



NIT: 800.113.6727

DESPACHO

SECRETARIA DE INCLUSIÓN SOCIAL POBLACIONAL

ACTA DE ENTREGA DE AYUDAS TECNICAS PARA PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD

La Secretaría de Inclusión Social Poblacional Departamental HACEN ENTREGA de una, SILLA DE RUEDAS ESTANDAR a SR. (A) JHON MARIO BENTACOUR DAGUA Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.106.789.656 de rio blanco con la dirección de residencia rio blanco.

SILLA DE RUEDAS AZULES CON LLANTA ANCHA NEGRA.

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
Marca	XXXXXX
Serie	XXXXXX
Cantidad	XXXXXX

Los equipos aquí referenciados y objeto de entrega se encuentran en perfecto estado, en calidad de apoyo a personas en situación de discapacidad y para su uso personal e intransferible.

En constancias se firman por los que en ella intervienen, a los 16 días de Marzo de 2020.

JORGE BOLIVAR

Secretario de Inclusión Social Poblacional

Jhon Mario Betancourt

JHON MARIO BENTACOUR DAGUA

Cédula de Ciudadanía No. 1.106.789.656 de Rio blanco



INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:
Thon Mario Betancourt

Fecha de nacimiento:
MES **07/** DIA **28/** AÑO **1998**

Dirección:
Herrera - Tolima

No. de Teléfono: **321 219 4467**

Correo electrónico:
mariobetan7@gmail.com

¿Está trabajando ahora?
☐ Sí ☒ No ¿Qué trabajo? **-**

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador:
Juz Ofelia Betancourt

No. de teléfono: **301 285 2643**

Correo electrónico:
juzbetancourth56@hotmail.com

LLAGAS/PIEL

¿El solicitante tiene llagas? ☐ Sí ☒ No

En caso afirmativo, ¿en dónde observa enrojecimiento o llagas?

FRENTE

ESPALDA

DISCAPACIDAD

¿Por qué necesita una silla de ruedas? **Poder de**
manejar desde su
movimiento.

¿Tiene una nota del médico o un certificado del gobierno?
☒ Sí ☐ No

¿Ha tenido una silla de ruedas anteriormente?
☐ Sí ☐ No

¿Tiene puertas estrechas o usa el transporte público?
☒ Sí ☐ No

CONSIDERACIONES

El solicitante PUEDE:

Mantener la cabeza erguida:
☒ Sí ☐ No

Mantener el cuerpo erguido:
☒ Sí ☐ No

Utilizar los brazos:
☒ Sí ☐ No

Utilizar las piernas:
☐ Sí ☒ No

Controlar el intestino y la vejiga:
☐ Sí ☒ No

Otras notas:

El solicitante se sienta y se levanta de una silla:

- ☒ De forma independiente
☐ Con ayuda
☐ Con ayuda de 2 personas

Este solicitante puede necesitar:

- ☐ Cinturón de seguridad
☐ Arnés
☒ Cojín de alivio de presión

Técnico:

NOMBRE IMPRESO

FIRMA

MISAEI Tivaquirá
22.31.903

FECHA

16 Ma



Nombre del solicitante: John Mario Betancourt h

Fecha de hoy: 16/ Marzo/ 2020

¿Tiene el solicitante una herida abierta?

☐ Sí ☒ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, NO SE DA LA SILLA DE RUEDAS.

Remita al solicitante a un médico profesional

¿El solicitante necesita apoyo para sentarse en posición vertical?

☐ Sí ☒ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, LEVANTE EL RESPALDO.

MIDA ESTAS TRES ÁREAS

Tenga cuidado de no doblar la cinta métrica

#1 ANCHO DEL ASIENTO: _____ (cm) →
Esto le ayudará a elegir la caja:

¿En dónde mido?

- Longitud en la parte más ancha de las caderas o de las piernas

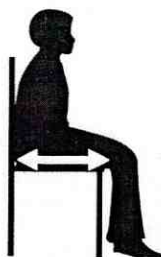


ANCHO DEL ASIENTO (CM)	MODELO Y TAMAÑO
38cm — 44cm ☐ →	GEN_1
25cm — 29cm ☐ →	GEN_2 S / GEN_3 S
30cm — 34cm ☐ →	GEN_2 M / GEN_3 M
35cm — 39cm ☐ →	GEN_2 L / GEN_3 L
40cm — 44cm ☐ →	GEN_2 XL / GEN_3 XL

#2 LONGITUD DEL ASIENTO: _____ (cm) →

¿En dónde mido?

- Longitud de la espalda al dorso de la rodilla

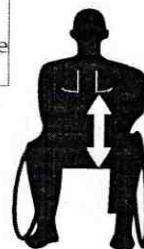


LONGITUD DEL ASIENTO (CM)	POSICIÓN
Menos de 41cm ☐ →	LA MÁS CORTA
41cm — 49cm ☐ →	INTERMEDIA
Más de 49cm ☐ →	LA MÁS LARGA

#3 ALTURA DEL RESPALDO: _____ (cm)
Ate el respaldo comenzando por la parte inferior y hacia arriba:

¿En dónde mido?

- Longitud desde el asiento hasta el ancho de dos dedos por debajo de su escápula



POSICIÓN	ALTURA DE LA ESPALDA (CM)
Más de 52cm ☐ →	La más alta: Todas las correas
48cm — 52cm ☐ →	Alta-Intermedia: Mueva 1 correa hacia abajo
44cm — 48cm ☐ →	Baja-Intermedia: Mueva 2 correas hacia abajo
Menos de 44cm ☐ →	La más baja: Mueva 3 correas hacia abajo

Técnico:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y APTITUD PARA EL USO

Una vez que haya terminado el ensamblado. Cheque, por favor, la silla de ruedas para cerciorarse de que sea segura y esté en condiciones antes de que alguien se siente en ella.

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**



EN TODA LA SILLA DE RUEDAS	
No hay bordes afilados	☒
No hay piezas dañadas o rayadas	☒
La silla de ruedas se desplaza en línea recta	☒
Las tuercas y bulones están ajustados	☒
Ensamblado adecuado del armazón	☒
RUEDAS GIRATORIAS DELANTERAS	
Giran libremente	☒
Giran sin tocar la horquilla	☒
Los pernos están apretados	☒
RUEDAS TRASERAS	
Giran libremente	☒
Los pernos del eje están ajustados	☒
Los neumáticos están inflados correctamente (al presionar con el pulgar, la rueda debe hundirse menos de 5 mm)	☒
Los bordes de empuje están firmes	☒
FRENOS	
Funcionan adecuadamente	☒
FOOTRESTS	
Reposapiés están sujetos de forma segura	☒
CUSHION	
El cojín cubre totalmente el asiento duro	☒

Técnico:

NOMBRE IMPRESO

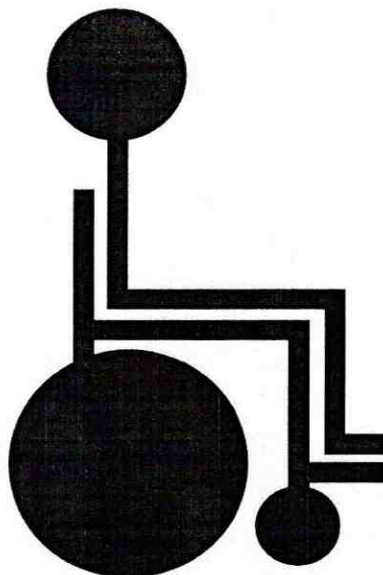
FIRMA

FECHA

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE APTITUD

Cuando el usuario de la silla de ruedas esté correctamente sentado, su posición en la silla de ruedas debe ser similar a la de siguiente imagen:

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**



- ☒ Las caderas contra el respaldo de la silla de ruedas
- ☒ Los pies apoyados sobre los reposapiés y éstos a una distancia mínima de 5 cm del suelo
- ☒ La espalda de la persona descansa cómodamente contra el respaldo
- ☒ Espacio de 2-3 dedos de ancho entre la parte superior de la silla y la parte inferior de la escápula del usuario
- ☒ Ancho de mano vertical entre las caderas del usuario de la silla de ruedas y el interior de la silla en ambos lados
- ☒ Espacio de 2-3 dedos de ancho entre el frente del asiento y el dorso de la rodilla del usuario.

Técnico:

NOMBRE IMPRESO

FIRMA

FECHA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE APTITUDES DE CAPACITACIÓN DEL USUARIO

Utilice este recordatorio para enseñarle al usuario de silla de ruedas y/o a su cuidador estas aptitudes. También proporcione al usuario de la silla de ruedas el manual del usuario.

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**



LLAGAS POR PRESIÓN

MARQUE UNA VEZ APRENDIDA



4 Posición de alivio de la presión — Mantenga las posiciones durante 1 minuto cada 15 minutos

☐

Crear tolerancia a la posición de sentado

☐

Enseñe a estirarse por la noche (generalmente boca abajo)

☐

TRASLADO

Traslado independiente

☒

Traslado asistido por 1 persona

☐

Traslado asistido por 2 personas

☐

APTITUDES DE MOVILIDAD

Mover la silla de ruedas hacia adelante (ya sea de forma asistida o independiente)

☒

Giros

☒

Cuesta arriba y cuesta abajo

☒

Subir y bajar escalones/la acera

☒

Fijar los frenos

☒

Recuperación de caídas

☒

MANTENIMIENTO

Limpiar la silla de ruedas y el cojín

☒

Inflar los neumáticos

☒

Ajustar las tuercas y tornillos (si están flojos)

☒

Revisar la tapicería

☒

Verifique que no haya rayos rotos o dañados*

☒

Verifique que no haya óxido en el armazón

☒

Dónde ir si la silla de ruedas necesita reparaciones, no encaja, o no es cómoda.

☒

*Si los rayos (cables de la rueda) se rompen, o si la silla de ruedas necesita aceite, consulte al distribuidor o a un taller local de reparación de bicicletas.

Técnico:

NOMBRE IMPRESO

FIRMA

FECHA

JHON MARIO BETANCURT





GOBERNACIÓN
DEL TOLIMA



NIT: 800.113.6727

DESPACHO

SECRETARIA DE INCLUSIÓN SOCIAL POBLACIONAL

ACTA DE ENTREGA DE AYUDAS TECNICAS PARA PERSONAS EN ⁰² CONDICION DE DISCAPACIDAD

La Secretaría de Inclusión Social Poblacional Departamental HACEN ENTREGA de una, **SILLA DE RUEDAS ESTANDAR** a SR. (A) **MISAE TIBAQUIRA** Identificado con Cédula de Ciudadanía No. **2.231.903** de la mesa Cundinamarca con dirección de residencia calle 147 N. 13-63 barrio salado de Ibagué.

SILLA DE RUEDAS AZULES CON LLANTA ANCHA NEGRA.

<u>CONCEPTO</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>
Marca	XXXXXX
Serie	XXXXXX
Cantidad	XXXXXX

Los equipos aquí referenciados y objeto de entrega se encuentran en perfecto estado, en calidad de apoyo a personas en situación de discapacidad y para su uso personal e intransferible.

En constancias se firman por los que en ella intervienen, a los 16 días de Marzo de 2020.

JORGE BOLIVAR

Secretario de Inclusión Social Poblacional

Misael Tibaquirá
MISAE TIBAQUIRA

Cédula de Ciudadanía No. 2.231.903 de LA MESA CUNDINAMARCA

FORMULARIO DE SOLICITANTE DE SILLA DE RUEDAS

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:

Miguel Tibaquirá

Fecha de nacimiento:

MES 02 / DÍA 19 / AÑO 1932

Dirección:

Bl. Sabado el 14 - 71373

No. de Teléfono:

3138237161

Correo electrónico:

- i -

¿Está trabajando ahora?

☐ Sí ☒ No ¿Qué trabajo?

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador:

JOSE GEIBEL TIBAQUIRA

No. de teléfono:

3138237161

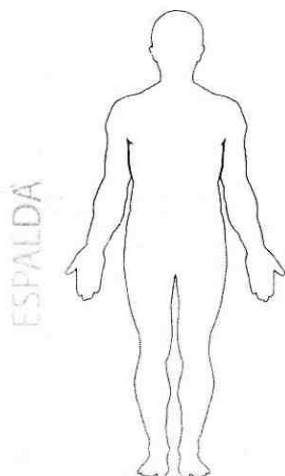
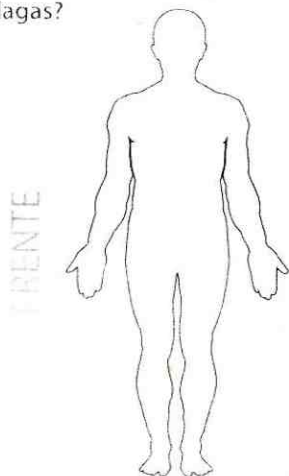
Correo electrónico:

no tiene

LLAGAS/PIEL

¿El solicitante tiene llagas? ☐ Sí ☒ No

En caso afirmativo, ¿en dónde observa enrojecimiento o llagas?



DISCAPACIDAD

¿Por qué necesita una silla de ruedas?

tener mas descanso

¿Tiene una nota del médico o un certificado del gobierno?

☐ Sí ☒ No

¿Ha tenido una silla de ruedas anteriormente?

☐ Sí ☒ No

¿Tiene puertas estrechas o usa el transporte público?

☒ Sí ☐ No

CONSIDERACIONES

El solicitante PUEDE:

Mantener la cabeza erguida:

☒ Sí ☐ No

Mantener el cuerpo erguido:

☒ Sí ☐ No

Utilizar los brazos:

☒ Sí ☐ No

Utilizar las piernas:

☒ Sí ☐ No

Controlar el intestino y la vejiga:

☒ Sí ☐ No

Otras notas:

El solicitante se sienta y se levanta de una silla:

☐ De forma independiente

☒ Con ayuda

☐ Con ayuda de 2 personas

Este solicitante puede necesitar:

☐ Cinturón de seguridad

☐ Arnés

☒ Cojín de alivio de presión

Técnico:

NOMBRE IMPRESO

FIRMA

Jose Geibel Tibaquirá
14230201

FECHA

FORMULARIO DE AJUSTE PARA SILLA DE RUEDAS

Nombre del solicitante:

Miguel Tibaquirá

Fecha de hoy:

16/ marzo/ 2020

¿Tiene el solicitante una herida abierta?

☐ Sí ☒ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, NO SE DA LA SILLA DE RUEDAS.

Remita al solicitante a un médico profesional

¿El solicitante necesita apoyo para sentarse en posición vertical?

☐ Sí ☒ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, LEVANTE EL RESPALDO.

MIDA ESTAS TRES ÁREAS

Tenga cuidado de no doblar la cinta métrica

#1 ANCHO DEL ASIENTO: _____ (cm)

Esto le ayudará a elegir la caja:

¿En dónde mido?

- Longitud en la parte más ancha de las caderas o de las piernas

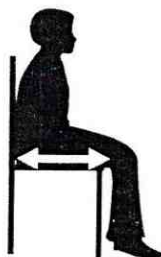


ANCHO DEL ASIENTO (CM)	MODELO Y TAMAÑO
38cm — 44cm ☐	GEN_1
25cm — 29cm ☐	GEN_2 S / GEN_3 S
30cm — 34cm ☐	GEN_2 M / GEN_3 M
35cm — 39cm ☐	GEN_2 L / GEN_3 L
40cm — 44cm ☐	GEN_2 XL / GEN_3 XL

#2 LONGITUD DEL ASIENTO: _____ (cm)

¿En dónde mido?

- Longitud de la espalda al dorso de la rodilla



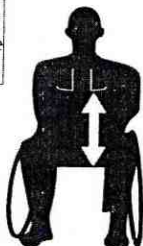
LONGITUD DEL ASIENTO (CM)	POSICIÓN
Menos de 41cm ☐	LA MÁS CORTA
41cm — 49cm ☐	INTERMEDIA
Más de 49cm ☐	LA MÁS LARGA

#3 ALTURA DEL RESPALDO: _____ (cm)

Ate el respaldo comenzando por la parte inferior y hacia arriba:

¿En dónde mido?

- Longitud desde el asiento hasta el ancho de dos dedos por debajo de su escápula



POSICIÓN	ALTURA DE LA ESPALDA (CM)
Más de 52cm ☐	La más alta: Todas las correas
48cm — 52cm ☐	Alta-Intermedia: Mueva 1 correa hacia abajo
44cm — 48cm ☐	Baja-Intermedia: Mueva 2 correas hacia abajo
Menos de 44cm ☐	La más baja: Mueva 3 correas hacia abajo

Técnico:

Miguel Tibaquirá 2231.903

FIRMA

FECHA 16 Mar 2020

NOMBRE IMPRESO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y APTITUD PARA EL USO

Una vez que haya terminado el ensamblado. Cheque, por favor, la silla de ruedas para cerciorarse de que sea segura y esté en condiciones antes de que alguien se siente en ella.

