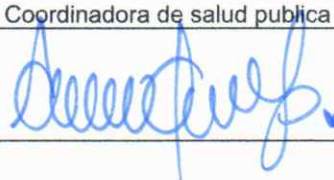


<b>AUTORIZACION PARA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD EN PERSONAS RESIDENTES EN NORTE DE SANTANDER, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCION DEL M.S.P.S. No 1197 DE 2024</b>	
<b>DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</b>	
Municipio donde es emitida la autorización	Cacota
Código Divipola del municipio	54125
Nombre de la entidad que emite la autorización	Coordinación de salud pública- alcaldía municipal
Fecha de solicitud de la autorización	11/12/2024
Fecha de expedición de la autorización	11/12/2024
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA</b>	
Nombre Completo	LUIS FERNANDO CAÑAS CAÑAS
Tipo de Documento Identidad	R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro. <input type="checkbox"/>
Número de Documento de Identidad	1.094.247.816
Edad	16 Años
Genero	Masculino
Dirección	vereda curpaga - Finca la toma
Teléfono fijo	3227676022
No. de Celular (2 números si es posible)	3227676022
Municipio de residencia	Cacota
Correo Electrónico	No aplica
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: <input checked="" type="checkbox"/> No Aplica: <input type="checkbox"/>
Nombre Completo del Representante	Estella Cañas Araque
Parentesco de la PcD	Madre
Tipo de Documento Identidad	C.C
Número de Documento de Identidad	60.261.977
Teléfono fijo y/o No. de celular	3227676022
<b>INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN</b>	
Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	1170235
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G405-Síndromes epilépticos especiales G934-Encefalopatía no especificada H612 Cerumen impactado H538 otras alteraciones visuales
Fuente de Recursos de la autorización	<input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 619 de 2024 <input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios <input type="checkbox"/> Empresa Privada <input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional <input type="checkbox"/> Sistema General de Regalías
Carta de manifestación del pago directo a la IPS del procedimiento de la valoración por parte de la Empresa Privada y datos de contacto del solicitante que presentó a las personas. Cuando aplique.	Si <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	<b>IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584</b>
Datos de contacto para la asignación de la cita de valoración por equipo multidisciplinario en la IPS (dirección, teléfono, municipio, correo electrónico)	IPS Progresando en Salud, Ubicada en el municipio de Cúcuta, Dirección: <b>Calle 21 A # 0B-75 El Rosal por Barrio Blanco</b> Teléfono: <b>316 2521846 Para Citas</b> Email: <b>fservicioclienteipsprogresando@gmail.com</b>
<b>INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES</b>	
Indicar si la persona requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea institucional o domiciliaria, de acuerdo con lo establecido por el médico tratante.	Consulta Institucional: <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Telemedicina: _____ Justificación si requiere consulta domiciliaria: _____
Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación: a) Movilidad, b) Comunicación y acceso a la comunicación y c) Persona de apoyo.	Si Aplica: _____ No Aplica: _____ Movilidad: _____ Comunicación: _____ Persona de apoyo: _____ Otro: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Angelica María Gauta Ferrer
Cedula del funcionario	1004926619
Cargo del funcionario que emite la autorización	Coordinadora de salud publica
Firma del funcionario que emite la autorización	





NEUROCOOP REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL S.A.S  
NIT - 900301770-1

Calle 9 #11-36 URBANIZACION LA ROMERO - 5950666 - Pamplona -  
Colombia

Fecha impresión: 20/06/2024 09:47

Autorización

1170235.

HISTORIA CLINICA DE PEDIATRIA

890283 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	CAÑAS CAÑAS	Nombres:	LUIS FERNANDO
Tipo identificación:	TI	Número documento:	1094247816
Fecha de Nacimiento:	22/06/2007	Edad:	16 Años/11 Meses/28 Dias
Género:	Masculino	Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección:	cr 8 # 1a- 41 int 16 urbanizacion san rafael	Teléfono:	3227676022
Nombre del Cliente:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE	Convenio:	CCF050-079-2024 - NC Pamplona - Comfaorient Subsidado 2024
Fecha registro :	20/06/2024 09:15	Fecha atención:	20/06/2024 09:15

RIPS CONSULTA Número de autorización: 3400975

Ambito de atención: Ambulatorio

Enfoque Diferencial: Niños, Niñas y Adolescentes

Causa externa: Enfermedad general Finalidad de la consulta: No aplica

CONSULTA

Motivo de consulta: "PARA HACE UN PROCESO"

