

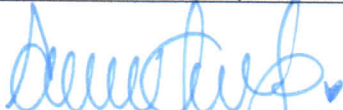


|  |  |  |
|--|--|--|
|  <p><b>INSTITUTO<br/>DEPARTAMENTAL<br/>DE SALUD</b><br/>NORTE DE SANTANDER</p> | <p><b>AUTORIZACION PARA VALORACION Y<br/>CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</b></p> |  <p><b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b><br/><small>Instituto Departamental de Salud</small></p> |
|--|--|--|

| 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  | MARTHA ELENA CACERES  |
| Tipo de Documento Identidad  | R.C. _____ T.I. _____ C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Otro. _____  |
| Número de Documento de Identidad   | 27.645.253  |
| Edad   | 63 Años   |
| Genero   | Femenino  |
| Dirección  | Barrio el calvario  |
| Teléfono fijo  | 3133479933  |
| No. de Celular (2 números si es posible)   | 3133479933  |
| 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)   | 661766  |
| Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)  | F809 – Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado  |
| Fuente de Recursos de la autorización  | <input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 619 de 2024<br><input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios<br><input type="checkbox"/> Empresa Privada<br><input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional<br><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 _____<br><b>Nombre:</b> _____<br><b>No. de Teléfono:</b> _____<br><b>Nombre de la Empresa:</b> _____   |

|   |  |
|---|--|
| 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,<br>Dirección: <b>Calle 21 A # 0B-75 El Rosal por Barrio Blanco</b><br>Teléfono: <b>316 2521846 Para Citas</b><br>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: _____<br>Justificación si requiere consulta domiciliaria: _____<br>_____   |
| Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación:<br>a) Movilidad, b) Comunicación y acceso a la comunicación y c) Persona de apoyo. | Si Aplica: _____ No Aplica: _____<br>Movilidad: _____<br>Comunicación: _____<br>Persona de apoyo: _____<br>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 : 07/03/2024 14:53

INGRESO : 107850

## CACERES MARTHA ELENA

CC - 27645253

Edad : 63A 1M 28D

Sexo : Femenino

Nacimiento : 09/01/1961

Teléfono : 3133479933

Dirección : CR 2#2-90

Empresa : COMFAORIENTE EPS-S

CAUSA EXTERNA: 13 - 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

MOTIVO CONSULTA: VENGO PORQUE TENGO PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Autorización: 661766.

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS, ANTECEDENTE DE RETRASO DESARROLLO PSICOMOTOR LENGUAJE Y ALTERACION EN LA MARCHA, QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE MARLENY FLOREZ, AMIGA DE LA FAMILIA, QUIEN REFIERE CREE QUE LA PACIENTE PRESENTA ALGUN GRADO DE DISCAPACIDAD. NIEGA SINTOMATOLOGIAS PREVIO A LA CONSULTA.

## ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: G1P0C1  
CITOLOGÍA: NUNCA

QUIRÚRGICOS: CIRUGÍA EN HOMBRO DERECHO NO ESPECIFICADA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: NIEGA

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 : 64.5 kg      | Temperatura : 36.2 °C                | Presión Arterial Sistólica: 141 mmHg  |
| Talla : 154 cm      | Frecuencia Respiratoria : 18 R x Min | Presión Arterial Diastólica : 81 mmHg |
| I.M.C. : 27.2 kg/m2 | Frecuencia Cardíaca : 85 L x Min     |                                       |

## EXÁMEN FÍSICO :

Craneo (Normal). PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL.  
C/C: NORMOCÉFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, PINRAL, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATIAS, NI MASAS.  
C/P: TORÁX SIMÉTRICO, NORMOESPANSIBLE. A LA AUSCULTACIÓN RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREGREGADOS.  
ABD: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.  
GENITOURINARIO: NO EVALUADO.  
NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT APARENTE.  
EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS.

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

**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

**FECHA :** 07/03/2024 14:53**INGRESO :** 107850**CACERES MARTHA ELENA****CC - 27645253****Edad :** 63A 1M 28D**Sexo :** Femenino**Nacimiento :** 09/01/1961**Teléfono :** 3133479933**Dirección :** CR 2#2-90**Empresa :** COMFAORIENTE EPS-S**PLAN DE MANEJO :**

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL (Cantidad: 1)

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA (Cantidad: 1)

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA (Cantidad: 1)

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA (Cantidad: 1)

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL (Cantidad: 1)

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

COLESTEROL TOTAL (Cantidad: 1)

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

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

TRIGLICÉRIDOS (Cantidad: 1)

UROANALISIS - PARCIAL DE ORINA (Cantidad: 1)

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

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (Cantidad: 1)

NITROGENO UREICO (Cantidad: 1)

ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) TABLETA X 500 MG (Cantidad: 30) 1 TABL CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

TIAMINA TABLETA GRAGEA O CAPSULA X 300 MG (Cantidad: 30) 1 TAB CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

**ANALISIS :**

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS, ANTECEDENTE DE RETRASO DESARROLLO PSICOMOTOR LENGUAJE Y ALTERACION EN LA MARCHA, QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE MARLENY FLOREZ, AMIGA DE LA FAMILIA, QUIEN REFIERE CREE QUE LA PACIENTE PRESENTA ALGUN GRADO DE DISCAPACIDAD. NIEGA SINTOMATOLGIAS PREVIO A LA CONSULTA. ACTUALMENTE PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HDRATADA CON EVIDENICA DE TRASTORNO DEL LENGUAJE, SE SOLICITA CONCEPTO DE PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOOAUDIOLOGIA. CONSULTAR DE NEUVO POSTERIOR ALAS CITAS

**DIAGNÓSTICO :**

F809 - TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO - (Impresión Diagnóstica)  
 PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS, ANTECEDENTE DE RETRASO DESARROLLO PSICOMOTOR LENGUAJE Y ALTERACION EN LA MARCHA, QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE MARLENY FLOREZ, AMIGA DE LA FAMILIA, QUIEN REFIERE CREE QUE LA PACIENTE PRESENTA ALGUN GRADO DE DISCAPACIDAD. NIEGA SINTOMATOLGIAS PREVIO A LA CONSULTA. ACTUALMENTE PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HDRATADA CON EVIDENICA DE TRASTORNO DEL LENGUAJE, SE SOLICITA CONCEPTO DE PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FONOOAUDIOLOGIA. CONSULTAR DE NEUVO POSTERIOR ALAS CITAS



**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

**FECHA :** 07/03/2024 14:53

**INGRESO :** 107850

**CACERES MARTHA ELENA**

**CC - 27645253**

**Edad :** 63A 1M 28D


**Sexo :** Femenino

**Nacimiento :** 09/01/1961

**Teléfono :** 3133479933

**Dirección :** CR 2#2-90

**Empresa :** COMFAORIENTE EPS-S

*Diego A R Angarita*  
**DIEGO R. ANGARITA**  
 **MEDICO GENERAL**  
**C.C 1094279334**

**ROZO ANGARITA DIEGO ANDRES**  
**C.C. 1094279334**  
**MEDICINA GENERAL**



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO **27.645.253**

**CACERES**

APELLIDOS  
**MARTHA ELENA**

NOMBRES

NO FIRMA  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **09-ENE-1961**

**CACOTA**  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.54**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**12-FEB-1993 CACOTA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2501600-00160269-F-0027645253-20090626 0012839515A 1 27241615