
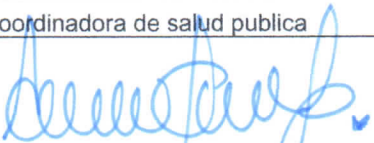
 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander <small>Instituto Departamental de Salud</small></p>
--	--	--

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	
DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	
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
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA	
Nombre Completo	TELESFORO CAÑAS PEÑA
Tipo de Documento Identidad	R.C. _____ T.I. _____ C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Otro. _____
Número de Documento de Identidad	5418498
Edad	56 Años
Genero	Masculino
Dirección	Vereda hato de la virgen
Teléfono fijo	3105542613
No. de Celular (2 números si es posible)	3105542613
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: _____
Nombre Completo del Representante	Rosmira Olimpia Quintero cañas
Parentesco de la PcD	Cuidadora
Tipo de Documento Identidad	C.C
Número de Documento de Identidad	27644757
Teléfono fijo y/o No. de celular	3145183795
INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN	
Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	1327400
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H540-Ceguera en ambos ojos
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 _____ No Aplica _____ Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584
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: Calle 21 A # 0B-75 El Rosal por Barrio Blanco Teléfono: 316 2521846 Para Citas Email: fservicioclienteipsprogresando@gmail.com
INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES	
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: <u>X</u> 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: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
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	



Edad : 56A 6M 4D
Nacimiento : 17/01/1968
Dirección : VEREDA HATO DE LA VIRGEN
Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

Sexo : Masculino
Teléfono : 3105542613

CAUSA EXTERNA: 13 - 13 - Enfermedad General

AutORIZACIÓN: 1327400.

FINALIDAD CONSULTA: 10 - 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

MOTIVO CONSULTA: SOY DURO DEL ESTOMAGO

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTES DE CEGUERA BILATERAL, CON NECESIDAD DE ACOMPAÑANTE PERMANENTE, BARTHEL 80, ACUDE POR CUADRO CLINICO DE DOLOR EN EPIGASTRIO, ASOCIADO A EXTREÑIMIENTO ACUDE PARA RENOVAR ORDENES DE MEDICACION

PARACLINICOS : NA

ANTECEDENTES :

QUIRÚRGICOS: NIEGA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: NIEGA

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

PATOLÓGICOS: NIEGA

TOXICOLÓGICOS: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES

Peso : 67 kg	Temperatura : 36 °C	Presión Arterial Sistólica: 150 mmHg
Talla : 172 cm	Frecuencia Respiratoria : 16 R x Min	Presión Arterial Diastólica : 78 mmHg
I.M.C. : 22.65 kg/m2	Frecuencia Cardiaca : 75 L x Min	

EXÁMEN FÍSICO :

Craneo (Normal). NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS.

Neurología - Esfera mental (Normal). ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS FUERZA MUSCULAR 5/5 REFLEJOS ++/++++.

OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal).

ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). MÚSCULO - ESQUELETICO (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

PLAN DE MANEJO :

BISACODILO 5 MG GRAGEA (Cantidad: 90) 1 TAB CADA 24 HORAS POR 90 DIAS

ESOMEPRAZOL TABLETA 40MG (Cantidad: 90) 1 UN CADA 24 HORAS POR 90 DIAS

ALUMINIO HIDROXIDO 6% SUSPENSION ORAL (Cantidad: 3) 3 FCO

TOMAR 1 CUCHARADA CADA 12 HORAS POR 3 MESES

ANALISIS :

PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTES DE CEGUERA BILATERAL, CON NECESIDAD DE ACOMPAÑANTE PERMANENTE, BARTHEL 80, ACUDE POR CUADRO CLINICO DE DOLOR EN EPIGASTRIO, ASOCIADO A EXTREÑIMIENTO. A LA VALORACION PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL. SE DA ORDEN DE MEDICACION, SE EXPLCIA CODUCTA AL PACIETNE Y FAMILIAR.



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 21/07/2024 09:09

INGRESO : 112909

CAAS PEA TELESFORO

CC - 5418498

Edad : 56A 6M 4D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 17/01/1968

Teléfono : 3105542613

Dirección : VEREDA HATO DE LA VIRGEN

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

DIAGNÓSTICO :

H540 - CEGUERA DE AMBOS OJOS - (Impresión Diagnóstica)

CONTRERAS GAMBOA DAVID ALFONSO
C.C. 1019148813
MEDICINA GENERAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.418.498**

CAÑAS PEÑA

APELLIDOS
TELESFORO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **17-ENE-1968**

CACOTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

18-SEP-1988 CACOTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL RÁNCHEZ TORRES

A-2501600-00165501-M-0005418498-20090731 0014287316A 1 27241829