**Historia Enfermedad Actual:** CUMPLIENDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SE PROCEDE A REALIZAR CONSULTA AMBULATORIA. PACIENTE PROCEDENTE DE PAMPLONA, ASISTE CON LA HERMANA LUZ MARINA CAÑAS QUIEN REFIERE QUE HACE 15 DIAS PRESENTO CRISIS CONVULSIVA MUY FUERTE Y LARGA POR LO QUE DEBIERON CONSULTAR A URGENCIAS. LA PEDIATRA LE SUGIRIO QUE SOLICITAR NUEVO CONCEPTO PARA EVALUAR POSIBILIDAD DE MANEJO QUIRURGICO . ADEMAS REFIEREN QUE LE DISMINUYERON LAS TERPAIAS EN CASA Y NOTAN QUE EL NINO ESTA DUEMIRNDO MUCHO, ESTA MAS DISTRAIDO Y CON PEOR COMPORTAMIENTO . ULTIMA VALORACION POR NEUROPEDIATRA EL 29/05/2024 QUE DEJO MANEJO CON FENOBARBITAL 100 MG C/12 H, LEVETIRACETAM 10000 MG C/12, CLOBAZAM 20 MG C/12 H, CLONAZEPAM 5 GOTAS CADA NOCHE, CANNABIDIOL 1 ML C/12. CON MEJOR CONTROL DE SINTOMAS HASTA ULTIMA CONVULSION.

RXS ORINA CLARA, Y DEPOSICION NORMAL. COME BIEN. INSOMNIO DE CONCILIACION. SE ACERCA MUCHO A LOS CUADRENOS Y AL CELLUAR. SE RSCA MUCHO EL OIDO IZQUIERDO

SIGNOS VITALES

Peso: 59,00 Kilogramos

Talla: 167,00 Centimetros I.M.C.: 21,16 TAS (mmHg):: 1 TAD (mmHg):: 1 PAM: 1 FC (xm):: 68 FR (xm):: 18 Temperatura:: 36,4

SaO2 %: 1

ANTECEDENTES

**Antecedentes Personales y Patologicos:** NO REFIERE (EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.

NO REFIERE

NO REFIERE

NO REFIERE

NO REFIERE

NO REFIERE

NO REFIERE

NO REFIERE

NO REFIERE

NO REFIERE

HIPOXIA NEONATAL, EPILEPSIA REFRACTARIA

NO REFIERE

NO REFIERE

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.

NO REFIERE

NO REFIERE

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.

NO REFIERE

**Antecedentes de Hospitalizaciones:** NO REFIERE  
**Antecedentes de Inmunizaciones:** NO REFIERE  
**Antecedentes Laborales:** NO REFIERE  
**Alergias:** NIEGAN ALERGIAS CONOCIDAS.  
**Tipo de Discapacidad:** Discapacidad Intelectual, Discapacidad Psicosocial (Mental)  
**Antecedentes Tóxicos:** Ninguno  
**Observación Antecedentes Tóxicos:** NO REFIERE  
**¿Es Víctima de Maltrato?:** No  
**Víctima de Maltrato:**  
**¿Es Víctima de Violencia Sexual?:** No  
**Víctima Violencia Sexual:**  
**Antecedentes Farmacológicos:** NO REFIERE  
**Otros Antecedentes:** NO REFIERE

#### EXAMEN FISICO

##### REVISION REGIONAL

**Cabeza:** NORMOCRANEO. SE ACERCA MUCHO AL CELULAR PARA MIRAR  
**OTOSCOPIA IZQUIERDA CON TAPON DE CERUMEN**  
**Cuello:** NORMAL  
**Torax:** NO RETRACCIONES. RSCS SIN SOPLOS, RSRS SIN AGREGADOS  
**Abdomen:** BLANDO, NO APARENTE DOLOROSO.  
**Extremidades:** NORMAL  
**Espalda:** NORMAL  
**Piel y Faneras:** NORMAL

##### REVISION POR SISTEMA

**Respiratorio:** NORMAL  
**Genitourinario:** NORMAL.  
**Muscular y Osteoarticular:** NORMAL  
**Gastrointestinal:** NORMAL  
**Cardiovascular:** NORMAL  
**Neurológico:** ALERTA, CONCIENTE, ACTIVO, REALIZA CONTACTO VERBAL Y VISUAL CON EL MEDIO PERO ESCASO CON EXAMINADOR. NORMOCEFALO.  
LEVE HIPERTONO. NO SIGUE INDICACIONES. NO COLABORADOR  
**Endocrinológico:** NORMAL  
**Esfera Psicológica:** NORMAL

##### REPORTE DE ESTUDIOS CLINICOS

**Resultados de Imágenes Diagnósticas:** NO PRESENTA  
**Resultados Neurofisiológicos:** 13/04/2022 TAC DE CRANEO SIMPLE DENTRO DE LIMITES NORMALES  
**Resultados de Neuropsicología:** NO PRESENTA  
**Resultado Otros Estudios:** NO PRESENTA