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**



EN TODA LA SILLA DE RUEDAS

No hay bordes afilados	☒
No hay piezas dañadas o rayadas	☒
La silla de ruedas se desplaza en línea recta	☒
Las tuercas y bulones están ajustados	☒
Ensamblado adecuado del armazón	☒

RUEDAS GIRATORIAS DELANTERAS

Giran libremente	☒
Giran sin tocar la horquilla	☒
Los pernos están apretados	☒

RUEDAS TRASERAS

Giran libremente	☒
Los pernos del eje están ajustados	☒
Los neumáticos están inflados correctamente (al presionar con el pulgar, la rueda debe hundirse menos de 5 mm)	☒
Los bordes de empuje están firmes	☒

FRENOS

Funcionan adecuadamente	☒
-------------------------	-------------------------------------

FOOTRESTS

Reposapiés están sujetos de forma segura	☒
--	-------------------------------------

CUSHION

El cojín cubre totalmente el asiento duro	☒
---	-------------------------------------

Técnico:

NOMBRE IMPRESO

Miguel Tivoquira 2231903

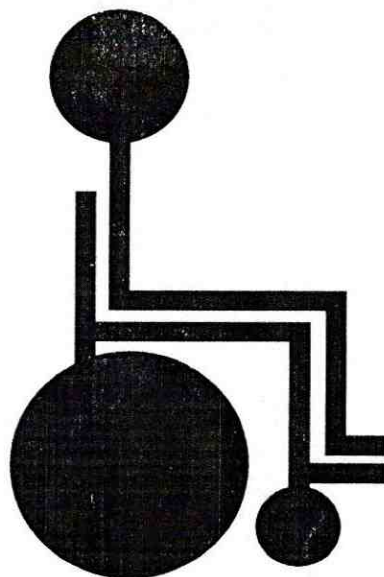
FIRMA

FECHA

Mar 16

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE APTITUD

Cuando el usuario de la silla de ruedas esté correctamente sentado, su posición en la silla de ruedas debe ser similar a la de siguiente imagen:



- ☒ Las caderas contra el respaldo de la silla de ruedas
- ☒ Los pies apoyados sobre los reposapiés y éstos a una distancia mínima de 5 cm del suelo
- ☒ La espalda de la persona descansa cómodamente contra el respaldo
- ☒ Espacio de 2-3 dedos de ancho entre la parte superior de la silla y la parte inferior de la escápula del usuario
- ☒ Ancho de mano vertical entre las caderas del usuario de la silla de ruedas y el interior de la silla en ambos lados
- ☒ Espacio de 2-3 dedos de ancho entre el frente del asiento y el dorso de la rodilla del usuario.

Técnico:

NOMBRE IMPRESO

MISAEI TIVAGUIRA 2231.903

FIRMA

FECHA

16 Mar

LISTA DE VERIFICACIÓN DE APTITUDES DE CAPACITACIÓN DEL USUARIO

Utilice este recordatorio para enseñarle al usuario de silla de ruedas y/o a su cuidador estas aptitudes. También proporcione al usuario de la silla de ruedas el manual del usuario.

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**



LLAGAS POR PRESIÓN

MARQUE UNA VEZ APRENDIDA

4 Posición de alivio de la presión — Mantenga las posiciones durante 1 minuto cada 15 minutos

☐

Crear tolerancia a la posición de sentado

☐

Enseñe a estirarse por la noche (generalmente boca abajo)

☐

TRASLADO

Traslado independiente

☒

Traslado asistido por 1 persona

☐

Traslado asistido por 2 personas

☐

APTITUDES DE MOVILIDAD

Mover la silla de ruedas hacia adelante (ya sea de forma asistida o independiente)

☒

Giros

☒

Cuesta arriba y cuesta abajo

☒

Subir y bajar escalones/la acera

☒

Fijar los frenos

☒

Recuperación de caídas

☒

MANTENIMIENTO

Limpiar la silla de ruedas y el cojín

☒

Inflar los neumáticos

☒

Ajustar las tuercas y tornillos (si están flojos)

☒

Revisar la tapicería

☒

Verifique que no haya rayos rotos o dañados*

☒

Verifique que no haya óxido en el armazón

☒

Dónde ir si la silla de ruedas necesita reparaciones, no encaja, o no es cómoda.

☒

*Si los rayos (cables de la rueda) se rompen, o si la silla de ruedas necesita aceite, consulte al distribuidor o a un taller local de reparación de bicicletas.

Técnico:

NOMBRE IMPRESO

FIRMA

Misael Tivaguirra 223190316 Mar

FECHA

MISAEI TIBAQUIRA



AYUDAS TECNICAS PARA PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD 10

La Secretaría de Inclusión Social Poblacional Departamental HACEN ENTREGA de una, **SILLA DE RUEDAS ESTANDAR** a SR. (A) **GIOMAR SOLANLLY COVALEDA** Identificado con Cédula de Ciudadanía No. **65764978** De San Antonio Tolima con la dirección de residencia Manzana 30 Casa 13 Barrio Topacio.

SILLA DE RUEDAS RIN RADIO NEGRO GRAFITO

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
Marca	KONFORT BASIC
Serie	01
Cantidad	01 (PAR)

Los equipos aquí referenciados y objeto de entrega se encuentran en perfecto estado, en calidad de apoyo a personas en situación de discapacidad y para su uso personal e intransferible.

En constancias se firman por los que en ella intervienen, a los 31 días de Marzo de 2020.

JORGE BOLIVAR
Secretario de Inclusión Social Poblacional



PAULA GONBORA SAAVEDRA
Directora grupos vulnerables,
Diversidad y Asuntos Étnicos

GIOMAR SOLANLLY COVALEDA
identificada con CC. 65764978

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.764.978
COVALEDA GUZMAN

APELLIDOS

QUIOMAR SOLANLY

NOMBRES

Quiomary Covaleda

IRMA



La suscrita Notaria Cuarta de este
circulo hace constar que esta fotocopia
coincide con su original que he tenido a la
vista.

TERESA PAVA SANTOS
Notaria Cuarta Ibagué (Tol.)

20 JUN. 2019



NO SIRVE COMO DOCUMENTO
DE IDENTIDAD



FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1974
SAN ANTONIO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

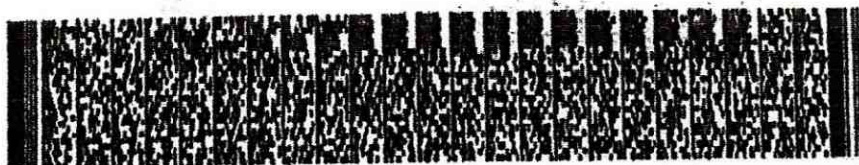
F
SEXO

03-MAY-1993 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



Datos personales

Fecha (Día/Mes/Año):	27/07/2019	Nombre completo	GUIOMAR SOLANLLY COVALEDA GUZMAN		
Tipo de documento	CC _X_ TI _ RC _ CE _ PP _	Nº identificación	65764978		
Sexo: M _ F _ X	Edad:	44 AÑOS	Celular	3204403458	Teléfono 2657054
Dirección:	MZ 17 CS 18 VILLA CAFÉ				
Ciudad/Municipio	IBAGUÉ				

MOTIVO DE LA CONSULTA

"VISITA MEDICA DOMICILIARIA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD VALORADO POR MEDICO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, CON ANTECEDENTE DE HTA, SIRINGOMELIA, ARACNOIDITIS CON SECUELAS NEUROLÓGICAS DE PARAPARESIA, COMPROMISO DE ESFÍNTERES, LAMENECTOMIA LUMBAR HACE MÁS DE 7 AÑOS, QUIEN REFIERE EVIDENCIAR INTENSO SEDIMENTO EN CISTOFLO QUE TAPA LA SONDE VESICAL, ASOCIADO A CAMBIOS DE COLOR DE LA ORINA.

ANTECEDENTES FAMILIARES

NIEGA

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLÓGICOS: HTA, SIRINGOMELIA, ARACNOIDITIS CON SECUELAS NEUROLÓGICAS DE PARAPARESIA, COMPROMISO DE ESFÍNTERES, LAMENECTOMIA LUMBAR
QUIRÚRGICOS: CESAREA, LAMENECTOMIA LUMBAR
FARMACOLOGICOS: TRAMADOL, LOSARTAN, HIDROCLOROTIAZIDA, ESOMEPRAZOL, ERGOTAMINA + CAFEINA, SULFADIZINA DE PLATA.

SIGNOS VITALES

TENSIÓN ARTERIAL 120/77 MMHG, FRECUENCIA CARDIACA 71 LPM FRECUENCIA RESPIRATORIA 19 PM TEMPERATURA 37°C PESO: TALLA: IMC
PERÍMETRO ABDOMINAL INTERPRETACIÓN: SIGNOS VITALES NORMALES PARA PATOLOGÍAS DE BASE LATERALIDAD DOMINANTE

EXAMEN FISICO

NORMOCEFALO, ORL MUCOSA ORAL HÚMEDA ROSADA, HÚMEDA, CARDIACOS SIN SOPLOS, RÍTMICOS, RUIDOS RESPIRATORIOS BIEN VENTILADOS, ESCASA MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE



HISTORIA CLINICA MEDICA

CODIGO

Versión 1

Página 1 de 2

NO DISTENDIDO NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO CONSERVADO, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, G/U: SONDA VESICAL CON EVIDENCIA DE ABUNDANTE SEDIMENTO, COMPONENTE TIPO CRISTALES EN CISTOFLO EXTREMIDADES: CON PERDIDA FUNCIONAL TOTAL, EN MIEMBROS INFERIORES, HIPOTONÍA FUERZA 1/5 EN SILLA DE RUEDAS, ANESTESIA EN LOS MISMOS, PULSOS PERIFÉRICOS POSITIVOS, EN SILLA DE RUEDAS. SNC: SIN DÉFICIT APARENTE, DÉFICIT SENSITIVO.

CONSULTA REALIADOS

EXAMENES PARACLINICOS Y/O

PROCEDMIENTOS

RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA

RESULTADOS

CON REPORTE COMPATIBLE CON PROCESOS DEGENERATIVOS EN COLUMNA LUMBOSACRA, Y COMO HALLAZGO INCIDENTAL MASA PÉLVICA

CIE 10

DIAGNOSTICO

ORIGEN

TIPO

G950
I10XSIRINGOMELIA Y SIRONGOBULIA
HIPERTENSIÓN ESENCIALPRINCIPAL
RELACIONADO

CONDUCTA

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE NO SIRS, CON PATOLOGÍA DE BASE CONTROLADA, A QUIEN AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA ALTERACIÓN EN ORINA Y SU SEDIMENTO, ADEMÁS DE MASA NO CLARA EN RESONANCIA POR LO QUE SE ORDENA

1. PARCIAL DE ORINA
2. ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIA Y TRANSVAGINAL
3. TRAMADOL SLON ORAL X 100 MG, TOMAR 10 GOTAS CADA 8 HORAS FC N° 1
4. LOSARTAN TAB X 50 MG TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS N° 60
5. HIDROCLOROTIAZIDA TAB X 25 MG TOMAR UNA TABLETA EN LA MAÑANA N° 30
6. ESOMEPRAZOL TABL X 40 MG TOMAR UNA TABLETA EN AYUNAS N° 30
7. ERGOTAMINA + CAFEINA TAB 1/100MG TOMAR SI DOLOR DE CABEZA N° 20
8. SULFADIAZINA DE PLATA CREMA AL 1% APLICAR A NECESIDAD N° 3
9. TERAPIA DOMICILIARIA FÍSICA, REALIZAR 1 SESIÓN CADA SEMANA N° 4
10. KIT PARA CAMBIO DE SONDA VESICAL CADA 15 DÍAS N° 2
11. CATETERISMO VESICAL CADA 15 DÍAS DOMICILIARIO N° 2
12. SONDA FOLEY N° 16 CANTIDAD N° 2
13. VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL

ORDEN DE INCAPACIDAD

MOTIVO DE LA
INCAPACIDAD

DIAS

TIPO

FECHA DE
CREACION

AYUDAS TECNICAS PARA PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD \

La Secretaría de Inclusión Social Poblacional Departamental **HACEN ENTREGA** de una, **SILLA DE RUEDAS ESTANDAR** a SR. (A) **LEONOR SANCHEZ** Identificado con Cédula de Ciudadanía No. **28977134** De Venadillo con la dirección de residencia Cra 5 sur 88-30 Barrio Florida.

SILLA DE RUEDAS RIN RADIO NEGRO GRAFITO

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
Marca	KONFORT BASIC
Serie	01
Cantidad	01 (PAR)

Los equipos aquí referenciados y objeto de entrega se encuentran en perfecto estado, en calidad de apoyo a personas en situación de discapacidad y para su uso personal e intransferible.

En constancias se firman por los que en ella intervienen, a los 31 días de Marzo de 2020.

JORGE BOLIVAR
Secretario de Inclusión Social Poblacional



PAULA GÓNGORA SAAVEDRA
Directora grupos vulnerables,
Diversidad y Asuntos Étnicos



LEONOR SANCHEZ TRUJILLO
identificada con CC. 28977134

AYUDAS TECNICAS PARA PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD

La Secretaría de Inclusión Social Poblacional Departamental **HACEN ENTREGA** de una, **SILLA DE RUECAS** a **SR. IVAN GABRIEL TOVON** Identificado con Cédula de Ciudadanía **No. 1110.476.309** De Ibagué con la dirección de residencia calle 131 N° 8 – 141 Montecarlo Salado Ibagué.

SILLA DE RUEDAS PARA MARCHA

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
Marca	KONFORT BASIC
Serie	01
Cantidad	01 (PAR)

Los equipos aquí referenciados y objeto de entrega se encuentran en perfecto estado, en calidad de apoyo a personas en situación de discapacidad y para su uso personal e intransferible.

En constancias se firman por los que en ella intervienen, a los 22 días de Abril de 2020.

JORGE BOLIVAR
Secretario de Inclusión Social Poblacional

PAULA GONGORA SAAVEDRA
Directora grupos vulnerables,
Diversidad y Asuntos Étnicos


IVAN GABRIEL TOVON
identificado con CC. 1110.476.309

FORMULARIO DE SOLICITANTE DE SILLA DE RUEDAS

FREE
WHEELCHAIR
MISSION

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:

Ivan Gabriel Tobon Roldan

Fecha de nacimiento:

MES 04 / 22 DIA / AÑO 2020

Dirección:

Cll 131 #8-141 B/Montecarlo

No. de Teléfono:

2726126 - 3178786549

Correo electrónico:

Rolamanniquevaron1991@gmail.com

¿Está trabajando ahora?

☐ Sí ☒ No ¿Qué trabajo?

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador:

Paola Andrea Manrique Varon

No. de teléfono:

3178786549

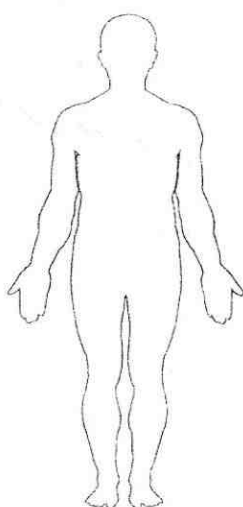
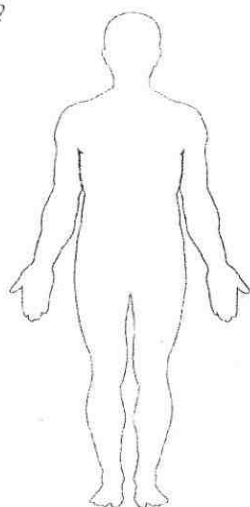
Correo electrónico:

Rolamanniquevaron1991@gmail.com

LLAGAS/PIEL

¿El solicitante tiene llagas? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en dónde observa enrojecimiento o llagas?



DISCAPACIDAD

¿Por qué necesita una silla de ruedas?

amputación traumática pie -

¿Tiene una nota del médico o un certificado del gobierno?

☒ Sí ☐ No

¿Ha tenido una silla de ruedas anteriormente?

☐ Sí ☒ No

¿Tiene puertas estrechas o usa el transporte público?

☐ Sí ☒ No

CONSIDERACIONES

El solicitante PUEDE:

Mantener la cabeza erguida:

☒ Sí ☐ No

Mantener el cuerpo erguido:

☐ Sí ☒ No

Utilizar los brazos:

☒ Sí ☐ No

Utilizar las piernas:

☐ Sí ☒ No

Controlar el intestino y la vejiga:

☐ Sí ☒ No

Otras notas:

osteosíntesis en fémur y pelvis

El solicitante se sienta y se levanta de una silla:

☐ De forma independiente

☐ Con ayuda

☒ Con ayuda de 2 personas

Este solicitante puede necesitar:

☐ Cinturón de seguridad

☐ Arnés

☒ Cojín de alivio de presión

Técnico:

FORMULARIO DE AJUSTE PARA SILLA DE RUEDAS

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**

Nombre del solicitante:

IVAN GABRIEL TOBON

Fecha de hoy:

31 / Mayo / 2020

¿Tiene el solicitante una herida abierta?

☐ Sí ☒ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, NO SE DA LA SILLA DE RUEDAS

Remita al solicitante a un médico profesional

¿El solicitante necesita apoyo para sentarse en posición vertical?

☒ Sí ☐ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, LEVANTE EL RESPALDO.

MIDA ESTAS TRES ÁREAS

Tenga cuidado de no doblar la cinta métrica

#1 ANCHO DEL ASIENTO: _____ (cm)

Esto le ayudará a elegir la caja:

¿En dónde mido?

