

**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

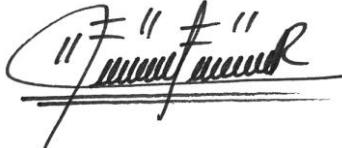
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	06 de Agosto de 2024
Fecha de expedición de la autorización	06 de Agosto de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	PAULA YETSENT LOPEZ CARDENAS
Tipo de Documento Identidad	R.C. (<input checked="" type="checkbox"/>) T.I. (<input type="checkbox"/>) C.C. (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>)
Número de Documento de Identidad	1030044767
Edad	5 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 7 #7N-63 Barrio Santander
Teléfono fijo	3138682766
No. de Celular (2 números si es posible)	3022041520
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Yeverlopez30@gmail.com
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	YOHANA CAROLINA CARDENAS NIETO
Parentesco de la PCD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	V-19.598.361
Teléfono fijo y/o No. de celular	3022041520

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)	1158408
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	Q933 – Q02X – Síndrome Convulsivo
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	

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTEORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVILAdhesivo Copia
Registro Civil

24350308-7

5 9 6 3 7 7 8 9

NUIP

1030044767

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

59637789

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA CUCUTA- H ERASMO MEOZ *****

Datos del Inscrito

Primer Apellido LOPEZ *****	Segundo Apellido CARDENAS *****
--------------------------------	------------------------------------

Nombre(s)

PAULA YETSENT *****

Fecha de nacimiento Año 2019 Mes A B R Día 29	Sexo (en letras) FEMENINO	Grupo sanguíneo O	Factor RH POSITIVO
--	------------------------------	----------------------	-----------------------

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	Número certificado de nacido vivo 15117892-4 *****
--	---

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CARDENAS NIETO YOHANA CAROLINA *****

Documento de Identificación (Clase y número) DE No. V - 19.598.361 *****	Nacionalidad VENEZUELA *****
---	---------------------------------

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LOPEZ PEREZ YEVERT JAVIER *****

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1092386478 *****	Nacionalidad COLOMBIA *****
---	--------------------------------

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos LOPEZ PEREZ YEVERT JAVIER *****	Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 1092386478 *****	Firma <i>Ojenar J. Lopez P.</i>
--	---	------------------------------------

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos *****	Documento de Identificación (Clase y número) *****	Firma *****
--	---	----------------

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos *****	Documento de Identificación (Clase y número) *****	Firma *****
--	---	----------------

Fecha de Inscripción Año 2019 Mes M A Y Día 02	Nombre y firma del funcionario que autoriza <i>H. Avila</i> MARISOL CASTELLANOS AVILA Nombre y firma
---	---

Reconocimiento paterno <i>Ojenar J. Lopez P.</i> Firma	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento <i>H. Avila</i> MARISOL CASTELLANOS AVILA Nombre y firma
--	---

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 413;02/05/2019



NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com



HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA POR ENFERMEDAD GENERAL

DATOS PERSONALES

Atención N°: 274,143

Ciudad y Fecha: CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) 09/07/2024 - 10:18 A. M. Empresa: UBA VIHONCO S.A.S.
Tipo Evaluacion Medica: CONSULTA DE GENÉTICA MEDICA Cargo: N
Nombres y Apellidos: LOPEZ CARDENAS PAULA YETSENT RC: 1030044767 de CÚCUTA Fecha de Nacimiento: 29/04/2019
Edad: 5 AÑOS Lugar de Nacimiento: CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) Dir. Residencia: VILLA DEL ROSARIO BARRIO SANTANDER
Estudios: PRIMARIA Estado Civil: SOLTERO(A) E.P.S: UBA VIHONCO S.A.S.A.F.P: NO REFIERE A.R.L.: NO REFIERE

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONSULTA GENÉTICA MÉDICA

- Edad: 5 años
 - Fecha de nacimiento: 29 abril 2019
 - Natural y Procedente: Cúcuta
 - No escolarizada
 - Acompañante: Madre
- Padre: Yever López Pérez/ Edad 37 Años/ Natural Cúcuta/ Ocupación Coordinador/ Teléfono 3138682766
- Madre: Johana Cárdenas Nieto/ Edad 35 Años/ Natural San Cristóbal/ Ocupación Barbería/ Teléfono 3022041520
- Consanguinidad parental niega

