

**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	24 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	24 de Julio de 2024

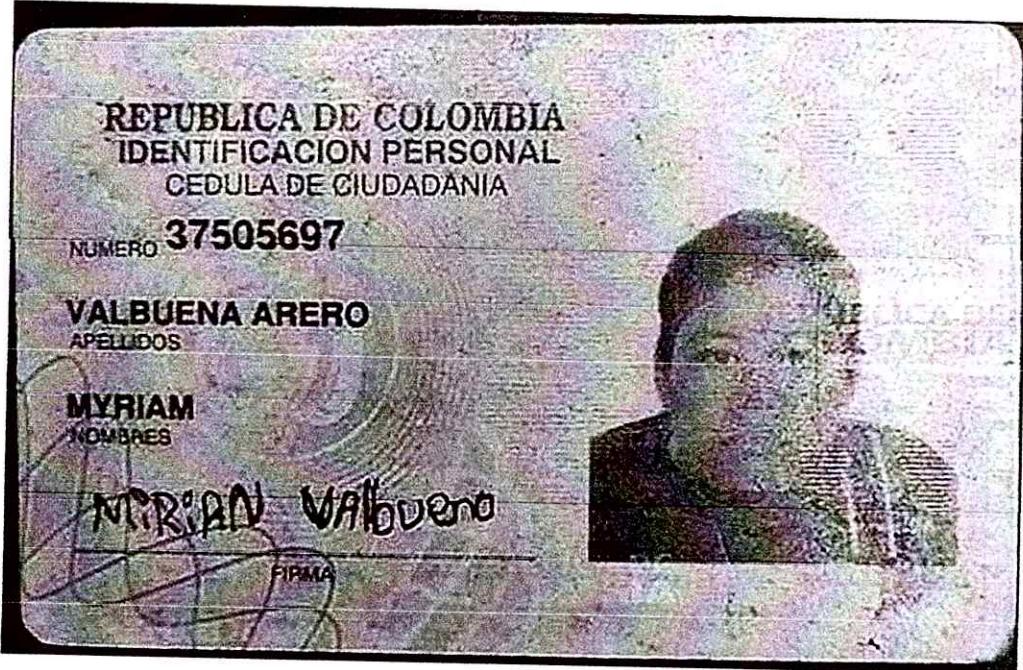
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	MIRYAM VALBUENA ARERO
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	37.505.697 de Villa del Rosario
Edad	42 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 11 Calle 30 Torre 3 Apt 102 Altos de Buenavista
Teléfono fijo	3135914615
No. de Celular (2 números si es posible)	3204091028
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	areromiriam@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	MARISOL VALBUENA ARERO
Parentesco de la PCD	Hermana
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.092.347.270 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3204091028

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)	613263
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	M128 – Z736
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	



A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

REMISION DE PACIENTES

PARA CERTIFICADO DISCAPACIDAD DE : FISIOTERAPIA

B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1er. apellido	Valbuena	2do. Apellido	Arero	Nombre	Miryam
EDAD	Dias	Años	32	SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Residencia actual del paciente (Dirección, Barrio, Municipio)				Telefono	310-5760598
Cra 4 N° 17-80 B Turbay Ayacucho VI Rosario				No H.C.	CC 37 505697
Persona Responsable del paciente (nombre y relación del parentesco) Hansel Valbuena (Hermano)					

C. SOLICITUD DE ATENCION

Fecha de Remisión		Medico que remite	Servicio al cual se remite	
Año: 2015	Mes: 08	Dia: 19	Neiva Tibisay Abnl	Discapacitados
Permito por primera vez:		Cáncer de colon		
SI	NO	SI	NO	L.S.E. HOSPITAL 100%

D. ORDENAMIENTO

1. Resumen y anamnesis y examen físico
 2. Fecha y resultado de exámenes de diagnóstico
 3. Resumen de la evaluación
 4. Diagnóstico ARTROPATHIA
 5. Complicaciones
 6. Tratamientos aplicados
 7. Motivo de Remisión SERVICIO DE TERAPIAS
 8. Firma y código de la persona responsable
- CONGENITA - DESARROLLO NEUROLOGICO

Paciente quien hace apox. 3 cuatos presenta enfermedad degenerativa Neurológica diagnosticada como Artropatía Congénita.

A la Valoración presenta Escoliosis Águendo, Moderaada con hiperreflexia y desalineación postural. Estatura Pequeña, Artrosis Bilateral en Rodilla con Edema moderado que limita sus traslados en cama. No se traslada Activamente en bipeda por pérdida progresiva de la fuerza y dolor severo. Se traslada en silla de Ruedas, Deformidad en Articulaciones muñeca, falanges, Rodilla y Tobillo.

Semidependiente traslados, Aseo, Vestido, desinfección, Estabilidad.

Discapacidad Motor y Sensorial 90% Moderada

Carlos I. Jaramillo
 MEDICO EN Jefe
 U. METROPOLITANA
 E. J. M. S.

