



**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	MARTHA ELENA CACERES
Tipo de Documento Identidad	R.C. _____ T.I. _____ C.C. <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Otro. _____
Número de Documento de Identidad	27.645.253
Edad	63 Años
Genero	Femenino
Dirección	Barrio el calvario
Teléfono fijo	3133479933
No. de Celular (2 números si es posible)	3133479933
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: _____ No Aplica: <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre Completo del Representante	N/A
Parentesco de la PCD	N/A
Tipo de Documento Identidad	N/A
Número de Documento de Identidad	N/A
Teléfono fijo y/o No. de celular	N/A

**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)	661766
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F809 – Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado
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: _____



INSTITUTO  
DEPARTAMENTAL  
DE SALUD  
NORTE DE SANTANDER

## AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD



Gobernación  
de Norte de  
Santander

Instituto Departamental de Salud

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:  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	

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA****CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

FECHA : 07/03/2024 14:53

INGRESO : 107850

**CACERES MARTHA ELENA**

CC - 27645253

Edad : 63A 1M 28D

Nacimiento : 09/01/1961

Sexo : Femenino

Teléfono : 3133479933

Dirección : CR 2#2-90

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

CAUSA EXTERNA: 13 - 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

MOTIVO CONSULTA: VENGO PORQUE TENGO PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

**ENFERMEDAD ACTUAL :** PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS, ANTECEDENTE DE RETRASO DESARROLLO PSICOMOTOR LENGUAJE Y ALTERACION EN LA MARCHA, QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE MARLENY FLOREZ, AMIGA DE LA FAMILIA, QUIEN REFIERE CREE QUE LA PACIENTE PRESENTA ALGUN GRADO DE DISCAPACIDAD. NIEGA SINTOMATOLGIAS PREVIO A LA CONSULTA.

**ANTECEDENTES :**

GINECOLÓGICOS: G1P0C1

CITOLOGÍA: NUNCA

QUIRÚRGICOS: CIRUGÍA EN HOMBRO DERECHO NO ESPECIFICADA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: NIEGA

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

PATOLÓGICOS: NIEGA

TOXICOLÓGICOS: NIEGA

FARMOCOLÓGICOS: 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 : 64.5 kg

Temperatura : 36.2 °C

Presión Arterial Sistólica: 141 mmHg

Talla : 154 cm

Frecuencia Respiratoria : 18 R x Min

Presión Arterial Diastólica : 81 mmHg

I.M.C. : 27.2 kg/m<sup>2</sup>

Frecuencia Cardiaca : 85 L x Min

**EXÁMEN FÍSICO :**

Craneo (Normal). PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL. C/C: NORMOCÉFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, PINRAL, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATIAS, NI MASAS.

C/P: TORÁX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE. A LA AUSCULTACIÓN RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS.

ABD: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.

GENITOURINARIO: NO EVALUADO.

NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT APARENTE.

EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS.

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). NEUROLÓGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

Autorización: 661766.

**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

FECHA : 07/03/2024 14:53

INGRESO : 107850

**CACERES MARTHA ELENA**

CC - 27645253

Edad : 63A 1M 28D

Nacimiento : 09/01/1961

Dirección : CR 2#2-90

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

Sexo : Femenino

Teléfono : 3133479933

**PLAN DE MANEJO :**

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL (Cantidad: 1)

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA (Cantidad: 1)

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA (Cantidad: 1)

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA (Cantidad: 1)

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL (Cantidad: 1)

HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E (Cantidad: 1)

COLESTEROL TOTAL (Cantidad: 1)

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] (Cantidad: 1)

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO (Cantidad: 1)

TRIGLICÉRIDOS (Cantidad: 1)

UROANALISIS - PARCIAL DE ORINA (Cantidad: 1)

GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (Cantidad: 1)

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (Cantidad: 1)

NITROGENO UREICO (Cantidad: 1)

ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) TABLETA X 500 MG (Cantidad: 30) 1 TABL CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

TIAMINA TABLETA GRAGEA O CAPSULA X 300 MG (Cantidad: 30) 1 TAB CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

**ANALISIS :**

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS, ANTECEDENTE DE RETRASO DESARROLLO PSICOMOTOR LENGUAJE Y ALTERACION EN LA MARCHA, QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE MARLENY FLOREZ, AMIGA DE LA FAMILIA, QUIEN REFIERE CREE QUE LA PACIENTE PRESENTA ALGUN GRADO DE DISCAPACIDAD. NIEGA SINTOMATOLGIAS PREVIO A LA CONSULTA. ACTUALMENTE PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HDRATADA CON EVIDENICA DE TRASTORNO DEL LENGUAJE, SE SOLICITA CONCEPTO DE PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLOGIA. CONSULTAR DE NEUVO POSTERIOR ALAS CITAS

**DIAGNÓSTICO :**

F809 - TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO - (Impresión Diagnóstica)

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS, ANTECEDENTE DE RETRASO DESARROLLO PSICOMOTOR LENGUAJE Y ALTERACION EN LA MARCHA, QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE MARLENY FLOREZ, AMIGA DE LA FAMILIA, QUIEN REFIERE CREE QUE LA PACIENTE PRESENTA ALGUN GRADO DE DISCAPACIDAD. NIEGA SINTOMATOLGIAS PREVIO A LA CONSULTA. ACTUALMENTE PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HDRATADA CON EVIDENICA DE TRASTORNO DEL LENGUAJE, SE SOLICITA CONCEPTO DE PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLOGIA. CONSULTAR DE NEUVO POSTERIOR ALAS CITAS

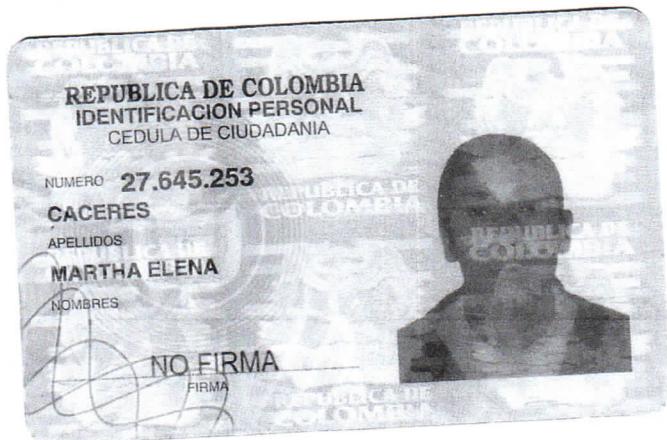
**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA****CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

**FECHA :** 07/03/2024 14:53**INGRESO :** 107850**CACERES MARTHA ELENA****CC - 27645253****Edad :** 63A 1M 28D**Nacimiento :** 09/01/1961**Sexo :** Femenino**Teléfono :** 3133479933**Dirección :** CR 2#2-90**Empresa :** COMFAORIENTE EPS-S

*Diego A.R. Angarita*  
**DIEGO R. ANGARITA**  
 **MEDICO GENERAL**  
**C.C 1094279334**

**ROZO ANGARITA DIEGO ANDRES**  
**C.C. 1094279334**  
**MEDICINA GENERAL**



FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1961

CACOTA  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

12-FEB-1993 CACOTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Bogotá, Distrito Capital*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS AREL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2501600-00160269-F-0027645253-20090626 0012839515A 1 27241615