MC: delección 4p15

EA: Paciente de 5 años de edad con cariotipo 46,XX,del(4p15) compatible con síndrome de Wolf Hirshhorn. Actualmente, con cardiopatía compleja CIA con repercusión hemodinámica, HTA en seguimiento con cardiología, trastorno de deglución, usuaria de gastrostomía, retraso global en neurodesarrollo, hipotonía generalizada, epilepsia sintomática (última abril 2024), microcefalia, retraso del neurodesarrollo, error innato de la inmunidad en seguimiento, sin nuevos episodios infecciosos, actualmente en terapias integrales (física, ocupacional, lenguaje), en seguimiento con pediatría, nutrición, gastroenterología, neurología pediátrica, odontología, cardiología, asiste a valoración

ENFERMEDAD ACTUAL

Antecedentes

- Perinatales: producto de segundo embarazo inicio de CPN a las 8 semanas adecuados controles, parto por cesarea por podálico a las 36 semanas, peso al nacer 1660gr, talla 42 cm, hospitalizada durante 2 meses.
- Patológicos: síndrome de Wolf Hirshhorn, DAP, cardiopatía compleja CIA/CIV con repercusión hemodinámica, en espera de cierre quirúrgico
- Hitos del desarrollo: sostén cefálico
- Hospitalarios: niega recientes
- Farmacológicos: enalapril, furosemida, espironolactona, fenobarbital, levetiracetam
- Quirúrgicos: corrección de DAP
- Teratogénicos: niega
- Tóxico – Alérgicos: niega
- Transfusionales: niega
- Familiares: media hermana materna de 7 años sana. Abuelo materno DM2, primo paterno en segundo grado cardiopatía

Exámenes Diagnósticos

- octubre 2021 potenciales auditivos normales
- octubre 2021 potenciales visuales normales
- Cariotipo bandeo G 25 metafases: 46,XX,del(4p15) compatible para síndrome de Wolf Hirshhorn
- Gammagrafía DMSA con funcionamiento renal adecuado sin datos para nefropatía.
- videoEEG 2020 anormal por lenticificación difusa del trazado.
- RMN cerebral 2019 ventriculomegalia supratentorial con zonas de disminución del espesor de la sustancia blanca de predominio en ambas regiones parietales. Adelgazamiento de cuerpo caloso

Concepto y Plan

Paciente de 5 años de edad con 46,XX,del(4p15) compatible para síndrome de Wolf Hirshhorn por delección 4p15, ya notificada ante el sivigila como enfermedad huérfana. en el momento con seguimiento multidisciplinario, sin nuevos episodios convulsivos, refuerzo asesoramiento genético por hallazgo citogenético teniendo en cuenta que la mayoría de los casos son esporádicos, pero una translocación desequilibrada puede heredarse de un progenitor portador de una translocación equilibrada, siendo este caso un caso esporádico, por lo que explico que AMBOS PADRES DEBEN SER VALORADOS POR GENETICA, De igual forma, hago énfasis en importancia de manejo interdisciplinario, solsticio PEA, terapias integrales, infectología pediátrica, neurología pediátrica, cardioloxía, fisiatría, oftalmología, gastroenterología, nutrición, doy cita de control por genética en 6 meses. Se habla con madre, se explican hallazgos, impresión diagnóstica, y conducta a seguir, se refuerza asesoramiento genético, se despejan dudas, refiere entender y aceptar

Antecedentes Familiares

Item	Observación
CÁNCER	NO REFIERE
DIABETES	NO REFIERE

Gineco Obstétricos

Item	Observación
MENARQUIA	NO REFIERE
CICLO MENSTRUAL	NO REFIERE

REVISIÓN POR SISTEMAS

Nombre del Sistema	Hallazgo
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO
MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPLIAS	NO
CARDIOVASCULAR	ASINTOMÁTICO
DERMATOLÓGICO	ASINTOMÁTICO
DIGESTIVO	ASINTOMÁTICO
GENITOURINARIO	ASINTOMÁTICO
NEUROLOGICO	ASINTOMÁTICO
OCULAR	ASINTOMÁTICO
OTORRINOLARINGOLÓGICO	ASINTOMÁTICO
OSTEOMUSCULAR	ASINTOMÁTICO
RESPIRATORIO	ASINTOMÁTICO
OTROS SISTEMAS	
OBSERVACIONES	

