

CC 60406895 MARIA TERESA GONZALEZ GOMEZ

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio Villa del Rosario (MU-54874) - Contrato

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

IPS PROGRESANDO EN SALUD SAS Id: 5457

Tipo Valoración

Consultorio 2024 (2024-01-01 a 2024-12-31) id:1818

Observaciones

DIANOSTICOS: R270 - G402 - R418 - E039 - ASODICAP

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1074401



Tel: 3142630813
3042012824

Correo: gg050791@gmail.com

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido González	2do. Apellido Gómez	Nombres María Teresa dg	DOCUMENTO: 60406895
Edad : CII + N° 11-13 B. Gramalote U/ Rio	Estado Civil :	Escolaridad:	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección:		Teléfono: 314 2630813 304 2012824	

FECHA: AÑO: 2023 MES: 10 DIA: 24

DIAGNÓSTICO: Ataxia (CR270)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente con trastorno Neurosensorial diagnosticado como Ataxia Sensitivo, Vertigo Orogen Central, Romberg +, Alteración severa de la coordinación y el Equilibrio, Sensación mareo se agudiza al cerrar los ojos y al desplazarse, Marcha en trendelenburg con inestabilidad severa.

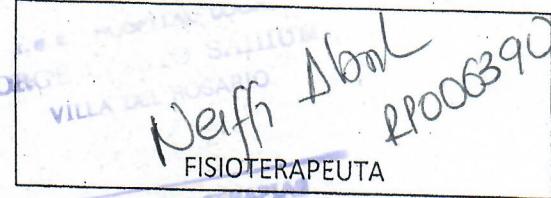
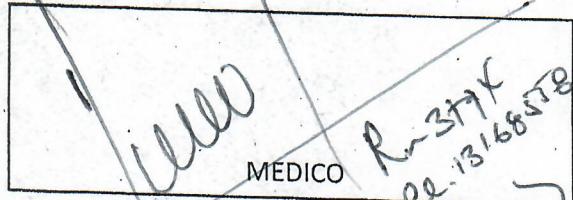
Alteración de las funciones fisiológicas básicas.

Dependiente todas las actividades de la Vida Diaria.

Requiere Acompañamiento permanente

Requiere Silla Ruedas Ergonómica

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA (Motor-Mental)



SALUD SOCIAL S.A.S.



Direccion Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco
Telefono 607 595 6605

NEUROLOGIA

HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clinica: 60406895

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA TERESA GONZALEZ GOMEZ Identificación: CédulaCiudadanía 60406895 Sexo: Femenino
 Fecha Nacimiento: 10/enero/1971 Edad Actual: 53 Años / 3 Meses / 29 Días ID de Genero: Femenino Raza: INDETERMINADO Estado Civil: Soltero
 Dirección: CALLE 7 N 11-13/ GRAMALOTE Teléfono: 3142630813
 Barrio: GRAMALOTE Procedencia: VILLA DEL ROSARIO
 Ocupación: Correo Electronico:norespoder@previsalud.com.co

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Régimen: Regimen_Simplificado
 Plan Beneficios: COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO SUBSIDIADO Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)
 Tipo de contrato: Factura_Global Tipo: Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 5

(Fecha: 10/05/2024 12:16 p. m.)

Acompañante:

Parentesco:

Teléfono Acomp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1373919 Fecha: 10/05/2024 8:46:46 a. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

Control de su enfermedad

EnfermedadActual

Paciente femenino de la sexta decada de la vida, con diagnostico e historia anotada, hipotiroidismo, antecedentes de 2 crisis epilépticas, trastorno cognitivo, síntomas vertiginosos, a quien valore por primera vez en octubre pasado, para dicha ocasión considere posible crisis epilépticas complejas, ante el resultado del EEG, le ordene levetiracetam a dosis de 500 cada 12 horas y le ordene resonancia cerebral simple, protocolo para epilepsia, electroencefalograma y transaminasas, comenta que con la medicacion los síntomas mejoraron de forma significativa, los síntomas no se han vuelto a presentar, hace 2 meses no toma el levetiracetam, no había vuelto ya que no le agendaban la cita, al momento solo toma el tratamiento de la tiroide.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema neurológico	No refiere
Sistema otorrino	No refiere
Sistema respiratorio	No refiere
Sistema cardiovascular	No refiere
Sistema gastrointestinal	No refiere
Sistema genitourinario	No refiere
Sistema osteomuscular	No refiere
Sistema endocrino	No refiere
Sistema linfático	No refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras)	No refiere

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Nombre reporte : HCRPHistoBese

1/4

Usuario: 88141415

TAS: 120 /TAD: 80 TAM: 93 NORMAL FC: 78 FR 18 TEMP. 37.00 SO2
 Peso (Kg) 63,0 Talla (Cms) 165 I.M.C. PESO
 Escala del Dolor 0 NORMAL
 Riesgo OM:

EXAMEN FÍSICO

Estado general: Buen estado general.
 Cabeza, cara, cuello:
 Torax
 Abdomen:
Extremidades superiores:
Extremidades inferiores:
 Región lumbosacra:
 Genitourinario:
 Sistema nervioso central: Consciente, funciones mentales alteradas, fondo de ojo normal, sensibilidad y fuerza conservada, pruebas vertiginosas negativas, marcha con apoyo.
 Piel y faneras:

ESCALA DE BARTHÉL

Comer:
 Lavarse:
 Vestirse:
 Arreglarse:
 Deposiciones:
 Micción:
 Usar el Retrete:
 Trasladarse:
 Deambular:
 Escalones:

TOTAL BARTHÉL

0

ANALISIS Y TRATAMIENTO Paciente femenino de la sexta década de la vida, con diagnóstico e historia ampliada, crisis epilépticas complejas, con trastorno cognitivo, hipotiroidismo, con buen control de las mismas con el levetiracetam, ocasionalmente con agresividad, al examen clínico y neuroológico sin cambios con relación a la última consulta resonancia cerebral simple del 5 de marzo de 2024 que evidencia imagen compatible con quiste en región del núcleo lenticular izquierdo de aspecto benigno, cambios involutivos a nivel de hemisferios cerebelosos, EEG del 19 de abril de 2024 trazado de vigilia normal, transaminasas del 18 de diciembre de 2023 GOT 26, GPT 23, mantengo tratamiento con Levetiracetam 500 cada 12 horas, adición de quetiapina 25 mg al día, continuar tratamiento de base, control en 5 meses.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**ANTECEDENTES**

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	16/01/2023 10:08:33 a. m.	HIPOTIROIDISMO- DISABILIDAD COGNITIVA
Quirúrgicos	16/01/2023 10:08:33 a. m.	OSTEOSINTESIS MSI

Alérgicos 16/01/2023 10:08:33
a. m.

AINES

Otros 6/10/2023 4:03:38 p. Ama de casa, trastorno cognitivo desde la infancia, sin VM, niega HTA, DM, patología renal, hipotiroidismo recibe levotiroxina, fractura de codo izquierdo. Tía paterna con epilepsia.

Fumador	Medida Fumador	Tiempo Fumador	Medida Exfumador	Tiempo Exfumador
Fumadores en Casa	Exposición al humo	Tiempo exposición	Medida Exposición	Mascotas en casa
Sustancias			Medida Sustancias	Tiempo Sustancias

Planifica

FUP	G	P	A	C	V	E	M
-----	---	---	---	---	---	---	---

EXAMENES							
Código	Nombre						

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Código	Nombre
890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

Observación: Control en 5 meses

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnóstico
Impresion_Diagnostica	G402	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)(PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	R418	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS	<input type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	<input type="checkbox"/> Principal

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

MEDICAMENTOS

CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
20007896-18	LEVETIRACETAM 500 MG TABLETA	500 MG	300	TABLETA
Vía de administración:	Oral	Duración:	150	Días
Indicación:	8am-8pm			
19964632-4	QUETIAPINA 25 MG TABLETA	25 MG	150	TABLETA
Vía de administración:	Oral	Duración:	150	Días
Indicación:	a las 9 am			

Nombre reporte : HCRPHistoBase

3/4

Usuario: 88141415

Fecha Actual : viernes, 10 mayo 2024

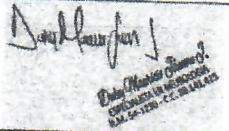
INDICACIONES MEDICAS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Código	Nombre

Observación:

JACOME JACOME DULEY MAURICIO
NEUROLOGIA
88141415 o 88141415



Nombre reporte : HCRPHistoBase

4/4

Usuario: 88141415



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	60406895
NOMBRES	MARIA TERESA
APELLIDOS	GONZALEZ GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO	VILLA DEL ROSARIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/04/2024 09:38:27 | Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

Registro válido

Fecha de consulta:

04/07/2024

Ficha:

54874049553600001094

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA TERESA

Apellidos: GONZALEZ GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60406895

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/06/2023

Última actualización ciudadano: 23/06/2023

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

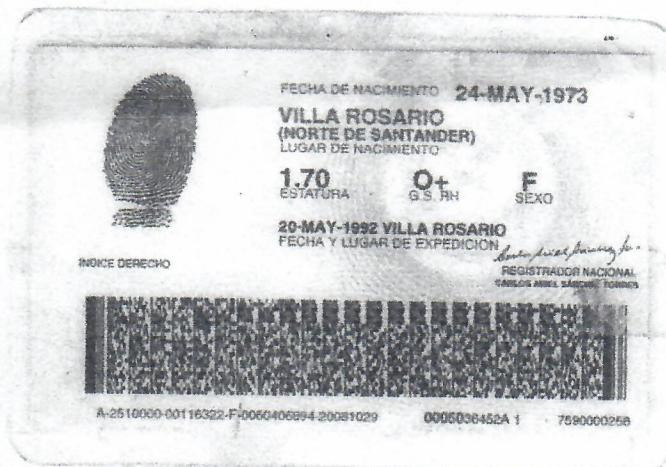
5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

Acompañante.

Ciudadano



**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	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	22 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	22 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	MARIA TERESA GONZALEZ GOMEZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	60.406.895 de Villa del Rosario
Edad	53 años
Género	Femenino
Dirección	Calle 7 #11-13 Barrio Gramalote
Teléfono fijo	3142630813
No. de Celular (2 números si es posible)	3042012824
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	ggo50791@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (X) No Aplica: ()
Nombre Completo del Representante	GLADYS GONZALEZ GOMEZ
Parentesco de la PCD	Hermana
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.406.894 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3042012824

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)	1074401
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	R270 – G402 – R418 – E039
Fuente de Recursos de la autorización	<input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023 <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 la 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 11 # 8-15 Barrio La Palmita Teléfono: 3188631534 Para Citas Email: aux.gestion.ipspresando@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: <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: <input checked="" type="checkbox"/> Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor Esther Flórez Ramos
Cédula del funcionario	C.C. No. 60.412.223 de Villa del Rosario
Cargo del funcionario que emite la autorización	Técnico Administrativo Secretaría de Salud
Firma del funcionario que emite la autorización	