

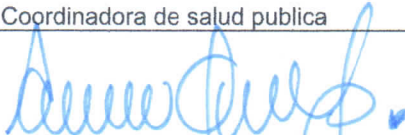


**AUTORIZACION PARA VALORACION Y  
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**



<b>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</b>	
<b>DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</b>	
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
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA</b>	
Nombre Completo	ADRIANA ESPERANZA VEGA ALVARADO
Tipo de Documento Identidad	R.C. _____ T.I. _____ C.C, <input checked="" type="checkbox"/> Otro. _____
Número de Documento de Identidad	1.092.387.594
Edad	20 años
Genero	Femenino
Dirección	Vereda licaligua
Teléfono fijo	3202885152
No. de Celular (2 números si es posible)	3202885152
Municipio de residencia	Cacota
Correo Electrónico	NO REFIERE
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	Nubia Alvarado Camargo
Parentesco de la PcD	Madre
Tipo de Documento Identidad	C.C
Número de Documento de Identidad	60261864
Teléfono fijo y/o No. de celular	311 8334443
<b>INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN</b>	
Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	680194
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F067 – Trastorno cognoscitivo leve.
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	<b>IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584</b>
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: <b>Calle 21 A # 0B-75 El Rosal por Barrio Blanco</b> Teléfono: <b>316 2521846 Para Citas</b> Email: <b>fservicioclienteipsprogresando@gmail.com</b>
<b>INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES</b>	
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: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
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 :** 03/05/2024 08:28**INGRESO :** 109909**VEGA ALVARADO ADRIANA ESPERANZA****CC - 1092387594****Edad :** 20A 6M 23D**Sexo :** Femenino**Nacimiento :** 10/10/2003**Teléfono :** 3202885152**Dirección :** VEREDA LICALIGUA**Empresa :** NUEVA EPS**CAUSA EXTERNA:** 13 - 13 - Enfermedad General**FINALIDAD CONSULTA:** 10 - 10 - No Aplica**ESTADO DE CONCIENCIA:** ALERTA**MOTIVO CONSULTA:** "ES DISCAPACITADA"

**ENFERMEDAD ACTUAL :** PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS EN COMPAÑIA DE LA MADRE, CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE, REFIERE DIFICULTAD PARA LA COMPRESION Y EL APRENDIZAJE. ACUDEN A CONSULTA APTA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

**PARACLINICOS :** NA**ANTECEDENTES :**

GINECOLÓGICOS: G0P0

FUR: 10.09.2019

QUIRÚRGICOS: OSTEOTOMIA PERIACETABULAR, OPERACIÓN POR DISPLASIA DE CADERA A LOS 10 AÑOS

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: NIEGA

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

PATOLÓGICOS: DISPLASIA DE CADERA  
RM

TOXICOLÓGICOS: NIEGA

FARMACOLÓGICOS: 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). ENDOCRINOLOGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

**SIGNOS VITALES****Peso :** 76 kg**Temperatura :** 36 °C**Presión Arterial Sistólica:** 126 mmHg**Talla :** 155 cm**Frecuencia Respiratoria :** 16 R x Min**Presión Arterial Diastólica :** 71 mmHg**I.M.C. :** 31.63 kg/m2**Frecuencia Cardíaca :** 58 L x Min**EXÁMEN FÍSICO :**

Neurología - Esfera mental (Normal). PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN PERSONA Y LUGAR, DISLALIA, COMPRENDE, SIGUE ORDENES, FUERZA MUSCULAR 5/5.

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). CARDIO PULMONAR (Normal).

**PLAN DE MANEJO :**

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

UROANALISIS - PARCIAL DE ORINA (Cantidad: 1)



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



**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

**FECHA :** 03/05/2024 08:28

**INGRESO :** 109909

**VEGA ALVARADO ADRIANA ESPERANZA**

**CC - 1092387594**

**Edad :** 20A 6M 23D

**Sexo :** Femenino

**Nacimiento :** 10/10/2003

**Teléfono :** 3202885152

**Dirección :** VEREDA LICAIGUA

**Empresa :** NUEVA EPS

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

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

COLESTEROL TOTAL (Cantidad: 1)

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (Cantidad: 1)

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

NITROGENO UREICO (Cantidad: 1)

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] (Cantidad: 1)

**ANÁLISIS :**

PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO COGNITIVO LEVE, A LA VALORACION PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE DAN INDICACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA CONDUCTA A LA PACIENTE SE SOLICITAN PARA CLINICOS DE CONTROL DEL JOVEN, SEGUN RESULTADOS SE TOMARAN CONDUCTAS ADICIONALES.

**DIAGNÓSTICO :**

F067 - TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE - (Impresión Diagnóstica)

**CONTRERAS GAMBOA DAVID ALFONSO**  
**C.C. 1019148813**  
**MEDICINA GENERAL**



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.092.387.594  
VEGA ALVARADO

APELLIDOS  
ADRIANA ESPERANZA

NOMBRES  
Esperanza

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-2003  
LA GRITA  
VENEZUELA  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55  
ESTATURA

A+  
G.S. RH

F  
SEXO

13-OCT-2021 CACOTA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ANDRA

INDICE DERECHO



P-2501600-01268643-F-1092387594-20211126 0076855642A 1 53401923