SIGNOS VITALES

Tension Arterial: / Frecuencia Cardiaca: x minuto Frecuencia Respiratoria: x minuto
 Temperatura: °C Peso: kg Talla: cm IMC:
 Perímetro Abdominal: cm Interpretación: Lateralidad Dominante: DIESTRO

EXAMEN FÍSICO

Tegumentario		Hallazgo
OTRO	NO APLICA	
Cabeza		Hallazgo
CUERO CABELLUDO	NORMAL	
OTRO	NO APLICA	
Ojos		Hallazgo
ESCLERAS COLOR	ANICTERICAS	
ESTRABISMO	NO	
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	NO	
OTRO	NO APLICA	
Oídos		Hallazgo
PABELLÓN	NORMAL	
OTRO	NO APLICA	
Nariz		Hallazgo
TABIQUE	NORMAL	
RINORREA	NO	
OTRO	NO APLICA	
Boca		Hallazgo
MUCOSA ORAL	HÚMEDA	
DENTADURA	COMPLETA	
OTRO	NO APLICA	
Cuello		Hallazgo
MOVILIDAD	NORMAL	
MASAS	NO	
INGURGITACION YUGULAR	NO	
OTRO	NO APLICA	
Tórax		Hallazgo
EXPANSIÓN TORÁCICA	SIMÉTRICA NORMAL	
GANGLIOS AXILARES	NEGATIVO	
MAMAS Y PEZÓN	NORMALES	
OTRO	NO APLICA	
Cardio Pulmonar		Hallazgo
RUIDOS CARDIACOS	RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS	
OTRO	NO APLICA	
Abdomen		Hallazgo
INSPECCIÓN	NORMAL	
PALPACIÓN	BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS	
Genitales		Hallazgo
GENITALES EXTERNOS	NORMAL	
Neurológico		Hallazgo
FUERZA MUSCULAR	NORMAL	
SENSIBILIDAD	CONSERVADA NORMAL	
OTRO	NO APLICA	

CONSULTAS REALIZADOS

Examen Paracéntrico y/o Procedimiento	Valor	Resultado	
CONSULTA DE GENÉTICA MEDICA	NO APLICA		
CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
Q933	SUPRESION DEL BRAZO CORTO DEL CROMOSOMA 4	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL
ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0			
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	CANT	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA
ORDEN A SERVICIOS N° 1			
NOMBRE DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	CANT	FECHA CREACIÓN
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIATRICA – 890354		1	09/07/2024 10:19:16a. m.
ORDEN A SERVICIOS N° 2			
NOMBRE DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	CANT	FECHA CREACIÓN
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN		1	09/07/2024 10:19:29a. m.
ORDEN A SERVICIOS N° 3			
NOMBRE DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	CANT	FECHA CREACIÓN
OFTALMOLOGIA PEDIATRICA [890276]		1	09/07/2024 10:19:38a. m.
ORDEN A SERVICIOS N° 4			
NOMBRE DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	CANT	FECHA CREACIÓN
POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICIÓN DE INTEGRIDAD (954626)		1	09/07/2024 10:20:35a. m.
ORDEN A SERVICIOS N° 5			
NOMBRE DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	CANT	FECHA CREACIÓN
GENETICA HUMANA CONSULTA DE CONTROL [890348]	CON RESULTADOS EN 6 MESES	1	09/07/2024 10:21:56a. m.
ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0			
NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD	MOTIVO DE LA REMISIÓN	FECHA CREACIÓN	
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
ORDEN DE INCAPACIDAD N° 0			
MOTIVO DE LA INCAPACIDAD	DIAS	TIPO	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	0	NO APLICA	NO APLICA

MÉDICO

Firma:
Nombre:
R. M.:

Rossi Rivera.
QUERO ANGARITA ROSSI ISABEL
1020732271

PACIENTE

Firma:
Nombre:
RC:

LOPEZ CARDENAS PAULA YETSENT
1030044767



NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com

ORDEN A SERVICIOS

09 07 2024

Nº Identificación: RC 1030044767 Nombre del Paciente: LOPEZ CARDENAS PAULA YETSENT

Edad: 5 AÑOS 2 EPS:UBA VIHONCO S.A.