- Longitud en la parte más ancha de las caderas o de las piernas



ANCHO DEL ASIENTO (CM)	MODELO Y TAMAÑO
38cm — 44cm ☐	GEN_1
25cm — 29cm ☐	GEN_2 S / GEN_3 S
30cm — 34cm ☐	GEN_2 M / GEN_3 M
35cm — 39cm ☐	GEN_2 L / GEN_3 L
40cm — 44cm ☒	GEN_2 XL / GEN_3 XL

#2 LONGITUD DEL ASIENTO: _____ (cm)

¿En dónde mido?

- Longitud de la espalda al dorso de la rodilla



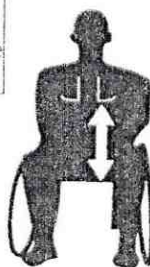
LONGITUD DEL ASIENTO (CM)	POSICIÓN
Menos de 41cm ☐	LA MÁS CORTA
41cm — 49cm ☒	INTERMEDIA
Más de 49cm ☐	LA MÁS LARGA

#3 ALTURA DEL RESPALDO: _____ (cm)

Ate el respaldo comenzando por la parte inferior y hacia arriba:

¿En dónde mido?

- Longitud desde el asiento hasta el ancho de dos dedos por debajo de su escápula



POSICIÓN	ALTURA DE LA ESPALDA (CM)
Más de 52cm ☒	La más alta: Todas las correas
48cm — 52cm ☐	Alta-Intermedia: Mueva 1 correa hacia abajo
44cm — 48cm ☐	Baja-Intermedia: Mueva 2 correas hacia abajo
Menos de 44cm ☐	La más baja: Mueva 3 correas hacia abajo

Técnico:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y APTITUD PARA EL USO

Una vez que haya terminado el ensamblado. Cheque, por favor, la silla de ruedas para cerciorarse de que sea segura y esté en condiciones antes de que alguien se siente en ella.

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**

EN TODA LA SILLA DE RUEDAS

No hay bordes afilados

No hay piezas dañadas o rayadas

La silla de ruedas se desplaza en línea recta

Las tuercas y bulones están ajustados

Ensamblado adecuado del armazón

RUEDAS GIRATORIAS DELANTERAS

Giran libremente

Giran sin tocar la horquilla

Los pernos están apretados

RUEDAS TRASERAS

Giran libremente

Los pernos del eje están ajustados

Los neumáticos están inflados correctamente (al presionar con el pulgar, la rueda debe hundirse menos de 5 mm)

Los bordes de empuje están firmes

FRENOS

Funcionan adecuadamente

FOOTRESTS

Reposapiés están sujetos de forma segura

CUSHION

El cojín cubre totalmente el asiento duro

Técnico:

2

FORMULARIO DE SOLICITANTE DE SILLA DE RUEDAS 03

mayo 2
FREE
WHEELCHAIR
MISSION

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:

GILDARDO CASTAÑO Lopez

Fecha de nacimiento:

JULIO MES 103 DIA 1952 AÑO

Dirección:

CRUZADO 11B N-SA-18
B/ SOMARECO

No. de Teléfono:

2733965

Correo electrónico:

¿Está trabajando ahora?

☐ Sí ☒ No ¿Qué trabajo?

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador:

GONARDO CASTAÑO

No. de teléfono:

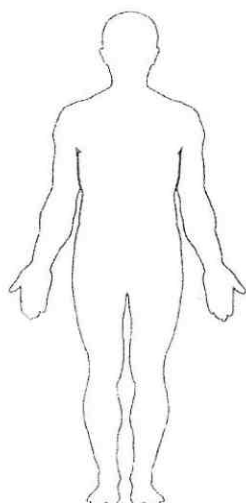
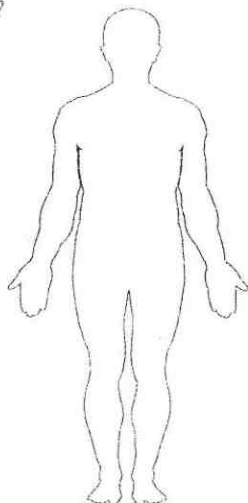
3118629474

Correo electrónico:

LLAGAS/PIEL

¿El solicitante tiene llagas? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en dónde observa enrojecimiento o llagas?



DISCAPACIDAD

¿Por qué necesita una silla de ruedas?

AMPUTACION INFIRANCOIDICA
DE MIEMBRO INFERIOR DE

¿Tiene una nota del médico o un certificado del gobierno?

☒ Sí ☐ No

¿Ha tenido una silla de ruedas anteriormente?

☐ Sí ☒ No

¿Tiene puertas estrechas o usa el transporte público?

☐ Sí ☒ No

CONSIDERACIONES

El solicitante PUEDE:

Mantener la cabeza erguida:

☒ Sí ☐ No

Mantener el cuerpo erguido:

☒ Sí ☐ No

Utilizar los brazos:

☒ Sí ☐ No

Utilizar las piernas:

☐ Sí ☒ No

Controlar el intestino y la vejiga:

☒ Sí ☐ No

Otras notas:

El solicitante se sienta y se levanta de una silla:

☐ De forma independiente
☒ Con ayuda
☐ Con ayuda de 2 personas

Este solicitante puede necesitar:

☒ Cinturón de seguridad
☐ Arnés
☐ Cojín de alivio de presión

Técnico:

[Firma]
28071914

Nombre del solicitante:

STANLEY CASTRO.

Fecha de hoy:

27 / Mayo / 2020.

MIDA ESTAS TRES ÁREAS

Tenga cuidado de no doblar la cinta métrica

¿Tiene el solicitante una herida abierta?

☐ Sí ☒ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, NO SE DA LA SILLA DE RUEDA

Remita al solicitante a un médico profesional

¿El solicitante necesita apoyo para sentarse en posición vertical?

☒ Sí ☐ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, LEVANTE EL RESPALDO.

#1 ANCHO DEL ASIENTO: _____ (cm)

Esto le ayudará a elegir la caja:

¿En dónde mido?

- Longitud en la parte más ancha de las caderas o de las piernas



ANCHO DEL ASIENTO (CM)

MODELO Y TAMAÑO

38cm — 44cm



GEN_1

25cm — 29cm



GEN_2 S / GEN_3 S

30cm — 34cm



GEN_2 M / GEN_3 M

35cm — 39cm



GEN_2 L / GEN_3 L

40cm — 44cm



GEN_2 XL / GEN_3 XL

#2 LONGITUD DEL ASIENTO: _____ (cm)

¿En dónde mido?

- Longitud de la espalda al dorso de la rodilla



LONGITUD DEL ASIENTO (CM)

POSICIÓN

Menos de 41cm



LA MÁS CORTA

41cm — 49cm



INTERMEDIA

Más de 49cm



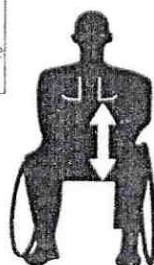
LA MÁS LARGA

#3 ALTURA DEL RESPALDO: _____ (cm)

Ate el respaldo comenzando por la parte inferior y hacia arriba:

¿En dónde mido?

- Longitud desde el asiento hasta el ancho de dos dedos por debajo de su escápula



POSICIÓN

ALTURA DE LA ESPALDA (CM)

Más de 52cm



La más alta: Todas las correas

48cm — 52cm



Alta-Intermedia:
Mueva 1 correa hacia abajo

44cm — 48cm



Baja-Intermedia:
Mueva 2 correas hacia abajo

Menos de 44cm



La más baja:
Mueva 3 correas hacia abajo

Técnico:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y APTITUD PARA EL USO

Una vez que haya terminado el ensamblado. Cheque, por favor, la silla de ruedas para cerciorarse de que sea segura y esté en condiciones antes de que alguien se siente en ella.

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**

EN TODA LA SILLA DE RUEDAS

- No hay bordes afilados
- No hay piezas dañadas o rayadas
- La silla de ruedas se desplaza en línea recta
- Las tuercas y bulones están ajustados
- Ensamblado adecuado del armazón

RUEDAS GIRATORIAS DELANTERAS

- Giran libremente
- Giran sin tocar la horquilla
- Los pernos están apretados

RUEDAS TRASERAS

- Giran libremente
- Los pernos del eje están ajustados
- Los neumáticos están inflados correctamente (al presionar con el pulgar, la rueda debe hundirse menos de 5 mm)
- Los bordes de empuje están firmes

FRENOS

- Funcionan adecuadamente

FOOTRESTS

- Reposapiés están sujetos de forma segura

CUSHION

- El cojín cubre totalmente el asiento duro

Técnico:

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Documento: Ingreso: 344634 Confirmado Estado Paciente: VIVO Fecha egreso: CAMA: 520 A
Informacion Paciente: GILDARDO CASTILLO LOPEZ Tipo de Documento: Cédula_Ciudadanía Numero: 60
Tipo de paciente: Contributivo Sexo: Masculino Edad: 67 Años \ 10 Meses \ 9 Días F. Nacimiento: 03/
E.P.S.: RCO016 - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA CONTRIBUTIVO
Servicio de Ingreso: Urgencias Servicio de Egreso:

Nº84028

DESCRIBE LA ESPOSA DEL PACIENTE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS CINCO DIAS DE EVOLUCION AL CONOCER DIAGNOSTICO DE AMPUTACION SUPRACONDILIA DE PIERNA IZQUIERDA Y CONSISTENTE EN TRISTEZA, ANSIEDAD, IRRITABILIDAD, LLANTO Y ANHEDONIA.

-LA ESPOSA DEL PACIENTE REFIERE ANTECEDENTE DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA LEVE DURANTE VARIOS AÑOS ASOCIADA A PERDIDA DE UNA HIJA DE SU MATRIMONIO.

OTROS ASPECTOS PERSONALES, CONYUGALES Y FAMILIARES:

- EL PACIENTE FUE PRODUCTO DEL QUINTO EMBARAZO DE LA MADRE SIN APARENTES COMPLICACIONES

- REALIZO HASTA NOVENO DE BACHILLERATO

- MADRE: FALLECIDA

- PADRE: FALLECIDO

- HERMANOS: TIENE 8 (DOS FALLECIDOS), 4 HOMBRES, 4 MUJERES

- DESDE HACE CASI 47 AÑOS SOSTIENE RELACION DE CONVIVENCIA CARACTERIZADA POR FUNCIONALIDAD, RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO. DE ESTA UNION EXISTIA UNA HIJA DE 35 AÑOS DE EDAD YA FALLECIDA.

ESPECIALISTA 28554865 - PINTO ROJAS LAIDY CAROLINA

ESPECIALIDAD PSICOLOGIA

CONDICIONES SALIDA:

ESTABLE, SIN SIRS, TOLERANDO LAVIA ORAL, SIN SIRS, BEN CONTROL METABOLICO

INDICACION PACIENTE:

SALIDA CON CITA FORMULA MEDICA RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CAUSA DE MUERTE:

DIAGNOSTICOS DE INGRESO/RELACIONADOS

A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA
E039 HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
E105 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS
E106 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS
E145 DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS
F058 OTROS DELIRIOS
F341 DISTIMIA
G934 ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA
I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
I694 SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA
I891 LINFANGITIS
N189 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
Y835 AMPUTACION DE MIEMBRO(S)
Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

E105 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS

C.C. 65632766 - ANDREA CAROLINA OLAYA CELIS
R.M. 2214 - MEDICO GENERAL



NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

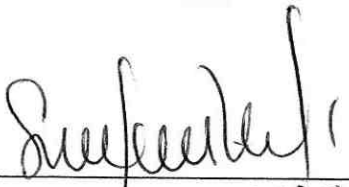
ACTA DE ENTREGA No. _____

Siendo las 1:15 P.M del día 28. del mes Mayo del año 2020, La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ _____, identificado con _____ No. _____ Con dirección.

DETALLE	CANTIDAD
SILLA DE RUEDAS	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.


Beneficiario. 28972144.



FORMULARIO DE SOLICITANTE DE SILLA DE RUEDAS 04

FREE
WHEELCHAIR
MISSION

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:

ARCEJO YDRO ALDO

Fecha de nacimiento:

17/04/1930 MES DÍA AÑO

Dirección:

CD 11666 N-22-27

Bl. D3D1D

No. de Teléfono:

265755959

Correo electrónico:

¿Está trabajando ahora?

☐ Sí ☒ No ¿Qué trabajo?

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador:

RUTH MORINO YDRO

No. de teléfono:

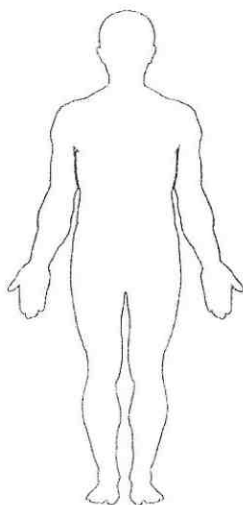
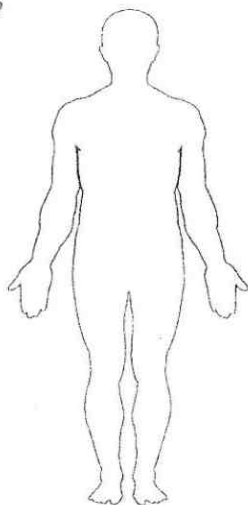
322 2412416

Correo electrónico:

LLAGAS/PIEL

¿El solicitante tiene llagas? ☐ Sí ☒ No

En caso afirmativo, ¿en dónde observa enrojecimiento o llagas?



DISCAPACIDAD

¿Por qué necesita una silla de ruedas?

ADULTO MAYOR, PERDIDA VISUAL PERDIDA DE COORDINACIÓN MOTRIZ

¿Tiene una nota del médico o un certificado del gobierno?

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido una silla de ruedas anteriormente?

☐ Sí ☒ No

¿Tiene puertas estrechas o usa el transporte público?

☐ Sí ☒ No

CONSIDERACIONES

El solicitante PUEDE:

Mantener la cabeza erguida:

☒ Sí ☐ No

Mantener el cuerpo erguido:

☒ Sí ☐ No

Utilizar los brazos:

☒ Sí ☐ No

Utilizar las piernas:

☐ Sí ☒ No

Controlar el intestino y la vejiga:

☐ Sí ☒ No

Otras notas:

PERDIDA VISUAL
PERDIDA COORDINACIÓN
COGNITIVA

El solicitante se sienta y se levanta de una silla:

☐ De forma independiente

☐ Con ayuda

☒ Con ayuda de 2 personas

Este solicitante puede necesitar:

☐ Cinturón de seguridad

☐ Arnés

☐ Cojín de alivio de presión

Técnico:

Ruth M. Yon O

Nombre del solicitante:

ELIA MEDIZIND YORZO

Fecha de hoy:

Mayo / 23 / 2020

¿Tiene el solicitante una herida abierta?

☐ Sí ☒ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, NO SE DA LA SILLA DE RUEDAS

Remita al solicitante a un médico profesional

¿El solicitante necesita apoyo para sentarse en posición vertical?

☐ Sí ☒ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, LEVANTE EL RESPALDO.

MIDA ESTAS TRES ÁREAS

Tenga cuidado de no doblar la cinta métrica

#1 ANCHO DEL ASIENTO: _____ (cm)

Esto le ayudará a elegir la caja:

¿En dónde mido?

- Longitud en la parte más ancha de las caderas o de las piernas



ANCHO DEL ASIENTO (CM)	MODELO Y TAMAÑO
38cm — 44cm ☐	GEN_1
25cm — 29cm ☐	GEN_2 S / GEN_3 S
30cm — 34cm ☐	GEN_2 M / GEN_3 M
35cm — 39cm ☒	GEN_2 L / GEN_3 L
40cm — 44cm ☐	GEN_2 XL / GEN_3 XL

#2 LONGITUD DEL ASIENTO: _____ (cm)

¿En dónde mido?

- Longitud de la espalda al dorso de la rodilla



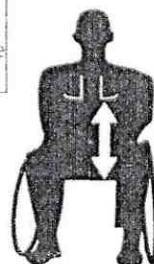
LONGITUD DEL ASIENTO (CM)	POSICIÓN
Menos de 41cm ☐	LA MÁS CORTA
41cm — 49cm ☒	INTERMEDIA
Más de 49cm ☐	LA MÁS LARGA

#3 ALTURA DEL RESPALDO: _____ (cm)

Ate el respaldo comenzando por la parte inferior y hacia arriba:

¿En dónde mido?

- Longitud desde el asiento hasta el ancho de dos dedos por debajo de su escápula



POSICIÓN	ALTURA DE LA ESPALDA
Más de 52cm ☐	La más alta: Todas las correas
48cm — 52cm ☒	Alta-Intermedia: Mueva 1 correa hacia abajo
44cm — 48cm ☐	Baja-Intermedia: Mueva 2 correas hacia abajo
Menos de 44cm ☐	La más baja: Mueva 3 correas hacia abajo

Técnico:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y APTITUD PARA EL USO

Una vez que haya terminado el ensamblado. Cheque, por favor, la silla de ruedas para asegurarse de que sea segura y esté en condiciones antes de que alguien se sienta en ella.

