


 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</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	CHRISTIAN EDUARDO RAMOS DUQUE
Tipo de Documento Identidad	R.C. _____ T.I. _____ C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Otro. _____
Número de Documento de Identidad	1.091.452.736
Edad	19 años
Genero	Masculino
Dirección	Barrio la esperanza
Teléfono fijo	3224607038
No. de Celular (2 números si es posible)	3224607038
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)	893933
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G919-Hidrocefalo 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: _____

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

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	



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 06/03/2024 15:12

INGRESO : 107822

RAMOS DUQUE CHRISTIAN EDUARDO

CC - 1091452736

Edad : 19A 0M 10D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 25/02/2005

Teléfono : 3224607038

Dirección : LA ESPERANZA

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

CAUSA EXTERNA: 13 - 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

MOTIVO CONSULTA: TIENE HIDROCEFALIA

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIDROCEFALIA, USUARIO DE DERIVACION VENTRICULOPERITONEAL, ESTUDIANDO PRIMER SEMESTRE DE LENGUAS MODERNAS, REFIERE CEFALEA OCASIONAL, EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA.

PARACLINICOS : NA

ANTECEDENTES :

PATOLÓGICOS: HIDROCEFALIA

REVISION POR SISTEMAS :

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

SIGNOS VITALES

Peso : 55 kg

Temperatura : 36 °C

Presión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Talla : 170 cm

Frecuencia Respiratoria : 16 R x Min

Presión Arterial Diastólica : 80 mmHg

I.M.C. : 19.03 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 67 L x Min

EXÁMEN FÍSICO :

CRANEO (Normal). 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). NEUROLOGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

PLAN DE MANEJO :

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (Cantidad: 1)

UROANALISIS - PARCIAL DE ORINA (Cantidad: 1)

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (Cantidad: 1)

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (Cantidad: 1)

RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE (Cantidad: 1)

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE (Cantidad: 1)

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

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

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

COLESTEROL TOTAL (Cantidad: 1)

Autorización 893933.



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 06/03/2024 15:12

INGRESO : 107822

RAMOS DUQUE CHRISTIAN EDUARDO

CC - 1091452736

Edad : 19A 0M 10D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 25/02/2005

Teléfono : 3224607038

Dirección : LA ESPERANZA

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

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

ANALISIS :

PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIDROCEFALIA, USUARIO DE DERIVACION VENTRICULOPERITONEAL, ESTUDIANDO PRIMER SEMESTRE DE LENGUAS MODERNAS, REFIERE CEFALEA OCASIONAL, EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA, SE RENUEVA VALORACION POR NEUROLOGIA, Y SE SOLICITARADIOGRAFIA DE ABDOMEN Y CRANEO, PARA EVALUAR CATETER DE DERIVACION Y SE RENUEVA VALROACION POR NEUROLOGIA. ADEMAS SE ENVIAN EXAMNES DE CONTROL DEL JOVEN

DIAGNÓSTICO :

G919 - HIDROCEFALO NO ESPECIFICADO - (Impresión Diagnóstica)

CONTRERAS GAMBOA DAVID ALFONSO
C.C. 1019148813
MEDICINA GENERAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.091.452.736**

RAMOS DUQUE

APELLIDOS
CHRISTIAN EDUARDO

NOMBRES
Christian Ramos
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-2005**
ANZOATEGUI-PUERTO LA CRUZ
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 **B+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-MAR-2023 CACOTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2501600-01348579-M-1091452736-20230324 0102263725G 1 53402089