##### RIA PRIMERA INFANCIA

**34.Edad Gestacional al Nacer:** 39  
**37.Resultado de tamizaje auditivo neonatal:** 0-No aplica  
**69.Fecha de tamizaje auditivo neonatal:** 22/06/2023  
**38.Resultado de tamizaje visual neonatal:** 0-No aplica  
**75.Fecha de tamizaje visual neonatal:** 22/06/2023  
**39.DPT menores de 5 años:** 0-No aplica  
**40.Resultado de tamizaje VALE:** 0-No aplica  
**63.Fecha de tamizaje VALE:** 22/06/2023  
**41.Neumococo:** 0-No aplica  
**43.Resultado de escala abreviada de desarrollo área de motricidad grues:** 0-No aplica  
**44.Resultado de escala abreviada de desarrollo área personal social:** 0-No aplica  
**45.Resultado de escala abreviada de desarrollo área personal social:** 0-No aplica  
**46.Resultado de escala abreviada de desarrollo área de motricidad audición lenguaje:** 0-No aplica  
**48.Resultado de tamización con oximetría pre y post ductal:** 0-No aplica  
**70. Suministro de fortificación casera en la primera infancia (6 a 23 meses):** 0.NO APLICA  
**71.Suministro de vitamina A en la primera infancia (24 a 60 meses):** 0.NO APLICA  
**77.Suministro de hierro en la primera Infancia (24 a 59 meses):** 0-No aplica



NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.

NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.

NO REFIERE  
NO REFIERE  
EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.,

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.,  
EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.,  
EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.,  
HIPOXIA NEONATAL, EPILEPSIA REFRACTARIA, EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE,  
DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.

NO REFIERE  
NO REFIERE  
EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE  
NO REFIERE

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.,

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.,  
, EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.,  
EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, CON TRASTORNO DE MIGRACION NEUROBLASTICA, DIPLEJIA LEVE, DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA.)

**Antecedentes Familiares:** NO REFIERE

**Antecedentes Quirurgicos:** NO REFIERE

85.Resultado de TSH Neonatal: 1.NORMAL

DIAGNÓSTICOS

Principal Ingreso: G405 - SINDROMES EPILEPTICOS ESPECIALES  
Tipo principal: Impresión diagnóstica, Relacionado 1 Ingreso: G934 - ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA  
Relacionado 2 Ingreso: H612 - CERUMEN IMPACTADO  
Relacionado 3 Ingreso: H538 - OTRAS ALTERACIONES VISUALES

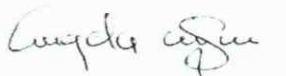

Observaciones dx Principal: ENCEFALOPATIA EPILEPTICA TIPO SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT

PRONOSTICO Y PLAN DE MANEJO

Plan de Manejo: SS/ VALORACION POR NEUROLOGIA  
SS/ VALORACION POR OPTOMETRIA  
SS/ TERAPIA OCUPACIONAL, DE LENGUAJE, FISICA Y PSICOLOGIA DOMICILIARIAS  
Pronóstico Funcional: NO APLICA  
Secuelas: NINGUNA

Recomendaciones: PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS Y 11 ESES CON EPILEPSIA REFRACTARIA , ENCEFALOPATIA EPILEPTICA, RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR , TRASTORNO DEL DESARROLLO CORTICAL. POLIMEDICADO CON MEJOR CONTROL DE CRISIS HASTA HACE 2 SEMANAS QUE PRESENTO CRISIS INTENSA Y LARGA. FA,MILIARES DESEAN TENER OTRO CONCEPTO POR NEUROLOGIA, POR LO QUE ADEMAS DEBE INICIAR TRANSICION HACIA NEUROLOGIA DE ADULTOS GENERO ORDEN. SE AJUSTAN TERAPIAS DADO QUE LA DISMINUCION DE ESTAS HA HECHHO QUE NUEVAMENTE TENGA CAMBIOS EN PATRONES DE SUEÑO Y COMPORTAMIENTO . SE REMITE A OPTOMETRIA POR HALLAZGOS.

ORDEN DE CONSULTA:	Cantidad
20/06/2024 09:38 - ORDEN CONSULTA - PEDIATRIA - ANGELA MARIA SOLANO MORENO	
890274 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1
20/06/2024 09:38 - ORDEN CONSULTA - PEDIATRIA - ANGELA MARIA SOLANO MORENO	
890383 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1
ORDEN DE PROCEDIMIENTO:	Cantidad
20/06/2024 09:39 - ORDEN PROCEDIMIENTOS - PEDIATRIA - ANGELA MARIA SOLANO MORENO	
890108 - ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR PSICOLOGIA	30
890111-1 ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	60
890110-1 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	60
890113-1 ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL	60

ANGELA MARIA SOLANO MORENO  
CC 52816457  
N° de registro: 52816457  
PEDIATRIA

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

NUMERO **1.094.247.816**

**CAÑAS CAÑAS**  
APELLIDOS

**LUIS FERNANDO**  
NOMBRES

**NO FIRMA**  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-JUN-2007**

**PAMPLONA**  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**22-JUN-2025**  
FECHA DE VENCIMIENTO

**A+**  
G S RH

**M**  
SEXO

**12-AGO-2014 PAMPLONA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Manchique Turriero*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL MANCHIQUE TURRIERO



P-2506400-00651764-M-1094247816-20141210 0041856306A 1 43684589