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**

EN TODA LA SILLA DE RUEDAS

- No hay bordes afilados
- No hay piezas dañadas o rayadas
- La silla de ruedas se desplaza en línea recta
- Las tuercas y bulones están ajustados
- Ensamblado adecuado del armazón

RUEDAS GIRATORIAS DELANTERAS

- Giran libremente
- Giran sin tocar la horquilla
- Los pernos están apretados

RUEDAS TRASERAS

- Giran libremente
- Los pernos del eje están ajustados
- Los neumáticos están inflados correctamente (al presionar con el pulgar, la rueda debe hundirse menos de 5 mm)
- Los bordes de empuje están firmes

FRENOS

- Funcionan adecuadamente

FOOTRESTS

- Reposapiés están sujetos de forma segura

CUSHION

- El cojín cubre totalmente el asiento duro

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CARTA DE CIUDADANIA

NÚMERO 2.347.258

YARA ALAPE

ARCENIO

1999

Yara Alape




PECHO DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1930
NATABAMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ M
ESTATURA D.S. AN SEXO
08-FEB-1999 NATABAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION *[Signature]*
AGENCIA NACIONAL
DE IDENTIFICACION



A-2800160-00172026-41-0002347258-20080804 0012301507A 1 0450501002

REMISION
Unidad de Salud de Ibagué

Fecha Impresión: 17/12/2018 16:42 Fecha Atención: 2018-12-17
No Historia: 2347258 Paciente: ARCENIO YARA ALAPE
Fecha de Nacimiento: 1930-05-30 Edad: 88 Años Cama: -
Administradora: LA NUEVA EPS1 Convenio: 0001
Médico: JULIAN EDUARDO VILLANUEVA MARQUEZ

Datos Complementarios del Paciente:

Fecha de Nacimiento: 30/05/1930
Sexo: Masculino
Residencia Habitual: SE HA DETERIORADO LA DEMENCIA
Residencia Actual: CLLE 66 N 22-27 (IBAGUE, TOLIMA)
Telefono del Paciente: 2737730
Persona Responsable del Paciente: ()
Telefono del Responsable:

Solicitud de Atención:

Remito de: Unidad de Salud de Ibagué

Remito a: -

Servicio al Cual se remite: GERIATRIA

Motivo de consulta: SE HA DETERIORADO LA DEMENCIA

Enfermedad actual: PACIENTE DE 85 AÑOS, TRAIDO POR FAMILIARES A CONTROL MEDICO, PRESENTA

NTECEDENTE DE DEMENCIA, RECIBE MANEJO CON FLUCXETINA Y AMITRIPTILINA, REFIERE

ETERIORO DE ESTADO FISICO Y MENTAL, CON LIMITACION PARA LA DEAMBULACION, USO DE SILLA DE RUEDAS.

NO LE ASIGNARON CITAS CON PSIQUIATRIA Y MED INTERNA DADAS EN ULTIMA CITA.

PRESENTA DOLORS ARTICULARES EN MIEMBROS INFERIORES.

Estado del paciente: OBJETIVO: EXAMEN FISICO

TA: 110/74 FC: 74 FR: 18 T: 36.7

VO C NORMOCEFALO, MUCOSAS HIDRATADAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS SIN ADENOPATIAS.

JO DERECHO CON LEUCOCORIA, CATARATA IZQUIERDA

VP RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. SIN

BREAGREGADOS

BD: BLANDO DEPRESIBLE, SIN MASAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION

ERITONEAL.

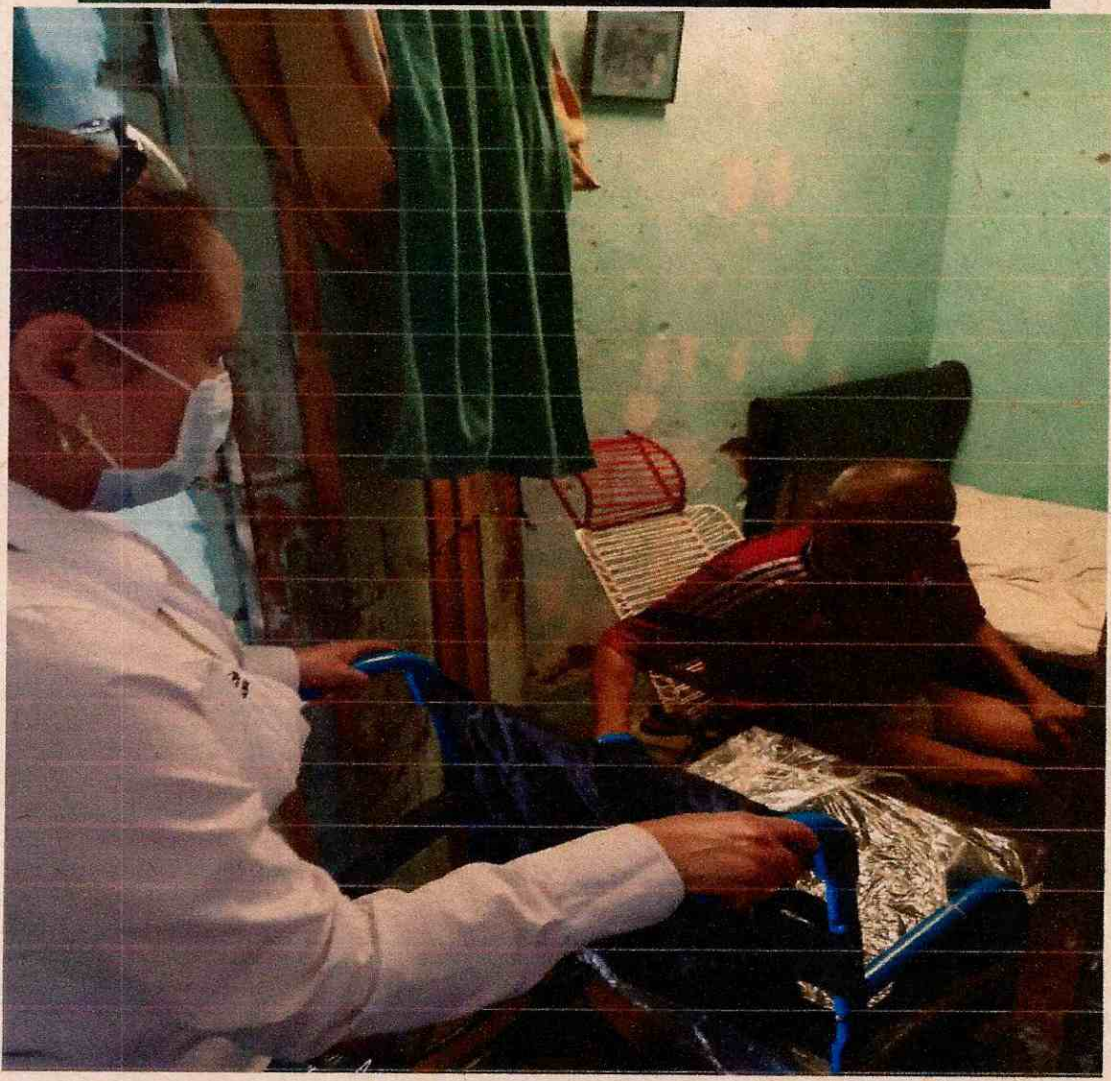
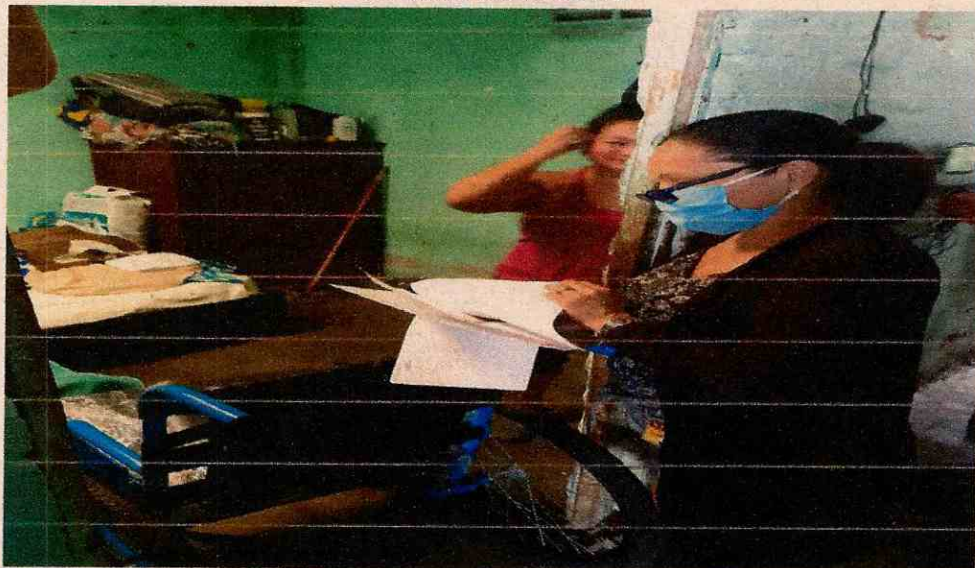
KT: LIMITACION PARA LA MARCHA, USO DE SILLA DE RUEDAS, DEFORMIDAD EN RODILLAS
SOMNOLIENTO, DISARTRICO.

Justificación remisión: SS/ CITA CON GERIATRIA

Médico que recibe: -

Dr. Julián E. Villanueva M.
Médico General U.T.
RM: 2545/13

Dr. Julián E. Villanueva M.
Médico General U.T.
RM: 2545/13



FORMULARIO DE SOLICITANTE DE SILLA DE RUEDAS

FREE
WHEELCHAIR
MISSION

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:

JEAN PIERRE VARON CRUZ

Fecha de nacimiento:

01 MAR / 23 / 2009
MES DÍA AÑO

Dirección:

AZ 16 CDSO 6
D/ VILLA DEL SOL

No. de Teléfono:

316 3857231

Correo electrónico:

¿Está trabajando ahora?

☐ Sí ☒ No ¿Qué trabajo?

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador:

JESSICA LORENA CRUZ

No. de teléfono:

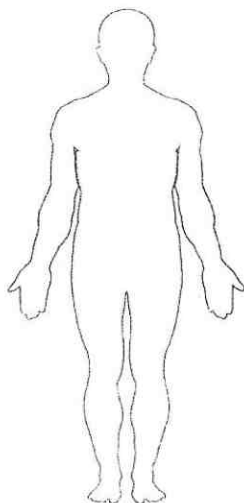
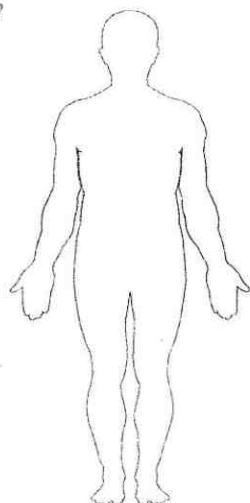
316 3857231

Correo electrónico:

LLAGAS/PIEL

¿El solicitante tiene llagas? ☐ Sí ☒ No

En caso afirmativo, ¿en dónde observa enrojecimiento o llagas?



DISCAPACIDAD

¿Por qué necesita una silla de ruedas?

KEUZO INFECCIÓN DISCAPACIDAD
MÚLTIPLE - COGNITIVA SEVERA

¿Tiene una nota del médico o un certificado del gobierno?

☒ Sí ☐ No

¿Ha tenido una silla de ruedas anteriormente?

☒ Sí ☐ No

¿Tiene puertas estrechas o usa el transporte público?

☐ Sí ☒ No

CONSIDERACIONES

El solicitante PUEDE:

Mantener la cabeza erguida:

☐ Sí ☒ No

Mantener el cuerpo erguido:

☐ Sí ☒ No

Utilizar los brazos:

☐ Sí ☒ No

Utilizar las piernas:

☐ Sí ☒ No

Controlar el intestino y la vejiga:

☐ Sí ☒ No

Otras notas:

El solicitante se sienta y se levanta de una silla:

☐ De forma independiente
☐ Con ayuda
☒ Con ayuda de 2 personas

Este solicitante puede necesitar:

☒ Cinturón de seguridad
☐ Arnés
☐ Cojín de alivio de presión

Técnico:

JESSICA LORENA CRUZ O.
1110533678

Nombre del solicitante:
YESSEN LOPEZ CRUZ.

Fecha de hoy:
23 Mayo / 2020

MIDA ESTAS TRES ÁREAS

Tenga cuidado de no doblar la cinta métrica

¿Tiene el solicitante una herida abierta?

☐ Sí ☒ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, NO SE DA LA SILLA DE RUEDAS

Remita al solicitante a un médico profesional

¿El solicitante necesita apoyo para sentarse en posición vertical?

☒ Sí ☐ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, LEVANTE EL RESPALDO.

#1 ANCHO DEL ASIENTO: _____ (cm) →
Esto le ayudará a elegir la caja:

¿En dónde mido?

- Longitud en la parte más ancha de las caderas o de las piernas



ANCHO DEL ASIENTO (CM)	MODELO Y TAMAÑO
38cm — 44cm ☐ →	GEN_1
25cm — 29cm ☐ →	GEN_2 S / GEN_3 S
30cm — 34cm ☒ →	GEN_2 M / GEN_3 M
35cm — 39cm ☐ →	GEN_2 L / GEN_3 L
40cm — 44cm ☐ →	GEN_2 XL / GEN_3 XL

#2 LONGITUD DEL ASIENTO: _____ (cm) →

¿En dónde mido?

- Longitud de la espalda al dorso de la rodilla



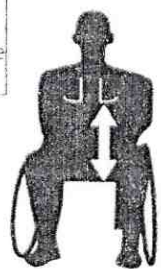
LONGITUD DEL ASIENTO (CM)	POSICIÓN
Menos de 41cm ☐ →	LA MÁS CORTA
41cm — 49cm ☒ →	INTERMEDIA
Más de 49cm ☐ →	LA MÁS LARGA

#3 ALTURA DEL RESPALDO: _____ (cm)

Ate el respaldo comenzando por la parte inferior y hacia arriba:

¿En dónde mido?

- Longitud desde el asiento hasta el ancho de dos dedos por debajo de su escápula



POSICIÓN	ALTURA DE LA ESPALDA (CM)
Más de 52cm ☐ →	La más alta: Todas las correas
48cm — 52cm ☒ →	Alta-Intermedia: Mueva 1 correa hacia abajo
44cm — 48cm ☐ →	Baja-Intermedia: Mueva 2 correas hacia abajo
Menos de 44cm ☐ →	La más baja: Mueva 3 correas hacia abajo

Técnico:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y APTITUD PARA EL USO

Una vez que haya terminado el ensamblado. Cheque, por favor, la silla de ruedas para cerciorarse de que sea segura y esté en condiciones antes de que alguien se siente en ella.

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**

EN TODA LA SILLA DE RUEDAS

No hay bordes afilados	
No hay piezas dañadas o rayadas	
La silla de ruedas se desplaza en línea recta	
Las tuercas y bulones están ajustados	
Ensamblado adecuado del armazón	

RUEDAS GIRATORIAS DELANTERAS

Giran libremente	
Giran sin tocar la horquilla	
Los pernos están apretados	

RUEDAS TRASERAS

Giran libremente	
Los pernos del eje están ajustados	
Los neumáticos están inflados correctamente (al presionar con el pulgar, la rueda debe hundirse menos de 5 mm)	
Los bordes de empuje están firmes	

FRENOS

Funcionan adecuadamente	
-------------------------	--

FOOTRESTS

Reposapiés están sujetos de forma segura	
--	--

CUSHION

El cojín cubre totalmente el asiento duro	
---	--



17216 CAS 6 VIND 9507 9121

STILL DE BUENOS

1463848 JEAN PIERRE ANDRES VARON CRUZ

Usuario: LUISA SANCHEZ

Fecha Impresión: 22/01/2018 11:04 Pagina: 1

INDICACIONES DE MANEJO
FUNDACIÓN COOPERACIÓN IPS

Tel. 904446223

Dir. CRA 14 B 180440 - Tel. 7454030

de Calidad:

Historia: 22/01/2018 04:55:15p.m.

Fecha: ARMENIA, QUINDIO 22/01/2018 04:55:15p.m.

Id y Nombre del Paciente: RG 1197463848 JEAN PIERRE ANDRES VARON CRUZ

Emisora: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR Convenio: 101NEUROIBAGUE

Orden N°: 21.011

Orden N°: 21.011

Res: SE CERTIFICA

Tipo de Usuario: CONSULTIVO

PACIENTE COMO CONSECUENCIA DE UNA NEUROINFECCION PRESENTA DISCAPACIDAD MULTIPLE AGRAVADA - DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA- DEPENDE DE CUIDADOR PARA ACTIVIDADES BASICAS DE AUTOCUIDADO A. CON HEMIPARESIA ESPASTICA SIN PATRON DE MARCHA INDEPENDIENTE
TAL: CON PERDIDA FUNCIONAL DE VISION MONOCULAR

CAPACIDAD ES PERMANENTE E IRREVERSIBLE* HACIENDO AL NIÑO DEPENDIENTE TOTALMENTE DE SUS CUIDADORES

thala Pardo C.