CIE 10: [Q933] SUPRESION DEL BRAZO CORTO DEL CROMOSOMA 4

[CUPS], Nombre del Servicio, Presentación, Cantidad Prescrita.

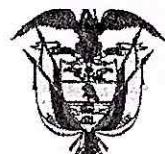
R/

1 GENETICA HUMANA CONSULTA DE CONTROL [890348] (1)
CON RESULTADOS EN 6 MESES

QUERO ANGARITA ROSSI ISABEL

R.M. 1020732271 - Firmado Electrónicamente.

Software para el sector salud - www.biuffi.com.co



ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS

F. de Notificación **25/06/2020** Semana **26** Año **2020**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres LOPEZ CARDENAS PAULA YETSENT		Teléfono 3022041520	Fecha Nacimiento 29/04/2019	Registro Civil Número: 1030044767
Nacionalidad COLOMBIA	Edad 1 Años	Sexo Femenino	Procedencia COLOMBIA - NORTE SANTANDER - CUCUTA	
Área Cabecera Municipal	Dirección de Residencia SIN INFORMACION		Ocupación No aplica	
Régimen en Salud Contributivo	Administradora NUEVA EPS			
Pertenencia Etnica Otros	Grupo étnico	Estrato 2		

Grupos Poblacionales

Desplazados	Desplazados	Migrantes	Carcelarios	Gestantes	Semanas	Indigentes
Pob ICBF		Madres Comunitarias		Desmovilizados		Pob. centros psiquiátricos
Víctima de violencia armada			Otros X			

NOTIFICACIÓN

Residencia del Paciente NORTE SANTANDER - CUCUTA	Fecha de Consulta 25/06/2020	Inicio de Sintomas 29/04/2019	Clasificación del Caso Confirmado por Clínica
Hospitalizado Si	Fecha de Hospitalización 25/06/2020	Condición Final Vivo	Fecha de Defunción / /
No. Certificado Def.			
Causa Básica de Muerte			Fuente NotifRutinaria

DATOS COMPLEMENTARIOS (SI APLICAN)

Discapacitado – la piel: 2 - No

Discapacitado – otra: 2 - No

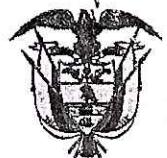
No definido: 1 - Sí

Fecha de diagnóstico de la enfermedad: 17/05/2020

Cuál prueba confirmatoria?: No registró ningún valor

Segu. y clasificación final del caso (Ajuste): 0 - No aplica, No Ajusta, 1^a Vez.

Fecha del ajuste: 25/06/2020



ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS

F. de Notificación **25/06/2020** Semana **26** Año **2020**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres LOPEZ CARDENAS PAULA YETSENT		Teléfono 3022041520	Fecha Nacimiento 29/04/2019	Registro Civil Número: 1030044767
Nacionalidad COLOMBIA	Edad 1 Años	Sexo Femenino	Procedencia COLOMBIA - NORTE SANTANDER - CUCUTA	
Área Cabecera Municipal	Dirección de Residencia SIN INFORMACION		Ocupación No aplica	
Régimen en Salud Contributivo	Administradora NUEVA EPS			
Pertenencia Étnica Otros	Grupo étnico	Estrato 2		

Grupos Poblacionales

Discapacitados Pob ICBF	Desplazados Madres Comunitarias	Migrantes	Carcelarios Desmovilizados	Gestantes	Semanas	Indigentes Pob. centros psiquiátricos
Víctima de violencia armada			Otros X			

NOTIFICACIÓN

Residencia del Paciente NORTE SANTANDER - CUCUTA	Fecha de Consulta 25/06/2020	Inicio de Síntomas 29/04/2019	Clasificación del Caso Confirmado por Clínica	
Hospitalizado Si	Fecha de Hospitalización 25/06/2020	Condición Final Vivo	Fecha de Defunción / /	No. Certificado Def.
Causa Básica de Muerte				Fuente NotifRutinaria

