
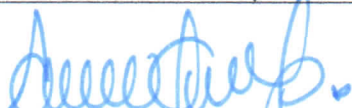
 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander <small>Instituto Departamental de Salud</small></p>
--	--	--

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	JUAN CARLOS VILLAMIZAR RODRIGUEZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. _____ T.I. _____ C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Otro. _____
Número de Documento de Identidad	5.418.776
Edad	41 Años
Genero	Masculino
Dirección	Barrio calle real
Teléfono fijo	3118682338
No. de Celular (2 números si es posible)	3118682338
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)	875082
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	M215 – Mano o pie en garra o en talipes pie equinovaro o zambo adquiridos
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: <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 : 21/06/2024 08:32

INGRESO : 111818

VILLAMIZAR RODRIGUEZ JUAN CARLOS

CC - 5418776

Edad : 41A 6M 5D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 16/12/1982

Teléfono : 3118682338

Dirección : BARRIO CALLE REAL

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

CAUSA EXTERNA: 13 - 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

MOTIVO CONSULTA: "TENGO EL PIE MAL".

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS ACUDE A CONSULTA POR DEFORMIDAD EN PIE IZQUIERDO CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA Y LA BIPEDESTACION ASOCIADO A DOLOR Y DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, POR LO QUE ACUDE A CONSULTA.

Autorización: 878082

ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: .

QUIRÚRGICOS: NIEGA

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 : 61 kg	Temperatura : 36 °C	Presión Arterial Sistólica: 136 mmHg
Talla : 160 cm	Frecuencia Respiratoria : 16 R x Min	Presión Arterial Diastólica : 85 mmHg
I.M.C. : 23.83 kg/m2	Frecuencia Cardiaca : 62 L x Min	

EXÁMEN FÍSICO :

Craneo (Normal). NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.

Tórax (Normal). SIMETRICO NORMO EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO

Abdomen (Normal). BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO.

Osteoarticular (Normal). PIE IZQUIERDO EN ROTACION INTERNA

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

ANALISIS :

PACIENTE MACULINO CON CUADRO CLINICO DESCRITO, SE CONSIDERA PACIENTE CURSA CON PIE EQUINOVARO CONGENITO SIN MANEJO, LO QUE IMPIDE MARCHA DE MANERA ADECUADA. SE EXPLICA PATOLOGIA AL APICIENTE QUIE NREIFERE ENTEDNER SE DAN INIDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA CONDCUTA. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

DIAGNÓSTICO :

M215 - MANO O PIE EN GARRA O EN TALIPES PIE EQUINOVARO O ZAMBO ADQUIRIDOS - (Impresión Diagnóstica)

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 21/06/2024 08:32

INGRESO : 111818

VILLAMIER RODRIGUEZ JUAN CARLOS

CC - 5418776

Edad : 41A 6M 5D

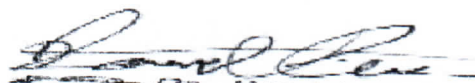
Sexo : Masculino

Nacimiento : 16/12/1982

Teléfono : 3118682338

Dirección : BARRIO CALLE REAL

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S


Dr. David Alfonso
Contreras Gamboa
MEDICO GENERAL
R.M. 501571501

CONTRERAS GAMBOA DAVID ALFONSO
C.C. 1019148813
MEDICINA GENERAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **5.418.776**

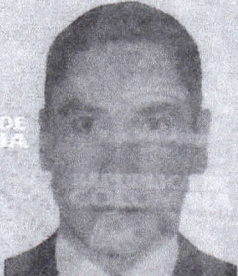
VILLAMIZAR RODRIGUEZ

APELLIDOS **JUAN CARLOS**

NOMBRES

Juan Carlos Villamizar R.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1982**

CACOTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **A+**

ESTATURA G.S. RH

23-ENE-2001 CACOTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

SEXO **M**



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-2501600-01151766-M-0005418776-20200810 0071431549G 1 53401757