DALIA ANDREA PARDO CARDOZO

0375

NEUROLOGIA PEDIATRICA

1463848 JEAN PIERRE ANDRES VARON CRUZ

Usuario: LUISA BLAZER
INDICACIONES DE MANEJO
FUNDACION CONEXION IPS

Fecha Impresión: 22/01/2018 17:04 Pagina: 1

Tel: 900456223

Dir. GRA 14 8 10H-40 - Tel. 7454030

de Calidad:

storia: 22/01/2018 04:55:15p.m.

Fecha: ARMENIA, QUINDIO 22/01/2018 04:55:15p.m.

ito y Nombre del Paciente: RG 1197463848 JEAN PIERRE ANDRES VARON CRUZ

radadora: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Convenio: 101NEUROIBAGUE

Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO

ria: 1197463848

Orden N°: 21,011

nes: SE CERTIFICA

PACIENTE CONMO CONSECUENCIA DE UNA NEUROINFECCION PRESENTA DISCAPACIDAD MULTIPLE ASH
IVA - DISCAPACIDAD COGNITIVA SEVERA - DEPENDE DE CUIDADOR PARA ACTIVIDADES BASICAS DE AUTOCUIDADO
A. CON HEMIPARESIA ESPASTICA SIN PATRON DE MARCHA INDEPENDIENTE
UAL CON PERDIDA FUNCIONAL DE VISION MONOCULAR

CAPACIDAD ES PERMANENTE E IRREVERSIBLE* HACIENDO AL NIÑO DEPENDIENTE TOTALMENTE DE SUS CUIDADORES

Thalia Pardo C.

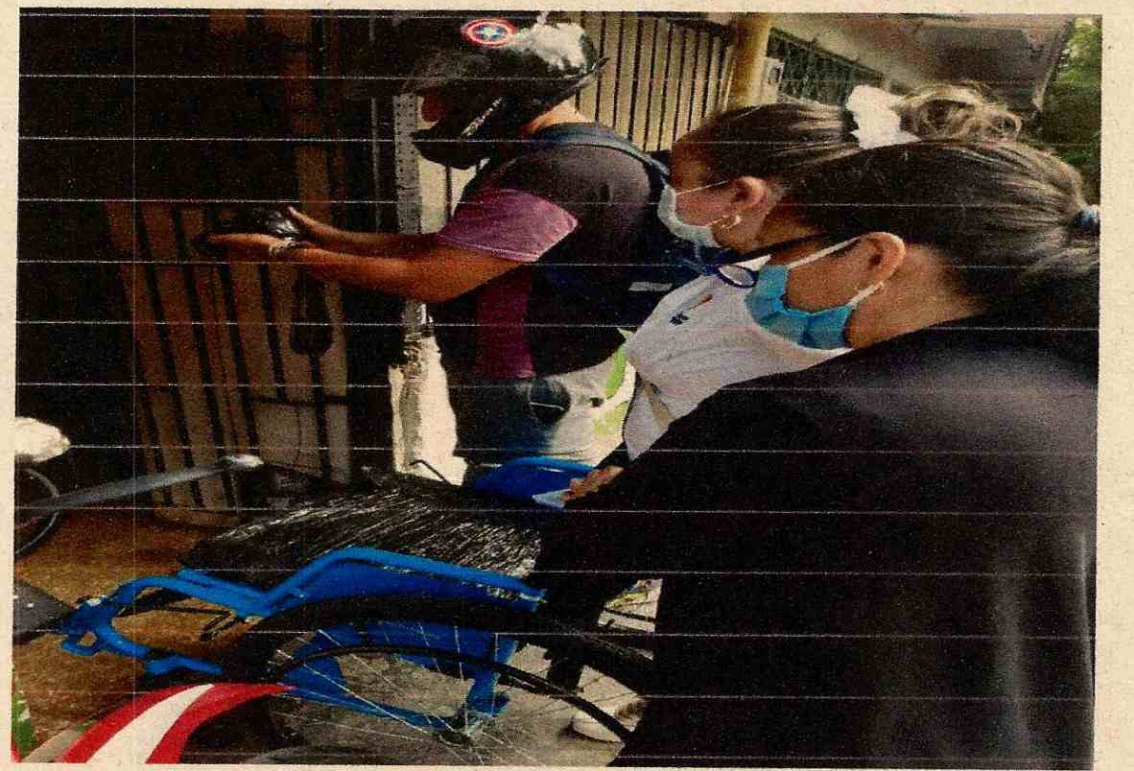
Thalia ANDREA PARDO CARDOZO

0375

d. NEUROLOGIA PEDIATRICA







FORMULARIO DE SOLICITANTE DE SILLA DE RUEDAS 06

FREE
WHEELCHAIR
MISSION

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:

MAZDA JMS BUITRAGO.

Fecha de nacimiento:

FEBRERO / 16 / 1947
DIA AÑO

Dirección:

VDD CHAPCTON VAREDO
El Centro.

No. de Teléfono:

3164183865

Correo electrónico:

L.AMBV

¿Está trabajando ahora?

☐ Sí ☒ No ¿Qué trabajo?

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador:

Luz ANGEL MORELES

No. de teléfono:

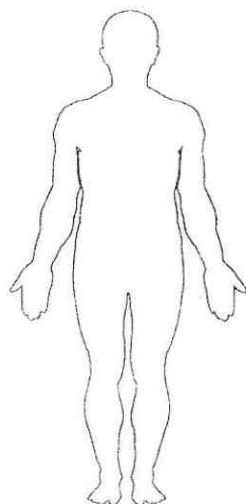
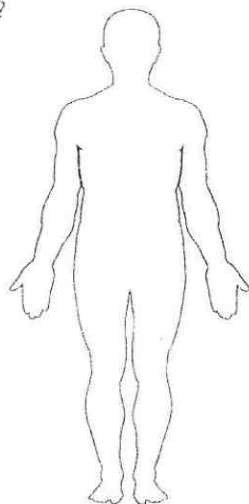
3164183865

Correo electrónico:

LLAGAS/PIEL

¿El solicitante tiene llagas? ☐ Sí ☒ No

En caso afirmativo, ¿en dónde observa enrojecimiento o llagas?



DISCAPACIDAD

¿Por qué necesita una silla de ruedas?

DEFICITUDES NEUROLÓGICAS
NO ESPECIFICADAS.

¿Tiene una nota del médico o un certificado del gobierno?

☒ Sí ☐ No

¿Ha tenido una silla de ruedas anteriormente?

☐ Sí ☒ No

¿Tiene puertas estrechas o usa el transporte público?

☐ Sí ☒ No

CONSIDERACIONES

El solicitante PUEDE:

Mantener la cabeza erguida:

☒ Sí ☐ No

Mantener el cuerpo erguido:

☐ Sí ☒ No

Utilizar los brazos:

☒ Sí ☐ No

Utilizar las piernas:

☐ Sí ☒ No

Controlar el intestino y la vejiga:

☐ Sí ☒ No

Otras notas:

El solicitante se sienta y se levanta de una silla:

☐ De forma independiente
☒ Con ayuda
☐ Con ayuda de 2 personas

Este solicitante puede necesitar:

☐ Cinturón de seguridad
☐ Arnés
☒ Cojín de alivio de presión

Técnico:

Luz Angela Moreles V.

Nombre del solicitante: LEONARDO HERNANDEZ

Fecha de hoy: Mayo 123 / 2020

MIDA ESTAS TRES ÁREAS

Tenga cuidado de no doblar la cinta métrica

¿Tiene el solicitante una herida abierta?

☐ Sí ☒ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, NO SE DA LA SILLA DE RUEDAS

Remita al solicitante a un médico profesional

¿El solicitante necesita apoyo para sentarse en posición vertical?

☒ Sí ☐ No

*** EN CASO AFIRMATIVO, LEVANTE EL RESPALDO.

#1 ANCHO DEL ASIENTO: _____ (cm) →
Esto le ayudará a elegir la caja:

¿En dónde mido?

- Longitud en la parte más ancha de las caderas o de las piernas

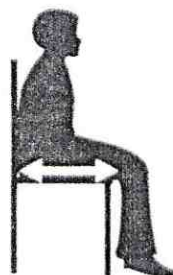


ANCHO DEL ASIENTO (CM)	MODELO Y TAMAÑO
38cm — 44cm ☐ →	GEN_1
25cm — 29cm ☐ →	GEN_2 S / GEN_3 S
30cm — 34cm ☐ →	GEN_2 M / GEN_3 M
35cm — 39cm ☐ →	GEN_2 L / GEN_3 L
40cm — 44cm ☒ →	GEN_2 XL / GEN_3 XL

#2 LONGITUD DEL ASIENTO: _____ (cm) →

¿En dónde mido?

- Longitud de la espalda al dorso de la rodilla



LONGITUD DEL ASIENTO (CM)	POSICIÓN
Menos de 41cm ☐ →	LA MÁS CORTA
41cm — 49cm ☐ →	INTERMEDIA
Más de 49cm ☒ →	LA MÁS LARGA

#3 ALTURA DEL RESPALDO: _____ (cm)

Ate el respaldo comenzando por la parte inferior y hacia arriba:

¿En dónde mido?

- Longitud desde el asiento hasta el ancho de dos dedos por debajo de su escápula



POSICIÓN	ALTURA DE LA ESPALDA (CM)
Más de 52cm ☒ →	La más alta: Todas las correas
48cm — 52cm ☐ →	Alta-Intermedia: Mueva 1 correa hacia abajo
44cm — 48cm ☐ →	Baja-Intermedia: Mueva 2 correas hacia abajo
Menos de 44cm ☐ →	La más baja: Mueva 3 correas hacia abajo

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD Y APTITUD PARA EL USO

Una vez que haya terminado el ensamblado. Cheque, por favor, la silla de ruedas para cerciorarse de que sea segura y esté en condiciones antes de que alguien se siente en ella.

**FREE
WHEELCHAIR
MISSION**

EN TODA LA SILLA DE RUEDAS

- No hay bordes afilados
- No hay piezas dañadas o rayadas
- La silla de ruedas se desplaza en línea recta
- Las tuercas y bulones están ajustados
- Ensamblado adecuado del armazón

RUEDAS GIRATORIAS DELANTERAS

- Giran libremente
- Giran sin tocar la horquilla
- Los pernos están apretados

RUEDAS TRASERAS

- Giran libremente
- Los pernos del eje están ajustados
- Los neumáticos están inflados correctamente (al presionar con el pulgar, la rueda debe hundirse menos de 5 mm)
- Los bordes de empuje están firmes

FRENOS

- Funcionan adecuadamente

FOOTRESTS

- Reposapiés están sujetos de forma segura

CUSHION

- El cojín cubre totalmente el asiento duro

Técnico:



CLINICA IBAGUE S.A

Nit: 800.036.400-0

2020-05-11 13:39:35

Dirección: Cra 5a No. 12-15 -Telefonos: 2619773

EVOLUCIÓN**DATOS DEL PACIENTE**

PACIENTE: MARIA INES VILLAMIL BUITRAGO

IDENTIFICACION: 28948366 CC

EDAD: 73A 2M 25

SEXO: F

ATENCIÓN No. 1157

ENTIDAD: MEDIMAS SUBSIDIADO

DIAGNOSTICO PPAL: S099-TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1: S018-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2: E039-HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3: N185-ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ETAPA 5

SUBJETIVO: PACIENTE REFIRE SENTIRSE BIEN

OBJETIVO: TA 135/80 FC 86 FR 20 T 36.5 SAT 96% CON FIO2 AL 21% HERIDA EN REGION FRONTAL CUBIERTA SIN ESTIGMAS DE SANGRADO CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS

CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS

ABD: BLANDO DPREPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EXT: SIN EDEMAS

SNC: ALERTA GLASGOW 15/15 FUERZA CONSERVADA EN SUS 4 EXTREMIDADES

REPORTE DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

ANALISIS: PACIENTE CON MULTIPLES COMORBILIDADES DE BASE QUIEN PRESENTA TRAUMA CRANEO ENCEFALICO MODERADO POSTERIOR A CA DE SU ALTURA , A QUIEN LE REALIZAN SUTURA DE HERIDA EN REGION FRONTAL, EN MOMENTO SIN ESTIGMAS DE SANGRADO NO INFECCION LOCAL, CON TAC DE CRANEO NORMAL NO SE EVIDENCIA HEMATOMAS, SIN LECTURA OFICIAL POR RADIOLOGIA. PACIENTE ALERTA ORINTADA CO GLASGOW DE 15/15 SIN DETERIORO NEUROLOGICO, NO CONVUSIONES NI EMESIS, CON MAS DE 24 HORAS DE VIGILANCIA NEUROLOGICA, SE CONSIDERA DAR MANEJO AMBULATORIO, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, LOS CUALES ELLA Y SU FAMILIAR DICEN ENTENDER

PLAN DE TRATAMIENTO: AMBULATORIO**COMPLICACIONES:** NINGUNA**CONDICIÓN AL SALIR :** HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DETERIORO NEUROLOGICO GLASGOW 15/15**RECOMENDACIONES:****RESULTADOS DE EXÁMENES:**

MANUELA DEL PILAR CASTILLO

MEDICINA GENERAL

1032369421



CLINICA IBAGUE S.A

CLINICA IBAGUE SA

EPICRISIS

PACIENTE

MARIAS INES VILLAMIL BUITRAGO

IDENTIFICACION

CC - 28948366

EDAD

73A - 2M - 20D

SEXO

F

FECHA INGRESO:

FECHA EGRESO:

DIAGNOSTICO DE INGRESO

DIAGNOSTICO DE EGRESO

I460 - PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA

ANAMNESIS

EXAMEN FÍSICO

P_SIS	P_DIS	P_MED	FC	FR	TEMP	PESO	TALLA	IMC	SPO2	GLASGOW
115	64	81.00	92	14	369	78	170	26.99	97	

APARIENCIA GENERAL:

CABEZA Y CUELLO:

CARDIO PULMONAR Y TÓRAX:

ABDOMEN:

EXTREMIDADES

GENITOURINARIO:

NEUROLOGICO-MENTAL:

EVOLUCIÓN:

FECHA: 2020-05-01 15:03:54 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

FECHA: 2020-05-02 01:31:45 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

FECHA: 2020-05-02 15:52:32 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

FECHA: 2020-05-02 21:41:43 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

FECHA: 2020-05-03 12:46:20 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

FECHA: 2020-05-03 22:12:14 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

FECHA: 2020-05-04 10:38:46 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

FECHA: 2020-05-04 20:17:44 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

PACIENTE FEMENINA DE 73 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICOS REFERIDOS, PRONOSTICO RESERVADO. PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOPRESOR, CON EVOLUCION FAVORABLE ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR, CON ESTADO NEUROLOGICO BASAL, NIEGA DOLOR, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA CON ADECUADA MECANICA VENTILATORIA Y ADECUADOS INDICES DE OXIGENACION, AFEBRIL. MODULACION SIGNOS DE SIRS, DIURESIS RESIDUAL CONSERVADA, TOLERANDO HEMODIALISIS INTERDIARIA, TOLERANDO NUTRICION ENTERAL, ADECUADA MODULACION METABOLICA. PARA CLINICOS DESCRITOS SE CONSIDERA CONTINUAR MEDIDAS NEFRO Y CARDIOPROTECTORAS. ANALGESICOS, GASTROPROTECCION, ANTIAGREGACION DUAL, ANTICOAGULACION PLENAL. ANTIBIOTICOTERAPIA CON CEFALOSPORINA DE PRIMERA GENERACION, PACIENTE QUIEN SE LE HA PROGRAMADO CORONARIOGRAFIA, PARA EL DIA DE HOY EN CLINICA AVIDANTI SE ENVIARA EN AMBULANCIA MEDICALIZADA, CONTINUA MANEJO EN CUIDADOS INTERMEDIOS

FECHA: 2020-05-05 08:45:41 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

FECHA: 2020-05-05 15:19:33 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

PACIENTE FEMENINA DE 73 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICOS REFERIDOS, PRONOSTICO RESERVADO. PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOPRESOR, CON EVOLUCION FAVORABLE ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR, CON ESTADO NEUROLOGICO BASAL, NIEGA DOLOR, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA CON ADECUADA MECANICA VENTILATORIA Y ADECUADOS INDICES DE OXIGENACION, AFEBRIL, MODULACION SIGNOS DE SIRS, DIURESIS RESIDUAL CONSERVADA, TOLERANDO HEMODIALISIS INTERDIARIA, TOLERANDO NUTRICION ENTERAL, ADECUADA MODULACION METABOLICA. PARA CLINICOS DESCRITOS SE CONSIDERA CONTINUAR MEDIDAS NEFRO Y CARDIOPROTECTORAS. ANALGESICOS, GASTROPROTECCION, ANTIAGREGACION DUAL, ANTICOAGULACION PLENAL. ANTIBIOTICOTERAPIA CON CEFALOSPORINA DE PRIMERA GENERACION, PACIENTE EL DIA DE HOY SE LE REALIZO CATETERISMO CARDIACO DEL 05/05/2020 CON REPORTE DE CONCLUSIONES: ARTERIAS CORONARIAS EPICARDICAS SIN EVIDENCIA DE LESIONES ANGIOGRAFICAS SIGNIFICATIVAS. DOMINANCIA DERECHA. CONTINUA CUIDADOS POSTCATETERISMO POR 24 HORAS CON RIESGO DE DESCOMPENSACION HEMODINAMICA. CONTINUA MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

FECHA: 2020-05-05 22:38:04 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

FECHA: 2020-05-06 12:57:35 PROFESIONAL: MAURICIO BERNAL TOVAR -
RM: 2755

COMPLICACIONES:
NINGUNA

CONDICIÓN AL SALIR

BUEN ESTADO GENERAL, CON PLAN DE HEMODIALISIS INDICADA POR SERVICIO DE NEFROLOGIA

RECOMENDACIONES:

CONTINUAR MANEJO MEDICO INDICADO, CONTINUAR HEMODIALISIS SEGUN ORDEN DE NEFROLOGIA

RESULTADO DE EXAMENES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.948.366

VILLAMIL BUITRAGO

APELLIDOS

MARIA INES

NOMBRES

Maria Ines Villamil Buitrago

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-1947

IBAGUE

(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

10-JUL-1991 CAJAMARCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2900100-00109101-F-0028948366-20081023

0004724288A 1

6380012425







10:59 a. m.

