				.	
3. Comunicación	Comunicación-recepción (d310-d329)	d3				.		d3				.	
	Comunicación-producción (d330-d349)	d3				.		d3				.	
		d3				.		d3				.	
	Conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación (d350-d369)	d3				.		d3				.	
4. Movilidad	Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d410-d429)	d4				.		d4				.	
	Llevar, mover y usar objetos (d430-d449)	d4				.		d4				.	
		d4				.		d4				.	
	Andar y moverse (d450-d469)	d4				.		d4				.	
		d4				.		d4				.	
	Desplazarse utilizando medios de transporte (d470-d489)	d4				.		d4				.	
5. Autocuidado (d510-d599)		d5				.		d5				.	
6. Vida doméstica	Adquisición de lo necesario para vivir (d610-d629)	d6				.		d6				.	
	Tareas del hogar (d630-d649)	d6				.		d6				.	
	Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás (d650-d669)	d6				.		d6				.	
7. Interacción y relaciones interpersonales	Interacciones interpersonales generales (d710-d729)	d7				.		d7				.	
	Interacciones interpersonales particulares (d730-d779)	d7				.		d7				.	
8. Áreas principales de la vida	Educación (d810-839)	d8				.		d8				.	
	Trabajo y empleo (d840-859)	d8				.		d8				.	
	Vida económica (d860-d879)	d8				.		d8				.	
9. Vida comunitaria, social y cívica (d910-d999)		d9				.		d9				.	

Instrumento 3. Solicitud de información sobre factores personales y ambientales

Para la formulación de las preguntas tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

- Lea las preguntas tal como están formuladas, incluyendo los ejemplos cuando estos son presentados. De ser necesario haga las aclaraciones correspondientes para que la persona comprenda el sentido de la pregunta.
- Lea todas las opciones de respuesta.
- Cada pregunta cuenta con una indicación según la cual las respuestas son de selección múltiple con única respuesta (SU) o de selección múltiple con múltiple respuesta (SM)
- No deje preguntas sin formular ni sin respuesta.
- Siga las indicaciones que se presentan en función de la respuesta brindada por el representante legal.
- Recuérdale a la persona que brinda la información, que las preguntas hacen referencia al niño o niña que está siendo valorado

I. Autoreconocimiento

1. De acuerdo con sus costumbres y tradiciones usted se identifica como: (SU)

a. Indígena	
b. Afrocolombiano	
c. Rrom - Gitano	
d. Palenquero	
e. Raizal	
f. Ninguno	

Las preguntas 2 y 3 no se aplican para este rango de edad

II. Ejercicio de derechos

4. ¿Ha estado en procesos de rehabilitación funcional por su discapacidad? (SU)

5. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación? (SU)

SI

NO (pase a pregunta 7)

SI

NO

6. En su proceso de rehabilitación le han ordenado consultas por (SM)

7. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)

a. Medicina física y de rehabilitación

a. Ya terminó el proceso de rehabilitación

b. Psiquiatría

b. Cree que ya no lo necesita

c. Fisioterapia

c. No le gusta/no le interesa

d. Fonoaudiología

d. Falta de dinero

e. Terapia ocupacional

e. El centro de atención queda muy lejos

f. Optometría

f. No hay quién lo lleve

g. Psicología

g. No ha sido autorizado por el asegurador

h. Trabajo social

h. No sabe

i. Otro tipo de profesionales

8. Su municipio cuenta con servicio de rehabilitación? (SU)

9. ¿Utiliza productos de apoyo? (SU)?

SI

NO

SI

NO (pase a pregunta 12)

10. ¿Cuáles de los siguientes productos de apoyo utiliza? (SM)

>>>

11. ¿En su proceso de rehabilitación recibió entrenamiento en el uso del (los) producto(s) de apoyo asociado(s) a su discapacidad? (SU)

a. Productos de apoyo para la movilidad (por ejemplo, bastón, muletas, caminador, silla de ruedas)

SI

NO

b. Órtesis y/o prótesis (en brazos o piernas)

SI

NO

c. Bastón de orientación (personas ciegas o con baja visión)

SI

NO

d. Productos de apoyo para la visión (por ejemplo, gafas para baja visión, telescopios, binoculares)

SI

NO

e. Productos de apoyo para la audición (por ejemplo, trompetillas, audífonos, implantes)

SI

NO

20. Usted participa en actividades: (SM)

a. Familiares

b. Comunitarias

c. Religiosas o espirituales

d. Deportivas o de recreación

e. Culturales

f. Ciudadanas

g. Otras

h. Ninguna

Las preguntas de la 12 a la 19 no se aplican para este rango de edad

Las preguntas 21 y 22 no se aplican para este rango de edad

III. Entorno para la vida y el cuidado

23. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida diaria (por ejemplo bañarse, vestirse, comer, beber, ir al baño, cambiar posiciones del cuerpo)? (SU)

SI

NO (pase a pregunta 25)



24. ¿Quién es la persona que más le ayuda a realizar las actividades de la vida diaria en las que tiene dificultades de forma permanente? (SU)		25. Usted vive: (SU)		
a. Padre		a. Con su familia (pase a la pregunta 27)		
b. Madre		b. Solo (pase a la pregunta 27)		
c. Hijo(s)		c. En calle (pase a la pregunta 27)		
d. Hija(s)		d. En institución de manera permanente (7 días a la semana, 24 horas por un tiempo mayor a dos meses) (pase a la pregunta 26)		
e. Hermano(s)				
f. Hermana(s)				
g. Esposo o compañero		26. ¿En qué tipo de institución? (SU)		
h. Esposa o compañera		a. Establecimiento penitenciario o carcelario		
i. Abuelo		b. Hospital		
j. Abuela		c. Centro psiquiátrico		
k. Otros familiares hombres		d. Hogar geriátrico		
l. Otras familiares mujeres		e. Centro de protección infantil (con medida de restablecimiento de derechos)		
m. Persona remunerada para ayudarlo(a), no cualificada		f. Otras instituciones		
n. Persona remunerada para ayudarlo(a), cualificada				
o. Necesita ayuda, pero no tiene quien le ayude				
27. ¿De quién o quienes recibe mayor apoyo y respaldo (apoyo emocional, ayuda material, servicios e información)? (SU)		28. En su vida diaria usted encuentra barreras físicas en (SM)		
a. De familiares		a. Vivienda		
b. De comunidades o grupos religiosos		b. Espacio público		
c. De redes comunitarias o sociales		c. Transporte público		
d. Instituciones		d. Edificaciones públicas o privadas		
e. De vecinos y amigos		e. No encuentro barreras físicas		
f. No cuenta con redes de apoyo				
29. ¿En su vida diaria usted encuentra barreras para acceder a la información en? (SM)		30. ¿En su vida diaria, usted encuentra actitudes negativas en su interacción con (SM)		
a. Medios de comunicación masivos (Radio, Tv)		a. Miembros de la familia cercana		
b. En tecnologías de información y comunicación TIC		b. Otros familiares		
c. Entidades que prestan atención al público		c. Amigos		
d. Entidades de salud		d. Conocidos, compañeros, colegas, vecinos o miembros de la comunidad		
e. Entidades educativas		e. Personas en cargos de autoridad		
f. Espacio público		f. Personas en cargos subordinados		
g. Transporte público		g. Cuidadores y personal de ayuda		
h. No encuentra barreras para acceder a la información		h. Profesionales de la salud		
		i. Otros profesionales		
		j. No encuentra barreras actitudinales		
Entrevista aplicada por: (Registre los datos de todos los miembros del equipo interdisciplinario)				
No	Nombre	Profesión	Tipo y número de documento de identidad	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				