DATOS COMPLEMENTARIOS (SI APLICAN)

Semana: 26

Año: 2020

Código del prestador de servicios de salud: 1100105681

Código de prestador de servicios de salud – Sub índice: 01

Código Evento: 342

Tipo Identificación: RC - Registro Civil

Número Identificación: 1030044767

Código de la enfermedad: 00910

Nivel educativo: 13 - Ninguno

Trabajador urbano: 2 - No

Trabajador rural: 2 - No

Íóvenes vulnerables rurales: 2 - No

Íóvenes vulnerables urbanos: 2 - No

Discapacitado – el sistema nervioso: 2 - No

Discapacitado – los ojos: 2 - No

Discapacitado – los oídos: 2 - No

Discapacitado – los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto): 2 - No

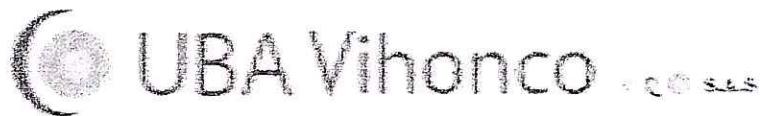
Discapacitado – la voz y el habla: 2 - No

Discapacitado – el sistema cardiorrespiratorio y las defensas: 2 - No

Discapacitado – la digestión, el metabolismo, las hormonas: 2 - No

Discapacitado – el sistema genital y reproductivo: 2 - No

Discapacitado – el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas: 2 - No



PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE DEL PACIENTE	PAULA YETSENT LOPEZ CARDENAS	DOCUMENTO	1030044767
EDAD	2 AÑOS Y 8 MESES (29/04/2019)	TELÉFONO	3022041520
DIRECCIÓN	CRA 7 #7N-64 BARRIO SANTANDER	ASEGURADORA	NUEVA EPS
FECHA DE VALORACIÓN	01/03/2022	GÉNERO	FEMENINA
NOMBRE CUIDADOR O RESPONSABLE	YOHANA CAROLINA CARDENAS NIETO	PARENTESCO	MADRE
AGUDO		CRÓNICO	X

- 1. MOTIVO DE CONSULTA:** ATENCIÓN DOMICILIARIA CRÓNICA
- 2. SUBJETIVO:** SE REALIZA CONSULTA DOMICILIARIA A PACIENTE FEMENINA, MADRE REFIERE SE ENCUENTRA DESDE HACE UN PAR DE DÍAS CON MOCOS, NO HA TENIDO FIEBRE, DIURESIS Y EVACUACIONES NORMALES, GASTROSTOMÍA FUNCIONAL, SE REALIZA ATENCIÓN DEL PACIENTE SEGÚN LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD INSTITUCIONAL ORDENADOS Y APROBADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y EL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA PANDEMIA POR COVID – 19.
- 3. ENFERMEDAD GENERAL:** PACIENTE FEMENINA DE 17 MESES CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD HUÉRFANA (WOLF HIRSCHHORN) DIAGNOSTICADA CON CARIOTIPO, ACTUALMENTE CON COMPLICACIONES CARDÍACAS DADO DEFECTO DEL TABIQUE CON CIERRE DE DUCTUS Y COMUNICACIÓN INTERAURICULAR SIN HTP. PREDISPOSICIÓN A INMUNODEFICIENCIA POR LO QUE SE REQUIERE DE MANEJO CON INMUNOGLOBULINA (PENDIENTE ADMINISTRACIÓN), PENDIENTE DE VALORACIÓN Y CONCEPTO POR EL DEPARTAMENTO DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS PARA EL CONCEPTO QUIRÚRGICO DE CX CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA. ADEMÁS, PORTADORA DE GASTROSTOMÍA, CON OXÍGENO DE RESCATE SOS CIANOSIS, RECIBE TERAPIAS RESPIRATORIAS Y FÍSICAS EN DOMICILIO CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOHIDRATADA, NORMOSATURADA, ORL SE EVIDENCIA RINORREA DE MODERADA CANTIDAD, GASTROSTOMÍA FUNCIONAL, SIN EDEMAS DE MIEMBROS INFERIORES, FLACIDEZ, SIN EMBARGO EN EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA MEJORÍA TONICIDAD Y LA APREHENSIÓN HA MEJORADO BASTANTE
- 4. REVISIÓN POR SISTEMAS:**
 - 1. SISTEMAS GENERALES:** REGULARES CONDICIONES GENERALES.