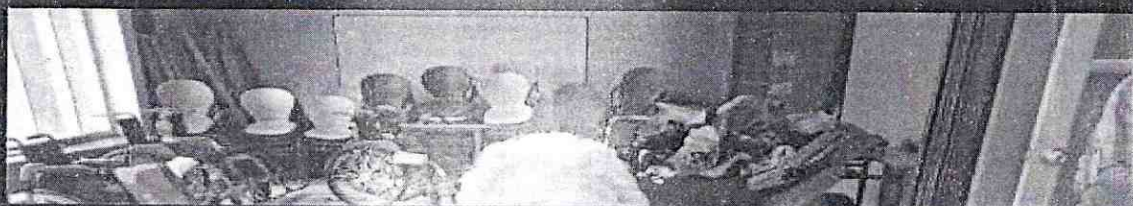
4G



SANAMOS VIDAS



fundacioncirec



Responder

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:
ORINDO CORDERO.

Fecha de nacimiento:
NOV / 03 / 1951
MES DIA AÑO

Dirección:
17 F CSD 12
LA FLORESTA

No. de Teléfono:
3108871628.

Correo electrónico:

¿Está trabajando ahora?
☐ Sí ☒ No ¿Qué trabajo?

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador:
FABIAN ACOTTA

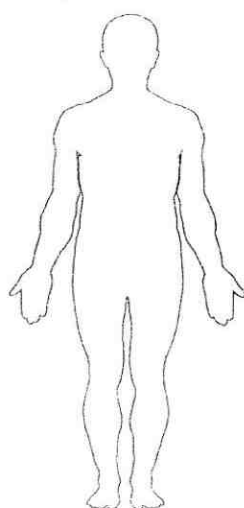
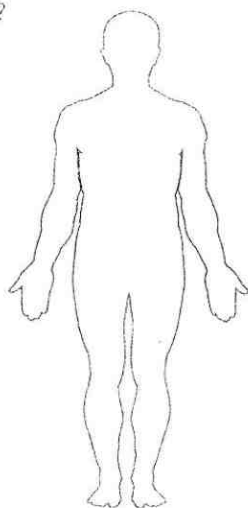
No. de teléfono:
3108871628.

Correo electrónico:

LLAGAS/PIEL

¿El solicitante tiene llagas? ☐ Sí ☒ No

En caso afirmativo, ¿en dónde observa enrojecimiento o llagas?



Técnico:

DISCAPACIDAD

¿Por qué necesita una silla de ruedas?

AUXILIO DE BAÑO.

¿Tiene una nota del médico o un certificado del gobierno?

☒ Sí ☐ No

¿Ha tenido una silla de ruedas anteriormente?

☐ Sí ☒ No

¿Tiene puertas estrechas o usa el transporte público?

☒ Sí ☐ No

CONSIDERACIONES

El solicitante PUEDE:

Mantener la cabeza erguida:

☒ Sí ☐ No

Mantener el cuerpo erguido:

☒ Sí ☐ No

Utilizar los brazos:

☒ Sí ☐ No

Utilizar las piernas:

☐ Sí ☒ No

Controlar el intestino y la vejiga:

☐ Sí ☒ No

Otras notas:

El solicitante se sienta y se levanta de una silla:

☐ De forma independiente

☒ Con ayuda

☐ Con ayuda de 2 personas

Este solicitante puede necesitar:

☐ Cinturón de seguridad

☐ Arnés

☐ Cojín de alivio de presión

Fabian Acotta
CC 20604620

SOLICITANTE DE SILLA DE RUEDAS

AL

DIA	ANO
570	

DISCAPACIDAD

¿Por qué necesita una silla de ruedas?

¿Tiene una nota del médico o un
☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido una silla de ruedas antes?
☐ Sí ☐ No

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

12.103.893

RIVERA LOZANO

ELUDES

ORLANDO

OMBRES



[Handwritten signature]

Mantener el cuerpo erguido:

☐ Sí ☐ No



NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS. 14

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 02

Siendo las 1:30 P.M del día 02 del mes JUNIO del año 2020 La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ OLGA RAMIREZ CESPEDR-3 identificado con C1 No. 28911863 Con dirección. CDILES NO-93
BRJSD DE LWSE

DETALLE	CANTIDAD
SILLA DE RUEDAS	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

NURY Ospina Ramirez
Beneficiario. 28915231 RIVIC. / POWERO TOLIMATO
3165306826.

HISTORIA CLINICA NUMERO

28911863

Dr. JAIRO NOVOA CASTRO

MEDICO PSIQUIATRA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Calle 32 # 4C-40. Tels. (8) 515 4951 - Cel. 317 65

Ibagué - Tolima

PACIENTE: RAMIREZ CESPEDES OLGA

DOC.IDENT: CC 28911863 SEXO: FEMENINO
FCHA.NACTO: 1940.05.05 EDAD: 80 A
EST.CIVIL: CASADO RH: B+
DIRECCION: CII 1 # 0-93
CIUDAD: Rovira TEL: 3138106805

> MOTIVO DE CONSULTA :

*** !< NUEVO EVENTO 2020.06.04-16:42:57, (JAIRO NOVOA CASTRO) >! ***

"Ansiedad, no duerme, no come"

> ENFERMEDAD ACTUAL :

*** !< NUEVO EVENTO 2020.06.04-16:42:57, (JAIRO NOVOA CASTRO) >! ***

Informante su hija Ana Ospina, quien manifiesta que el cuadro clínico de la paciente comenzó hace cerca de tres meses con ansiedad, insomnio, para lo cual el Dr Gómez le formuló 1.5 mg de Bromazepam el 27 de mayo, con lo que logra dormir, pero en los momentos en los que está despierta de día se muestra ansiosa, con ideas de minsuvalía, culpa "di que mi papá se va a enfermar de verme así", hiporexia. Le han realizado todos los exámenes paraclínicos incluyendo TAC cerebral siendo todo normal. Primer episodio.

> ANTECEDENTES :

*** !< NUEVO EVENTO 2020.06.04-16:42:57, (JAIRO NOVOA CASTRO) >! ***

AP. Colon irritable

AF. Sobrino se suicido por depresión.

> EXAMEN MENTAL :

*** !< NUEVO EVENTO 2020.06.04-16:42:57, (JAIRO NOVOA CASTRO) >! ***

Consciente, orientada en tres esferas, euproyéxica, sin alteración en la memoria, afecto depresivo ansioso, penamsiento con ideas de minsuvalía, culpa, S/P alucinosis visuales antropomórficas, introspección positiva, juicio conservado.

> EXAMENES-LABORATORIO :

> DIAGNOSTICO :

*** !< NUEVO EVENTO 2020.06.04-16:42:57, (JAIRO NOVOA CASTRO) >! ***

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON S-NTOMAS PSICOTICOS F323

JAIRO NOVOA C.
MD. PSIQUIATRA
RMD 2053/91

Dr. JAIRO NOVOA CASTRO
Registro Médico: 2053/91

HISTORIA CLINICA NUMERO
28911863

Dr. JAIRO NOVOA CASTRO

MEDICO PSIQUIATRA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Calle 32 # 4C-40 . Tels. (8) 515 4951 - Cel. 317 659

Ibagué - Tolima

PACIENTE: RAMIREZ CESPEDES OLGA

DOC.IDENT: CC 28911863

SEXO: FEMENINO

FCHA.NACTO: 1940.05.05

EDAD: 80 A

EST.CIVIL: CASADO

RH: B+

DIRECCION: CII 1 # 0-93

CIUDAD: Rovira

TEL: 3138106805

> TRATAMIENTO

*** !< NUEVO EVENTO 2020.06.04-16:42:57, (JAIRO NOVOA CASTRO) >! ***

PRISTIQ (DESVENLAFAXINA) Cápsulas x 50 mg # 28

Tomar una tableta al día con el desayuno.

RIVOTRIL (CLONAZEPAM) Gotas 2.5 mg / ml frasco # uno.

Tomar dos gotas al despertar y cuatro gotas al acostarse.

Cita en un mes.

---><<2020.06.25-16:40:45>>, (JAIRO NOVOA CASTRO)

PRISTIQ (DESVENLAFAXINA) Cápsulas x 100 mg # 28

Tomar una tableta al día con el desayuno.

RIVOTRIL (CLONAZEPAM) Gotas 2.5 mg / ml frasco # uno.

Tomar cinco gotas al despertar, cinco en la tarde y diez gotas al acostarse.

TRAZODONA MK Tabletas x 50 mg # 30

Tomar una tableta en la noche.

Cita en un mes.

> EVOLUCION

*** !< NUEVO EVENTO 2020.06.25-16:40:45, (JAIRO NOVOA CASTRO) >! ***

Asiste acompañada por su hija, quien refiere, que la paciente continúa marcadamente deprimida, ansiosa, con insomnio de reconciliación. Presenta llanto permanente como síntoma de la tristeza.

Plan . Se le aumenta la dosis de Pristiq a 100 mg, Rivotril (5-5-10) y se continúa Trazodona sugerida por medicina general de Rovira.

> APRECIACIONES

JAIRO NOVOA C.
MD. PSIQUIATRA
RMD 2053/91

Dr. JAIRO NOVOA CASTRO

Registro Médico: 2053/91



HOSPITAL SAN VICENTE DE ROVIRA
NIT. 809005719-4
Calle 4 Cra. 7 Esquina (Tel:2880077)

Remisiones
202006240152 - 1
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Día: 24 Mes: 06 Año: 2020			No. Historia Clínica: CC28911863	
Paciente (Datos Basicos)				
Nombres y Apellidos		OLGA RAMIREZ CESPEDES		
Documento de Identidad:	CC 28911863	Genero:	Femenino	EIad:
Dirección: CARRERA 1 N 0-93		05/03/1939 - 81 Año(s)		
Municipio: ROVIRA	Departamento: Tolima		Telefono:	3202136367
Responsable del Usuario:		Zona: Urbana		
LORENA DEL PILAR CONTRERAS				
Aseguradora:	MEDIMAS EPS	Regimen:	Subsidiado	
Datos de las Referencias				
Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Servicio que Remite	Especialidad	
24/06/2020	24/06/2020	CONSULTA	MEDICINA GENERAL	
Modalidad de Solicitud		Servicio al que se remite	Especialidad	
Remision		MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA	

Procedente

Remisión		Medico que Remite: JOSE ANTONIO CABRERA	
Motivo: Nivel de competencia			
Autorización: XXX			
Descripción PACIENTE CON PATOLOGIA DE BASE TIPO DEMNENCIA + SX DEPRESIVO EN MANEJO POR PSIQUIATRIA FAMILIARES REFIEREN AUMENTO DE SINTOMAS QUE HA LLEGADO HASTA LA PERDIDA DE CAPACIDADES FUNCIONALES POR LO QUE DECIDE TRAERLA AL SERVICIO Antecedentes (Profesional: JOSE ANTONIO CABRERA.(MEDICINA .)) Personales: Si OCUPACION AMA DE CASA Patológicos: Si CA DE PIEL SEGUN REFIERE PACIENTE.???? Quirúrgicos: Si VARICOSAFENECTOMIA EN EL 2003 TóxicoAlérgicos: Si NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS Rev.Sistemas y Ex.Físico Fecha: 2020-06-24 Hora: 16:42:51 Profesional: JOSE ANTONIO CABRERA.(MEDICINA .) Signos Vitales Peso: 60.00 Kilos Talla: 155 Cm Masa Corporal: 24.97 Kg/Mtr Frecuencia Cardiaca: 85 Min Frecuencia Respiratoria: 20 Min Temperatura: 37.00 °C Presion Arterial: 120 /60 Saturación: 98.00 % Exámen Físico Estado General: CONCIENTE ALERTA AFEBRIL, NO CONTESTA EL INTERROGATORIO , ACTUALMENTE EN SILLA DE RUEDAS Cabeza: Normal NORMOCEFALO Ojos: Normal CONJUNTIVA NORMOCROMICA Oídos: Normal OTOSCOPIA BILATERAL Nariz: Normal SIMETRICAS FOSAS PERMEABLES Boca: Normal MUCOSA ORAL HUMEDA Cuello: Normal MOVIL SIN GANGLIOS Torax: Normal CARDIOPULMONAR NORMAL Abdomen: Normal BLANDO , NO MASAS NO MEGALIAS G/U: No se Explora POR PETICION DE LA FAMIAR // PACIENTE CON PAÑAL DESECHABLE Ano: Normal POR PETICION DE LA FAMIAR // PACIENTE CON PAÑAL DESECHABLE Extremidades: Normal HIPOTROFIA MUSCULAR Neurológico: Normal PACIERNTE DE TERCERA EDAD NO CONTESRTA INTERROGATORIO , ACTUALMENTE CON SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE ENFERMEDDA DE ALZHEIMER Revisión por sistema: Normal Sistemático Respiratorio: No TBC Multidrogoresistente: No Sintomático de Piel: No Lepra: No Sintomático Nervioso Periférico: No Perimetro Abdominal: (70) Normal Laboratorios y Diagnosticos Análisis: Tipo de Diagnostico: Confirmado Nuevo Diag. Principal: (G301) ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMIENZO TARDIO Diag. Relacionado1: (F412) TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION Diag. Relacionado2: (R32X) INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA Diag. Relacionado3: Diag. Relacionado4: Notas Medicas Fecha 24/06/2020 Hora 16:44:58 Profesional JOSE ANTONIO CABRERA Especialidad MEDICINA GENERAL Nota PACIENTE CON PATOLOGIA DE BASE TIPO DEMNENCIA + SX DEPRESIVO EN MANEJO POR PSIQUIATRIA FAMILIARES REFIEREN AUMENTO DE SINTOMAS QUE HA LLEGADO HASTA LA PERDIDA DE CAPACIDADES FUNCIONALES POR LO QUE DECIDE TRAERLA AL SERVICIO; AL REALIZAR VALORACION SE EVIDENCIAN SX DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMIENZO TARDIO, EN EL MOMENTO CON REQUERIMIENTO DE SERRVIVIOS ADICIONALES A PLAN DE BENEFICIO , COMO CUIDADOR(AUXILIAR DE ENFERMERIA) INSUMOS PARA MERJORAR CALIAD DE VIDA COMO PAÑALE CREMAS ,PAÑOS HUMEDOS, ETC , SE DERIVA A MEDICINA INTERNA DENTRO DE LA RED DE ATENCION DE LA EPS PARA LA VALORACION RESPECTIVA Y PERTINENCIA POR ESPECIALISTA DE LOS REQUERIMIENTOS		Firma y Sello <i>José Antonio Cabrera R.</i> MEDICO CIRUJANO C.C. 3716057 R.M. 08/069/95	
Cedula:		3716057	
Registro Prof:		0806995	
DX Principal :		Código CIE: G301	
Relacionado 1:		Código CIE: F412	
Relacionado 2:		Código CIE: R32X	
Nivel de Competencia			
Nivel que Remite: 1		Nivel al que Remite: 2	
Hora Solicitud			
Hora: 16		Minutos: 51	

Hora Confirmación

Hora: 16

Minutos: 51

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión): XXXX

Hora de llegada del Paciente a la Institución Receptora (Registrada por el conductor)

Hora:

Minutos:

Nombre del Conductor:

No. Placa Ambulancia:

Impreso por:



DR. JOSE ANTONIO
CABRERA QUINTERO
MEDICO GENERAL
C. U. LUIS DE BETHUNHUA
DR. JOSE ANTONIO CABRERA QUINTERO

JOSE ANTONIO CABRERA
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 0806995

