
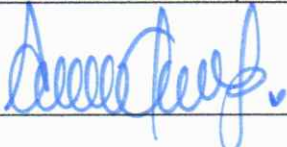
 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander <small>Instituto Departamental de Salud</small></p>
--	--	--

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	ALEJANDRO CARRILLO
Tipo de Documento Identidad	R.C. _____ T.I. _____ C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Otro. _____
Número de Documento de Identidad	5.418.403
Edad	61 Años
Genero	Masculino
Dirección	Vereda el uvito finca Iskotaqui
Teléfono fijo	3222552670
No. de Celular (2 números si es posible)	3222552670
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)	1345203
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	S682-Amputacion traumática de dos o más dedos solamente.
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: _____

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: <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: _____ 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 : 15/09/2024 09:17

INGRESO : 115184

CARRILLO NONE ALEJANDRO

CC - 5418403

Edad : 61A 5M 28D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 18/03/1963

Teléfono : 3222552670

Dirección : VEREDA EL UVITO FINCA ISCOTAQUI

Empresa : NUEVA EPS

CAUSA EXTERNA: 15 - 15 - Otra Causa

FINALIDAD CONSULTA: 10 - 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

MOTIVO CONSULTA: SOY DISCAPACITADO

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA CRANEO Y AMPUTACION TRAUMATICA DE 2 DEDOS DE MANO DERECHA, REFIERE SENTIRSE BIEN, DIFICULTAD E IMPOSIBILIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD CON DICHA MANO, IMPOSIBILIDAD PARA LA PRENSA POR LO QUE ACUDE A CONSULTA.

ANTECEDENTES :

QUIRÚRGICOS: RECONSTRUCCION DE MUÑON DE DEDOS DE MANO

TRAUMÁTICOS: ACCIDENTE DE TRNASITO, AMPUTACION DE DEDOS DE LA MANO, FRACTURA DE HUESOS DE LA NARIZ.

PATOLÓGICOS: NIEGA

TOXICOLÓGICOS: ALCOHOL OCASIONAL

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 : 104 kg

Temperatura : 36 °C

Presión Arterial Sistólica: 153 mmHg

Talla : 165 cm

Frecuencia Respiratoria : 16 R x Min

Presión Arterial Diastólica : 95 mmHg

I.M.C. : 38.2 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 90 L x Min

EXÁMEN FÍSICO :

Osteoarticular (Normal). MANO DERECHA: AUSENCIA DE 2DO Y TERCER DEDO. 4TO DEDO SIN MOVILIDAD.

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal). ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). MÚSCULO - ESQUELETICO (Normal). NEUROLOGÍA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

ANALISIS :

PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA CRANEO Y AMPUTACION TRAUMATICA DE 2 DEDOS DE MANO DERECHA, REFIERE SENTIRSE BIEN, DIFICULTAD E IMPOSIBILIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD CON DICHA MANO, IMPOSIBILIDAD PARA LA PRENSA POR LO QUE ACUDE A CONSULTA. A LA VALROAICON PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICUTLAD RESPIRATORIA EN MANO DERECHA AUSENCIA DE 2DO Y TERCER DEDO. 4TO DEDO SIN MOVILIDAD. SE DAN INDICACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE REIFERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DIAGNÓSTICO :

S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL) - (Impresión Diagnóstica)



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 15/09/2024 09:17

INGRESO : 115184

CARRILLO NONE ALEJANDRO

CC - 5418403

Edad : 61A 5M 28D


Sexo : Masculino

Nacimiento : 18/03/1963

Teléfono : 3222552670

Dirección : VEREDA EL UVITO FINCA ISCOTAQUI

Empresa : NUEVA EPS


Dr. David Alfonso
Contreras Gamboa
MÉDICO GENERAL
C.C. 1019148813

CONTRERAS GAMBOA DAVID ALFONSO

C.C. 1019148813

MEDICINA GENERAL

AutORIZACIÓN 1345203.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.418.403**
CARRILLO

APELLIDOS
ALEJANDRO

NOMBRES
Alejandro Carrillo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-1963**
CACOTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-AGO-1982 CACOTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE IZQUIERDO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ASIEL SANCHEZ TORRES



A-2506400-00293119-M-0005418403-20110415 0026706800A 1 35983381