2. SISTEMA RESPIRATORIOS: NO REFIERE.
3. SISTEMA CARDIOVASCULAR: NO REFIERE.
4. SISTEMA GASTROINTESTINAL: TRÁNSITO INTESTINAL CADA DÍA, SIALORREA PROFUSA. ALIMENTACIÓN POR GASTROSTOMÍA FUNCIONAL
5. SISTEMA GENITORURINARIO: NO REFIERE.
6. SISTEMA ENDOCRINO: NO REFIERE.
7. SISTEMA NEUROLÓGICO: HIPOTONÍA EN 4 EXTREMIDADES DE PREDOMINIO EN MIEMBROS SUPERIORES.
8. SISTEMA OSTEOMUSCULAR: ATROFIA CON DEBILIDAD.
9. SISTEMA TEGUMENTARIO: NO REFIERE.

5. ANTECEDENTES PERSONALES

- a) PATOLÓGICOS: ENFERMEDAD HUÉRFANA (WOLF HIRSCHHORN), DEFECTO DEL TABIQUE CON CIERRE DE DUCTUS HACE 15 MESES, GASTROSTOMÍA HACE 1 AÑO POR DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
- b) FARMACOLÓGICOS: REGISTRADOS EN EL PLAN.
- c) QUIRÚRGICOS: GASTROSTOMÍA, CIERRE DE DUCTUS
- d) TOXICO-ALERGICOS: NO REFIERE.
- e) TRAUMÁTICOS: NO REFIERE.

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIA MATERNA CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS. ABUELO MATERNO FALLECIDO POR CA DE GARGANTA. TÍA CON CA DE MAMA

7. SIGNOS VITALES:

T.A	96/52	F. C	137	F.R.	24	T °	36	S.O	95%
.	2	.

8. EXAMEN FÍSICO:

1. O: PACIENTE DE GÉNERO FEMENINO, AFEBRIL.
2. CABEZA Y CUELLO: CABEZA: MICROCÉFALO, PULSOS TEMPORALES +++ / +++. OJOS: CONJUNTIVAS ROSADAS NARIZ: TABIQUE NASAL SIN DESVIACIÓN. NO ALETEO NASAL. RINORREA AMARILLENTA OÍDO: PABELLÓN AURICULAR NORMOIMPLANTADO. OTOSCOPIA DERECHA: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE SIN SIGNOS INFLAMATORIOS. MEMBRANA TIMPÁNICA SIN ALTERACIONES. OTOSCOPIA IZQUIERDA: CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE SIN SIGNOS INFLAMATORIOS. MEMBRANA TIMPÁNICA SIN ALTERACIONES. BOCA: MUCOSA ORAL HÚMEDA Y ROSADA. FARINGE ROSADA SIN EXUDADOS. CUELLO: MÓVIL CON LEVE RIGIDEZ, NO ADENOPATÍAS CERVICALES. NO INGURGITACIÓN YUGULAR. PULSOS CAROTÍDEOS: + + / + + +, CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME WOLF HIRSCHHORN.
3. TÓRAX: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE DISMINUIDOS BILATERAL SIN SOBREAGREGADOS. NO TIRAJES.

4. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, NO SIGNOS IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS. GASTROSTOMIA FUNCIONAL.
5. GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADOS.
6. EXTREMIDADES: HIPOTRÓFICAS, PULSOS PRESENTES, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA. NO EDEMA.
7. NEUROLÓGICO: HIPOTONÍA, LIMITACIÓN EN DESARROLLO INTELECTUAL Y COGNITIVO.
8. PIEL: SIN LESIONES.