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.911.863
RAMIREZ CESPEDES

APellidos

OLGA

NOMBRES



Olga Ramirez
HERA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1939

ROVIRA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

B+

G.S. RM

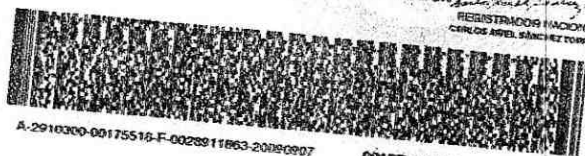
F

SEXO

23-FEB-1963 ROVIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

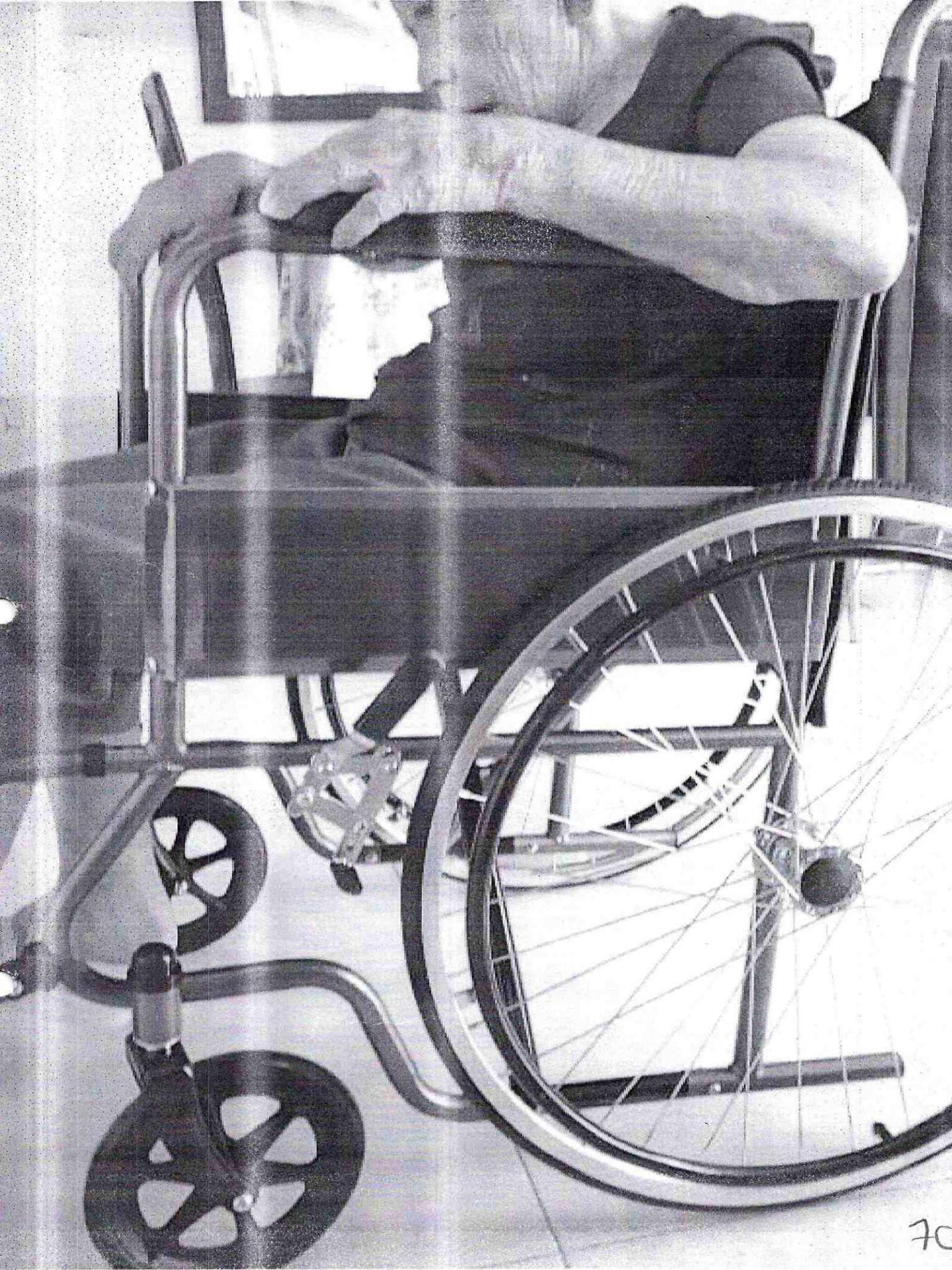
Carlos Amel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



A-2910300-00175516-F-0028911863-20090907

0015751829A 1

28404327







NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. _____

Siendo las 3.30 P.M del día 8 JUNIO del mes JUNIO del año 2020, La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla

de Ruedas a La SR@ JUSS HEIT PARADO PARADO

identificado con CI No. 13225643 Con dirección. CDIZOEN J SUIC

N-20-48 ARADO

DETALLE	CANTIDAD
SILLA DE RUEDAS	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

Paula Góngora Saavedra
Beneficiario. 65 761 401

"EL TOLIMA NOS UNE"

HISTORIA CLINICA
EVOLUCION ADICIONALFOLIO N.
668

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LUIS HELI PARADA PARADA

Documento / Historia: Cédula Ciudadanía

13225

Edad: 75 Años \ 6 Meses \ 26 Días

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Fecha Nacimiento: 04/10/1944

Dirección: CARRERA 1 SUR #20-48 BRR ARADO PART

Teléfono: 3184081775 3138206265

Procedencia: IBAGUE

Ingreso: 344341

Fecha Ingreso: 14/04/2020 1:38:15 a.m.

DATOS DE AFILIACION

Entidad: COMPARTA SALUD EPS S LTDA

Régimen: Subsidiado

Estrato: RANGO (A) / ESTRATO 1

Nombre Acudiente: SIN ACOMPAÑANTE SIN ACOMPAÑANTE

Teléfono: SIN ACOMPAÑANTE Parentesco: SIN ACOMPAÑANTE

Nombre Acompañante: SIN ACOMPAÑANTE SIN ACOMPAÑANTE

Teléfono: SIN ACOMPAÑANTE

Fecha de grabación de folio: 30/04/2020 2:22:16 p.m.

Área de Servicios: I18 - CIRUGIA GENERAL - HOSPITALIZACIÓN

CLASIFICACION UCI:

No Aplica

EVOLUCIÓN ADICIONAL:

EVOLUCION CIRUGIA VASCULAR

DIAGNÓSTICOS DE:

1. POP AMPUTACION SUPRACONDILEA MIEMBRO INFERIOR DERECHO (27/04/20)
2. POP LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS PROFUNDOS EN TALÓN DERECHO.
- 2.1 ÚLCERA SOBREENFECTADA EN TALÓN DERECHO.
3. ÚLCERA POR PRESION GLUTEA Y TROCANTERICA IZQUIERDA.
4. EPOC
5. HIPOTIROIDISMO
6. CARDIOPATIA ISQUEMICA E HIPERTENSIVA CON ANGIOPLASTIA + STENT CORONARIO.

SUBJETIVO:

REFIERE DOLOR EN SITIO OPERATORIO, NIEGA FIEBRE, DIURESIS POSITIVA, SIN ALTERACIONES.

EXAMEN FÍSICO

ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO

NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS, ANICTERICAS, CUELLO MOVIL NO MEGALIAS, NO ADENOPATIAS.

TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS

AGREGADOS

ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROS A LA PALPACION, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.

EXTREMIDADES: MUÑON MIEMBRO INFERIOR DERECHO CUBIERTO CON VENDAJE DE GASAS Y ELASTICO.

SANGRADO ESCASO,

NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO. MOVILIZA 4 EXTREMIDADES, SIN DÉFICIT APARENTE.

PARACLINICOS

CH: LEUCOS 11360 HG: 9.20 HTO: 26.90% NEUTRO: 75.20% PLAQ: 367000

ANALISIS:

PACIENTE DE 75 AÑOS EN POP DE AMPUTACION SUPRACONDILEA ADEMAS DE SUS PATOLOGIAS DE BASE. VI

EN CONJUNTO POR MEDICINA INTERNA QUIENES CERRARON INTERCONSULTA DEJANDO INDICACION DE MAN

FARMACOLOGICO. EL PACIENTE SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUE

INFLAMATORIA SISTEMICA, CONSIDERAMOS CON EVOLUCION POP SATISFACTORIA. INDICAMOS EGRESO (

MANEJO FARMACOLOGICO INDICADO, ORDEN DE TERAPIA FISICA AMBULATORIA, CONTROL DENTRO DE UN I

CON CIRUGIA VASCULAR, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

PLAN:

EGRESO

MANEJO AMBULATORIO YA FORMULADO POR MEDICINA INTERNA

TERAPIA FISICA AMBULATORIA

CONTROL DENTRO DE UN MES CON CIRUGIA VACULAR

INDICACION MEDICA DE SILLA DE RUEDAS PARA MOVILIZACION

RECOMENDACIONES

SIGNOS DE ALARMA

SOLICITUD INTERCONSULTA? NO MOTIVO

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS		☐	Definitiv
3	EMBOLIA Y TROMBOSIS DE ARTERIAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES		☒	Definitiv

PLAN DE TRATAMIENTO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
1		PACIENTE REQUIERE SILLA DE RUEDAS PARA MOVILIZACION DURANTE SU ETAPA DE ACONDICIONAMIENTO Y REHABILITACION

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	DENTRO DE UN MES
TERAPIA FISICA SESION	AMBULATORIA

TIPO	FECHA	ANTECEDENTES	OBSERVACIONES
------	-------	--------------	---------------

Fecha de Impresión: jueves, 30 abril 2020

Usuario: 111054613

LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

QUIS HELI

Amelia Isabel Paul



CHICOTA

NEW BRUNSWICK

NEW JERSEY

1.65

0-

M

CHICOTA



Ibague 9 de Junio 2020

SIS-1-242-018

Doctor

JORGE BOLIVAR

Secretario de Inclusión Social

SECRETARIA DE INCLUSION SOCIAL

Gobernación del Tolima

Asunto: presentación de informe sillas de ruedas CIREC

Cordial saludo doctor:

Por medio de la presente me dirijo desde la Dirección de Grupos Vulnerables, Diversidad y Asuntos Etnicos, para presentar la relación de personas con discapacidad beneficiadas con los productos de apoyo de CIREC entregados a la fecha:

NOMBRE	DOCUMENTO	TIPO DE DISCAPACIDAD	FECHA DE ENTREGA
IVAN GABRIEL TOBON ROLDAN	1110476309	DISCAPACIDAD FISICA	24-04-2020
MARIA INES BUITRAGO	28948366	DISCAPACIDAD FISICA	23-05-2020
JEAN PIERRE VARON CRUZ	1197463646	DISCAPACIDAD MULTIPLE	23-05-2020
ARCENIO YARA ALAPE	2347258	DISCAPACIDAD MULTIPLE	23-05-2020
GILDARDO CASTRILLO LOPEZ	6021863	DISCAPACIDAD FISICA	27-05-2020

Atentamente,

PAULA ALEJANDRA GONGORA

Directora de Grupos Vulnerables, Diversidad y Etnias

SECRETARIA de INCLUSIÓN SOCIAL

Elaboró: Luz Angela Reyes Varon

Aprobó: Paula Góngora

Archivo: Correspondencia digital 2020

"El Tolima nos Une"

Cibubia Camed
11-06-2020
3:49 Pm
R

Ibague 9 de Junio 2020

Doctor

JORGE BOLIVAR

Secretario de Inclusion Social

SECRETARIA DE INCLUSION SOCIAL

Gobernación del Tolima

Asunto: Presentación de informe de sillas de CIREC

Cordial saludo doctor:

Por medio de la preente me dirijo desde la Dirección de Grupos Vulnerables, Diversidad y Asuntos Etnicos, para presentar la relación de personas beneficiadas con los productos de apoyo entregados a la fecha:

NOMBRE	DOCUMENTO	TIPO DE DISCAPACIDAD	FECHA DE ENTREGA
MISAEAL TIBAQUIRA	2231903	FISICA	16-03-2020
JHON MARIO BETANCURT	1106789656	FISICA	16-03-2020
MARIA INES BUITRAGO	28948366	FISICA	23-05-2020
JEAN PIERRE VARON CRUZ	1197463646	MULTIPLE	23-05-2020
ARGENIO YARA ALAPE	2347258	MULTIPLE	23-05-2020
GILDARDO CASTRILLO	6021863	FISICA	27-05-2020

Atentamente,



PAULA ALEJANDRA GÓNGORA

Directora de Grupos Vulnerables, Diversidad y Etnias

SECRETARIA de INCLUSIÓN SOCIAL

Elaboró: Luz Angela Reyes Varon

Aprobó: Paula Góngora

Archivo: Correspondencia digital 2020

"El Tolima nos Une"

Claudia Cavedes
12-06-2020
10:59 A
R



NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS. 13

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ETNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 01

Siendo las 3:30 P.M del día 23 del mes JUNIO del año 2020, La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ ISIDRO LOZANO BRAVO, identificado con CI No. 2.28925 Con dirección. NUEVO CASTILLO

DETALLE	CANTIDAD
SILLA DE RUEDAS	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

Isidro Lozano
Beneficiario. 3124047297
SUPERH24 H22 CASO 5 NUEVO CASTILLO.



**CLINICA
TOLIMA**
SALUD CON SENTIDO HUMANO

NIT. 890703630-7
PBX: 270 8000 • Fax: 270 8002 E-mail: info@clinitolima.com
Cra. 1 No. 12-22. Ibagué - Tolima

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Tipo y número de identificación: CC 14205754

Paciente: ISIDRO LOZANO BRAVO

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 04/10/1949

Edad y género: 70 Años, Masculino

Identificador único: 228925

Financiador: NUEVA EPS S.A.

Ubicación: PISO 3

Servicio: HOSPITALIZACION PISO 3

Cama: 312
A

Página 36 de 5

NOTAS MÉDICAS

Indicador de rol: Nota adicional

Subjetivo: Persiste déficit motor derecho, menor dolor neuropático

Interpretación de ayudas diagnósticas: IRM cerebral contrastada sin lesiones de encefalitis

Peso(Kg): 60 Talla(cm): 155

Examen Físico:

NEUROLOGICO

NEUROLOGICO : Paresia superior derecha 3/5, demás sin focalización

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnóstico principal - ENCEFALITIS HERPETICA (G05. 1*) (En Estudio), ARTRITIS NO ESPECIFICADA, HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA, EMBOLIA Y TROMBOSIS DE ARTERIAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (En Estudio).

Análisis y plan de manejo: Meningitis varicela zoster, se descartó encefalitis

Ss extensión domiciliaria para completar 14 días de aciclovir.

Jose Adenis Silva Cuellar
Firmado por: JOSE ADENIS SILVA CUELLAR, NEUROLOGIA, Registro 73-806/01, CC 93397124

Firmado por: JOSE ADENIS SILVA CUELLAR, NEUROLOGIA, Registro 73-806/01, CC 93397124

Fecha: 11/06/2020 19:17 - Ubicación: PISO 3 - Servicio: HOSPITALIZACION PISO 3 - Habitación/Cama: 312A

Evolución - Nota adicional - MEDICINA GENERAL

Paciente de 70 Años, Género Masculino, 8 día(s) en hospitalización

Diagnósticos activos antes de la nota: HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA, ENCEFALITIS HERPETICA (G05.1*) (En Estudio), EMBOLIA Y TROMBOSIS DE ARTERIAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (En Estudio), ARTRITIS NO ESPECIFICADA.

Indicador de rol: Nota adicional

Subjetivo: Se abre nota para completar formulacion del dia.

Peso(Kg): 60 Talla(cm): 155

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnóstico principal - ENCEFALITIS HERPETICA (G05. 1*) (En Estudio), ARTRITIS NO ESPECIFICADA, HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA, EMBOLIA Y TROMBOSIS DE ARTERIAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (En Estudio).

Análisis y plan de manejo: Se abre nota para completar formulacion del dia.

Maria Camila Garzon Lopez
Firmado por: MARIA CAMILA GARZON LOPEZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1110530382, CC 1110530382

Firmado por: MARIA CAMILA GARZON LOPEZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1110530382, CC 1110530382

Fecha: 11/06/2020 20:13 - Ubicación: PISO 3 - Servicio: HOSPITALIZACION PISO 3 - Habitación/Cama: 312A

Nota Staff Medico - MEDICINA GENERAL

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 16/06/2020 14:29:32

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.205.754

LOZANO BRAVO

APELLIDOS

ISIDRO

NOMBRES

REPUBLICA DE
COLOMBIA



[Handwritten signature]

Ibague 6 de Julio 2020

Doctora

SANDRA ACEVEDO

Secretaría Administrativa

GOBERNACION DEL TOLIMA

Asunto: Solicitud de autorización de retirar productos de apoyo de la Gobernación.

La Dirección de Grupos Vulnerables, Diversidad y Asuntos Etnicos le Brinda un saludo muy especial.

La presente es solicitar la autorización de retirar de las instalaciones de la Gobernación los siguientes productos de apoyo:

- 2 CAMINADORES

Estos serán entregados a población con discapacidad, agradeciendo su apoyo,
Atentamente,



PAULA ALEJANDRA GONGORA

Directora de Grupos Vulnerables, Diversidad y Asuntos Etnicos

SECRETARIA DE INCLUSION SOCIAL

Elaboró: Luz Angela Reyes Varon
Aprobó: Paula Góngora
Archivo: Correspondencia digital 2020

"El Tolima nos Une"



GOBERNACIÓN
DEL TOLIMA

NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ETNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. _____

Siendo las 3:52 P.M del día 7 del mes Julio del año 2020, La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ Rosa emilia Reyes Rojas, identificado con C.C No. 70536678 Con dirección. CR15-143983 Salado

DETALLE	CANTIDAD
SILLA DE RUEDAS * CAMINADOR 1	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

DAIRO JAVIER CACERES.
Beneficiario. 5.825056

Ibagué, 04 de mayo de 2020.

