
 <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	ANGELICA MARIA MANTILLA RINCON
Tipo de Documento Identidad	R.C. T.I. C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Otro. _____
Número de Documento de Identidad	1.094.247.447
Edad	35 años
Genero	Femenino
Dirección	Vereda chinavega
Teléfono fijo	3172361482
No. de Celular (2 números si es posible)	3172361482
Municipio de residencia	Cacota
Correo Electrónico	No tiene
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)	1356438
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	T054-Amputacion traumática de un pie y la otra pierna
Fuente de Recursos de la autorización	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	

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



NIT: 890,501,019-9
CALLE 5 CARRERA 9 ESQUINA
TEL: 5681431

PLAN DE MANEJO

Consulta Externa

FECHA : 07/02/2024 09:44

MANTILLA RINCON ANGELICA MARIA

CC - 1094247447

Edad : 35A 6M 12D

Sexo : Femenino

Nacimiento : 26/07/1988

Teléfono : 3172361482

Dirección : VEREDA CHINAVEGA

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

ITEM DETALLE DEL SERVICIO

CANT

EN LETRAS

1 890280 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA . //

1

UNO

DIAGNÓSTICO: T054 - AMPUTACION TRAUMATICA DE UN PIE Y LA OTRA PIERNA (CUALQUIER NIVEL EXCEPTO PIE)


Dr. David Alfonso
Contreras Gamboa
MEDICO GENERAL
R.M. 300556321

CONTRERAS GAMBOA DAVID ALFONSO
C.C. 1019148813
MEDICINA GENERAL

AutORIZACIÓN 1356438.

**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

FECHA : 07/02/2024 09:32**INGRESO :** 106831**MANTILLA RINCON ANGELICA MARIA****CC - 1094247447****Edad :** 35A 6M 12D**Sexo :** Femenino**Nacimiento :** 26/07/1988**Teléfono :** 3172361482**Dirección :** VEREDA CHINAVEGA**Empresa :** COMFAORIENTE EPS-S**CAUSA EXTERNA:** 05 - 05 - Otro Tipo de Accidente**FINALIDAD CONSULTA:** 10 - 10 - No Aplica**ESTADO DE CONCIENCIA:** ALERTA**MOTIVO CONSULTA:** TENGO PROTESSIS**ENFERMEDAD ACTUAL :** PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS CON ANTECEDENTE DE AMPUTACION TRANSTIBIAL TRAUMATICA DERECHA, QUIEN ACUDE A CONSULTA DEBIDO A QUE PROTESIS ACTUAL AH PRESENTADO DAÑOS POR LO QUE ACUDE A CONSULTA.**PARACLINICOS :** NA**ANTECEDENTES :**

GINECOLÓGICOS: G3P3C0V3

FUM: 23/09/2019

QUIRÚRGICOS: POMEROY - AMPUTACION DE MID
COLECISTECTOMIA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: AMPUTACION DE MID POR ACCIDENTE DE TRANSITO

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

PATOLÓGICOS: NIEGA

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). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES**Peso :** 87 kg**Temperatura :** 36 °C**Presión Arterial Sistólica:** 121 mmHg**Talla :** 165 cm**Frecuencia Respiratoria :** 16 R x Min**Presión Arterial Diastólica :** 75 mmHg**I.M.C. :** 31.96 kg/m2**Frecuencia Cardíaca :** 73 L x Min**EXÁMEN FÍSICO :**

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). NEUROLOGÍA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

PLAN DE MANEJO :

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA (Cantidad: 1)

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

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (Cantidad: 1)



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 07/02/2024 09:32

INGRESO : 106831

CC - 1094247447

Edad : 35A 6M 12D

Sexo : Femenino

Nacimiento : 26/07/1988

Teléfono : 3172361482

Dirección : VEREDA CHINAVEGA

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

NITROGENO UREICO (Cantidad: 1)

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

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

COLESTEROL TOTAL (Cantidad: 1)

TRIGLICÉRIDOS (Cantidad: 1)

HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA (Cantidad: 1)

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

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

ANALISIS :

PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS CON ANTECEDENTE DE AMPUTACION TRANSTIBIAL TRAUMATICA DERECHA, QUIEN ACUDE A CONSULTA DEBIDO A QUE PROTESIS ACTUAL AH PRESENTADO DAÑOS POR LO QUE ACUDE A CONSULTA, PACIENTE QUIEN REQUIERE VALORACION POR ORTOPEDIA, SE DAN INDICACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, ADEMAS SE SOLICITAN PARA CLINICOS DE CONTROL DEL ADULTO.

DIAGNÓSTICO :

T054 - AMPUTACION TRAUMATICA DE UN PIE Y LA OTRA PIERNA (CUALQUIER NIVEL EXCEPTO PIE) - (Impresión Diagnóstica)

CONTRERAS GAMBOA DAVID ALFONSO
C.C. 1019148813
MEDICINA GENERAL