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General**FINALIDAD CONSULTA:** 10 - No Aplica**ESTADO DE CONCIENCIA:** ALERTA ,ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS**MOTIVO CONSULTA:** " VENGO PORQUE TENGO PROBLEMAS DESDE NIÑA "**ENFERMEDAD ACTUAL :** FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA EL DIA DE HOY EN SILLA DE RUEDAS TRAIDA POR PRIMA (LUZ GLORIA VALBUENA) DADO A SER PACIENTE CON ENFERMEDAD DEGENERTIVA NEUROLOGICA DIAGNOSTICA COMO ARTPATIA CONGENITA .**PARACLINICOS :****ANTECEDENTES :**

QUIRÚRGICOS: NIEGA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: NIEGA

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

PATÓLOGICOS: ENANISMO + DEFORMIDAD DE ARTICULACIONES + ESCOLIOSIS + MIALGIAS EN MANEJO POR FISIATRIA.

TOXICOLÓGICOS: NIEGA

REVISIÓN 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 : 26.4 kg

Temperatura : 36.2 °C

Presión Arterial Sistólica: 110 mmHg

Talla : 80 cm

Frecuencia Respiratoria : 16 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 69 mmHg

I.M.C. : 41.25 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 85 V x Min

EXÁMEN FÍSICO :

Músculo - Esquelético (Normal). Músculo - Esqueletico

Cardio Pulmonar (Normal). RSCRS, MV AUDIBLE SIN AGREGADOS , NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

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). NEUROLÓGIA - ESFERA MENTAL (Normal).

PLAN DE MANEJO :

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA (Cantidad: 1)

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA (Cantidad: 1)

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA (Cantidad: 1)

DIAGNÓSTICO :

M128 - OTRAS ARTROPATIAS ESPECÍFICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE - (Impresión Diagnóstica)

Z736 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD FEEMNINA DE 42 AÑOS DE EDAD CON DX PREVIAMENTE DESCrito QUIEN A LA VALORACION MEDICA PRESENCIA DE EESCOLIOSIS IZQUIERDA MODERADA CON HEPIRCOGFIOSIS Y DESALINEACION POSTURAL , ESTATURA PEQUEÑA , ARTOSIS BILATERAL EN RODILA CON EDEMAS MORDERA QUE LIMITAA SU TRASLADO A CAMA , SECUNDERIO A PERDIDA PROGRESIVA DE FUERZA Y DOLOR SEVERO , SE TRASLADA EN SILLA DE RUEDAS SE LOGRA EVIDENCIA DEFORMIDAD EN MUECA FLAJANGE , RODILLA Y TOBILLO , PACIENTE SEMIDEPENDIENTE TRASLADOS , ASOE , VESTIDO , DESTRESA Y ESTABILIDAD , CON DISCAPACIDAD MOTOS Y SENSORIAL DE 90%MODERADA .

SE DEJA CONSTASIA MEDIA Y SE SOLICITA VAL POR MEDICINA NEUROLOGIA.

Firma: Martinez Ferrer Miguel Mateo

MARTINEZ FERRER MIGUEL MATEO
C.C. 1093886848
MEDICINA GENERAL

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM
ESE Hospital
Jorge Cristo Sahium
Villa del Rosario

NIT: 807,004,631-3
CALLE 5 N 749 VILLA DEL ROSARIO NORTE DE
SANTANDER

PLAN DE MANEJO

Consulta Externa

Fecha: 17/04/2024 1:22:19 p. m.

VALBUENA ARERO MYRIAM

CC - 37505697

Edad : 42A 1M 3D

Sexo : Femenino

Nacimiento : 14/03/1982

Teléfono : 3123323208

Dirección : CALLE 4 N 17-77

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

Contrato : SNO2023CR1A26772-ESE

ITEM	DETALLE DEL SERVICIO	CANT	EN LETRAS
-------------	-----------------------------	-------------	------------------

1	890274 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA . //	1	UNO
---	--	---	-----

DIAGNÓSTICO: M128 OTRAS ARTROPATIAS ESPECIFICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
Z736 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD

MARTINEZ FERRER MIGUEL MATEO
MARTINEZ FERRER MIGUEL MATEO
C.C. 1093886848
MEDICINA GENERAL

Fecha de impresión: 17/04/2024 Impreso por MARTINEZ FERRER MIGUEL MATEO

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	37505697
NOMBRES	MYRIAM
APELLIDOS	VALBUENA ARERO
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: 07/03/2024 19:14:58 | 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 presentado la EPS o

Registro válido

Fecha de consulta:

02/07/2024

Ficha:

54874049521900000094

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MYRIAM

Apellidos: VALBUENA ARERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 37505697

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/07/2019

Última actualización ciudadano: 11/03/2024

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

arexomiriam@gmail.com

3135974675

3204097028