9. EVALUACIÓN SEGÚN ESCALAS:

1. ESCALA BARTHEL: 0 DEPENDENCIA TOTAL.
2. ESCALA GLASGOW: 13/15

10. ANÁLISIS: PENDIENTE CAMBIO DE GASTROSTOMÍA, SOLICITÓ VALORACIÓN POR LOS SERVICIOS DE INFECTOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y GENÉTICA, INDICÓ TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL FONOAUDIOLOGÍA, PROYECTÁNDOSE HACIA EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN, REALIZAR ASPIRACIONES A NECESIDAD, OXÍGENO SOS DISNEA, CIANOSIS, SOLICITÓ VALORACIÓN POR NUTRICIÓN, SE DAN ÓRDENES MÉDICAS

11. DIAGNÓSTICO:

1. ENFERMEDAD HUERFANA (WOLF HIRSCHHORN) DIAGNOSTICADA CON CARIOTIPO,
2. PROYECTO DEL TABIQUE CON CIERRE DE DUCTUS HACE 15 MESES.
3. COMUNICACIÓN INTERAURICULAR SIN HTP.
4. PREDISPOSICIÓN A INMUNODEFICIENCIA.
5. PORTADORA DE GASTROSTOMÍA HACE 1 AÑO.
6. MICROCEFALIA.
7. SINDROME CONVULSIVO.

12. PLAN:

1. PAQUETE DE MENSUAL DOMICILIARIO. # 1
2. VALORACIÓN MÉDICO DOMICILIARIA MENSUAL #1
3. SS TERAPIA FÍSICAS #12 MES
4. SS TERAPIAS OCUPACIONALES #8 MES
5. SS TERAPIAS FONOAUDIOLOGÍA # 8 MES
6. SS VALORACIÓN POR NUTRICIÓN #1
7. SS BALA DE OXIGENO #1
8. SS VALORACIÓN POR GENÉTICA #1
9. SS VALORACIÓN POR INMUNOLOGÍA #1
10. SS VALORACIÓN POR INFECTOLOGÍA #1
11. ALIMENTACIÓN POR GASTROSTOMÍA

- 12. REALIZAR ASPIRACIONES CADA VEZ QUE SEA NECESARIO**
- 13. KETOTIFENO 1MG/5ML DAR 2,8 CC CADA 12 HORAS #2 MES**
- 14. ACIDO ASCORBICO 100 MG/ML DAR 15 GOTAS DIARIAS POR 15 DÍAS**
- 15. BERODUAL .5MG+05MG/ML SOLUCION PARA NEBULIZAR #1**
- 16. IBUPROFENO 100 MG JBE DAR 4 CC SOS FIEBRE #1 FRASCO**
- 17. ACIDO VALPROICO 250MG SUSP: DAR 1CC POR GASTRO CADA 8 HORAS (25MG/KG)**
- 18. FENOBARBITAL 20MG/5ML (0.4%) JARABE: DAR 3.7CC POR GASTRO CADA 12 HORAS (5MG/KG)**
- 19. FUROSEMIDA 40MG TAB: DAR 5 MG, UNA TAB DILUIDA EN 5 CC DE AGUA POR GASTRO CADA 12 HORAS. # 30 TAB AL MES, # 90 TAB PARA 3 MESES.**
- 20. ESPIRONOLACTONA 25MG TAB: DAR 1 CC, UNA TAB DILUIDA EN 5 CC DE AGUA POR GASTRO CADA 24 HORAS. # 30 TAB AL MES, # 90 TAB PARA 3 MESES.**
- 21. ENALAPRIL 5MG TAB: DAR 1 CC UNA TAB DILUIDA EN 5 CC DE AGUA POR GASTRO CADA 12 HORAS. # 30 TAB AL MES, # 90 TAB PARA 3 MESES.**
- 22. FENOBARBITAL 0.4% SOL ORAL DAR 4 CC CADA 12 HORAS #2 FRASCOS MES**
- 23. BECLOMETASONA 250 MCG INHALADOR: 2 PUFF CADA 12 HORAS SOL PARA INHALACION #1**
- 24. BROMURO DE IPRATROPIO 20 MG: 2 PUFF CADA 6 HORAS**
- 25. SALBUTAMOL 100 MCG INHALADOR: 2 PUFF CADA 6 HORAS**
- 26. DOMPERIDONA 1 MG/ML JARABE, DAR 2 CC VO CADA 8 HORAS, # 1 FRASCO AL MES, # 3 FRASCO.**
- 27. PAÑITOS HÚMEDOS PARA CAMBIO DE PAÑAL CADA 6 HORAS #12 UDS DIA #360 #1080 EN 3 MESES**
- 28. NISTATINA + OXIDO DE ZINC CREMA: APLICAR CON CADA CAMBIO DE PAÑAL CADA 8 HORAS**
- 29. JERINGAS 5ML PARA SUMINISTRAR MEDICAMENTOS #10 MES**
- 30. RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA**

*Dra Farith Carolaíne Reyes Q.
CC 1090374575
Medico General*

DRA. FARITH CAROLAINE REYES QUINTERO
CC 1.090.374.575
MEDICO GENERAL



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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1030044767
NOMBRES	PAULA YETSENT
APELLIDOS	LOPEZ CARDENAS
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	29/04/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/05/2024 09:42:50 | Estación de origen: 192.168.70.220

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:

05/08/2024

Ficha:

54874004550500000152

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PAULA

Apellidos: LOPEZ CARDENAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1030044767

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/11/2020

Última actualización ciudadano: 01/11/2020

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

*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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX



Grupo-epm

Tu información

Nombre: Mary Yulie Espitia Ramirez
 Dirección: Cra 7 7n-63 santander
 Barrio: Santander
 Clase de Servicio: Residencial
 Ruta: 105 01512330290

195306

Documento equivalente a factura N° - 1074768999

Fecha de emisión: Junio 13/2024

Tu último pago fue:

04/JUN/2024

Pagaste:

\$234,310

¡Felicitaciones estas al día en tu pago!



Escanea y paga!

Periodo facturado 09/MAY/2024 a 07/JUN/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:
 26/JUN/2024

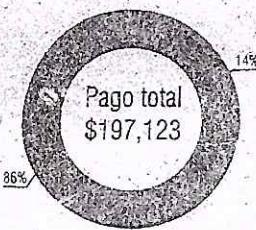
Días facturados
 30

15033-2/2.

Pago con recargo hasta:
 03/JUL/2024

Servicios Facturados

	Energía	\$169,874
	Alumbrado Público	\$27,249



Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

Reporto de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales

 Descarga la app CENS www.cens.com.co

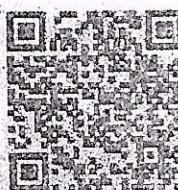
Con este número puedes hacer trámites y pagar

Reporta daños y emergencias marcando gratis

195906

018000 414 115 ó al 115

Portal de Autogestión



Gestiona tu cuenta de energía en el
 Portal de Autogestión
 Recibos en tu teléfono móvil
 Escucha en línea

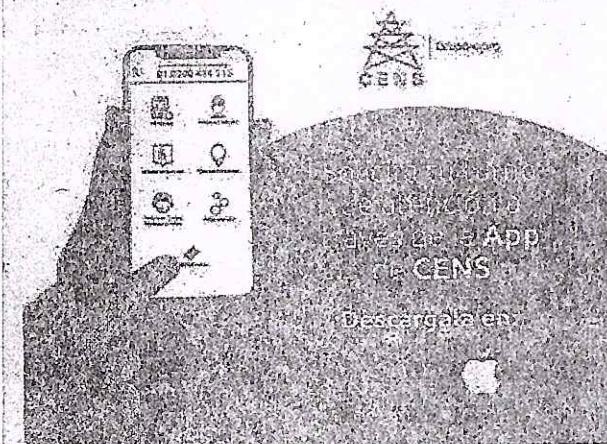
Servicios Facturados

\$169,874

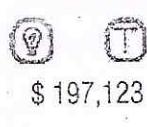
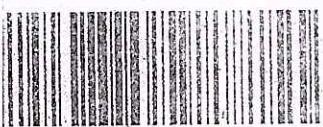
\$27,249

Pay tus servicios pagas

\$197,123



al Medio Ambiente
 por correo electrónico
 a www.cens.com.co



\$ 197,123

0240703