DOCTOR

JORGE BOLIVAR

SECRETARIA DE INCLUSIÓN SOCIAL POBLACIONAL.

Departamento del Tolima.

Ref: SOLICITUD DE AYUDA - _____

ROSA EMILIA REYES ROJAS, con el mayor respeto me dirijo al señor Secretario, con el fin de solicitarle su ayuda y colaboración, con un CAMINADOR, que requiero con urgencia para movilizarme y acudir a la citas médicas, ya que soy adulto mayor de 80 años de edad y presento fracturas sin recuperación, tanto en mi brazo como en mi pierna y no cuento con los recursos económicos para comprar este elemento, por este motivo recurro a usted para pedir su apoyo.

Soy sisben con puntaje 5.11, población de extrema pobreza y me encuentro en el régimen subsidiado.

Anexo: Fotocopia Historia clínica, sisben, consulta fosalga y cedula.

Dirección: Carrera 15 Numero 143A-83 Barrio el Salado de Ibagué. Teléfono: 3114450455

Cordialmente,

Rosa Emilia Reyes Rojas

ROSA EMILIA REYES ROJAS

C.C. 28.536.678

HOSPITAL FEDERICO LLERAS AGOSTA DE IBAGUE
HISTORIA CLINICA
CONSULTA EXTERNA

DATOS PERSONALES:

Nombre Completo: ROSA EMILIA REYES ROJAS

Edad: 60 Años 13 Meses 12 Días

Sexo: Femenina

Fecha Nacimiento: 16/08/1959

Dirección: CARRERA 15 #141-ABR EL SALADO

Documento / Identificación: C.C.O.B.C. 28536673

Estado Civil: Soltera

Procedencia: IBAGUE

Teléfono: 316790

Teléfono: 3128761632

DATOS DE AFILIACIÓN:

Seguro: MEDICINAS EPS S.A.S CONTRIBUTIVO

Regimen: Subordinado

Estado: RANGO (A) ESTHATO

Nombre Apellido: RENE CASERES

Teléfono: 3114450455

Parentesco: HIJO

Nombre Acompañante: RENE CASERES

Teléfono: 3114450455

Fecha de grabación de foto: 18/12/2019 9:25:33

Area de Servicios: A16 - ORTOPEDIA - CONSULTA EXTERNA

Ocupación:

Motivo de la Consulta: CUADRO DE 8 DIAS POP DE OSTEOSINTEIS EN RADIO DISTAL DE LADO DERECHO

Enfermedad Actual: PACIENTE CON POP DE OSTEOSINTEIS DE RADIO DISTAL DE ALDO DERECHO

Revelación por Sistema: CONTROL POP DE OSTEOSINTEIS DE RADIO

Clasificación Nutricional: Adecuado Estado Nutricional

Análisis de Resultado:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

TA: 120 / 80 mm Hg TAM: 93 mm Hg FC: 85 x/min FR: 26 x/min Dolor No Temperatura: 36.0
 Peso 60 Kgs Talla 150 Cms IMC: 26.67 502 % Estado de Conciencia: Alerta

Estado General: NORMAL

Cabeza y Sentidos: NORMAL

Orejas: NORMAL

Cardio-Pulmonar-Vascular: NORMMAL

Abdomen: NORMAL

Genito-Urinario: NORMAL

Miembros - Paresiales: HERIDA LIMPIA SECAS SIN SIGNOS DE INFECCION CON BUEN ARCO DE MTO SIN COMPROMISO NEUROVASCUL
 CON RX CON ADECUADA REDUCCION Y LA TABILIDAD DE LA FRACTURA CON LEVE EDEMA SIN OTPA ALTERA
 CLINICA EN EL MOMENTO

Neurologico: NORMAL

Piel y Uñas: NORMAL

ANALISIS: PACIENTE CON CUADRO DE BUENA EVLUCION CLINICA CON HERIDA LIMPIA SECA SIN SINGNOS DE INFECC
 CON BUENA EVOLLUCION CLINICA RESTO D EXAMEN NORMAL

PLAN TERAPEUTICO: ANALGESICO
 CUIDADOS DE LA HERIDA
 CONTROL EN 20 DIAS CON RX

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 19

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIP
S525	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO		☒	Pres

EXAMENES SOLICITADOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
RX RADIOGRAFIA DE MUÑECA	DE LADO DRECHO
RX RADICROFIA DE TORAX (PA O A P Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	AP Y LATERAL

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	SS CONTROL EN 20 DIAS
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	SS VALROACION POR MEDICINA INTERNA P TRANSTORNO DEL SUEÑO SECUNDARIO A DIFICULTAD RESPIRATORIOA

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
farmacológicos	06/12/2019	ATORVASTATINA, AMLODIPINO 5 MG DIA, HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG DIA CORDIAS, GLUCOPHAGE 750 1 DIA MEMANTINA 10 MG UN DIARIA, VITAMINA D3 UNA SEMANAL, TELMISARTAN
alérgicos	06/12/2019	NINGUNA CONOCIDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.536.678

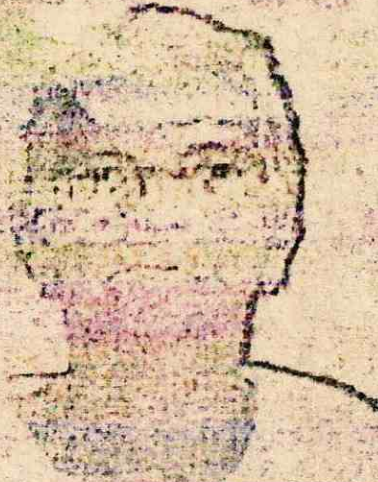
REYES ROJAS

APELLIDOS

ROSA EMILIA

NOMBRES

Rosa Emilia Reyes





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1939

SAN ANTONIO

(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

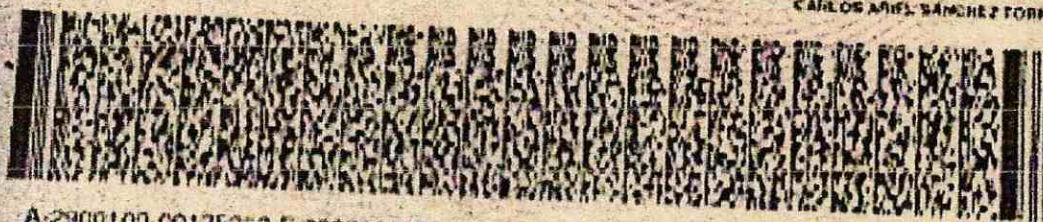
1.45
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

24-ABR-1969 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2900100-00135353 F-0028530078-27081209

0007807072A 1

6400010258



NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ETNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. _____

Siendo las 4:00 P.M del día 10 del mes JULIO del año 2020, La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ RODRIGO DDCUD, identificado con CI No. 28622156. Con dirección. PIDMADAS.B/

DETALLE	CANTIDAD
SILLA DE RUEDAS	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

Shon Edward Sanchez c.

Beneficiario.
5-310-311 de Ibagué



HOSPITAL CENTRO E.S.E. PLANADAS TOLIMA

EXAMEN FISICO DE MEDICO

Fecha del Examen: 06/05/2020

Nombre: Rosalia Dagua Canas

Documento de Identidad: C C. 28622156 de Planadas

Edad: 85 Años

ORGANO O SISTEMA	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCION SI ANORMAL
Piel	x		
Cabeza	x		
Cuello	x		
Ojos	x		
Nariz	x		
Boca y faringe	x		
Oidos	x		
Cardiovascular	x		
Respiratorio	x		
Abdomen	x		
Gastrointestinal		x	Hernia inguinal bilateral, gran defecto
Tórax	x		
Genitourinario	x		
Neurológico		x	Hemiparesia, bradipsiquia, disartria
Extremidades		x	Hipotonía generalizada, imposibilidad en la marcha
Linfático	x		

PACIENTE FEMENINO DE 85 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE FAMILIAR ROSMIRA DIAZ GUTIERREZ CC 38196456 SOLICITUD DE CERTIFICADO MEDICO PARA ENTREGA DE SILLA DE RUEDAS, PACIENTE CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN FEB/2020, DEPENDENCIA SEVERA CON INDICE DE BARTHEL 90, HERNIA INGUINAL BILATERAL CON GRAN DEFECTO, NIEGA ANTECEDENTE QUIRURGICOS O ALERGICOS. PACIENTE REFIERE SENTIRSE EL FAMILIAR VERLA EN ACEPTABLES CONDICIONES, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE SIN COMPLICACIONES, REFIERE REGULAR ALIMENTACION. PACIENTE SIN ALTERACIONES AL EXAMEN FISICO, SIGNOS VITALES DENTRO PARAMETROS NORMALES CON TENSION ARTERIAL 100/80MMHG, LIMITACIONES FISICAS SEVERAS PARA LA DEAMBULACION, SEDESTACION, TRASLADO, NECESIDADES BASICAS. PACIENTE CUENTA CON BIENESTAR LIMITADO FISICO Y SOCIAL POR EVENTOS PATOLOGICOS.

[Firma]
RM:1083022741
MELQUISESEDEC MOLINA OÑATE
RM:1083022741
MEDICO GENERAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.622.156**

DAGUA CANAS

APELLIDOS

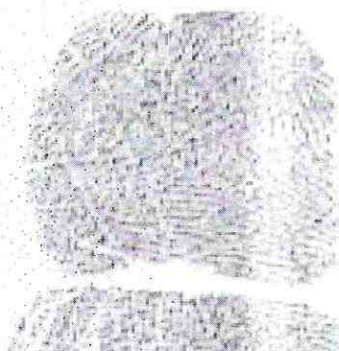
ROSALIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1934

ATACO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

A+

GRUPO SANG. RH

F

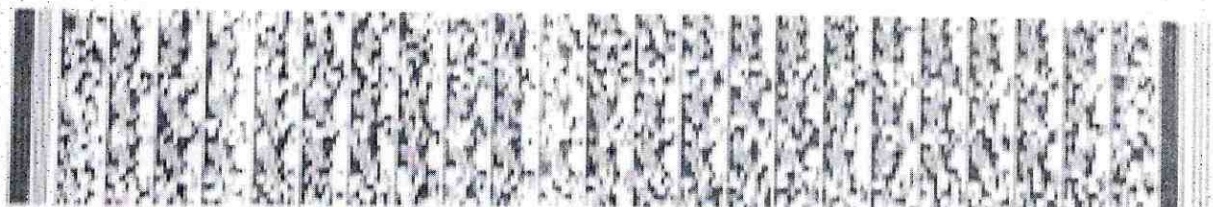
SEXO

21-NOV-1962 PLANADAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

BOLETO INQUERIDO

Carlos Amel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SÁNCHEZ TORRES



A-2908900-00/31993-F 0028522156 1-0100406

0021924235A 1

01/80369



el Tolima
nos une

NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. _____

Siendo las 11:00 A.M del día 14 del mes JULIO del año 2020, La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ KEVIN ANDRES TRUJANO, identificado con CI No. 1007509397 Con dirección.

DETALLE	CANTIDAD
CAMINADOR	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

KEVIN ANDRES 1007509397
Beneficiario. 3107880326

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.509.397

TARAZONA LOAIZA

APELLIDOS

KEVIN ANDRES

NOMBRES

Kevin Andres Tarazona L.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

21-JUL-2000

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

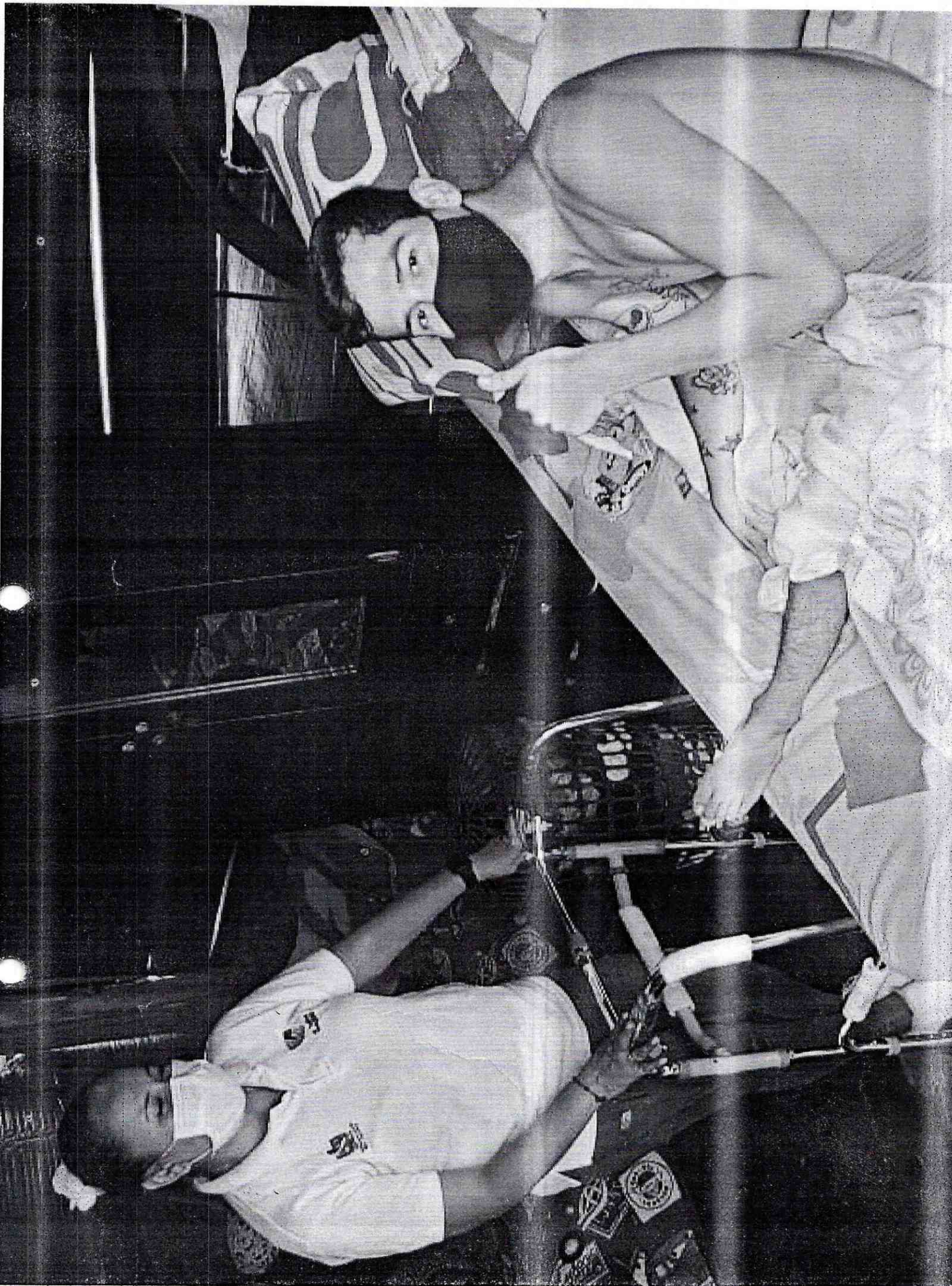
01-AGO-2018 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO









GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código:
FOR-GE-002

Versión: 03

MACROPROCESO:

GESTIÓN ESTRATEGICA

Pág. 1 de 2

ACTA DE ENTREGA DE PRODUCTOS DE APOYO

Vigente desde:
29/05/2020

ACTA No.	0001	FECHA:	DD 08	MM 07	AA 2020	HORA:	
----------	------	--------	----------	----------	------------	-------	--

OBJETIVO DE LA REUNION:	ENTREGA DE PRODUCTOS DE APOYO DE LA SECRETARIA DE INCLUSION SOC DEPARTAMENTAL, DIRECCION DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD ASUNTOS ETNICOS.
LUGAR:	GOBERNACION DEL TOLIMA

ASISTENTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	DEPENDENCIA
Dra. PAULA ALEJANDRA GONGORA	Directora de Grupos Vulnerables, Diversidad y Etnias	SECRETARIA DE INCLUSION SOCIAL
Dr RAFAEL MONROY GUZMAN	Alcalde del Municipio del Guamo	ALCALDIA MUNICIPAL
LUZ ANGELA REYES VARON	Contratista Apoyo Discapacidad	SECRETARIA DE INCLUSION SOCIAL
MARIA CAMILA HERNANDEZ	Contratista	SECRETARIA DE INCLUSION SOCIAL

ORDEN DE ENTREGA:

1. Saludo de la Dirección de Grupos Vulnerables, Diversidad y Asuntos Étnicos y la SECRETARÍA DE INCLUSION SOCIAL DEPARTAMENTAL.
2. Entrega de PRODUCTOS DE APOYO por la Gobernación del Tolima, representando en MULETAS AXILIARES. Para personas de promedio de estatura, estas se entregan a la Alcaldía del Guamo debido a la contingencia por COVI-19 no podemos desplazarnos para hacer entrega personalmente.
3. La Alcaldía del Guamo se compromete remitirnos a la Dirección de Grupos Vulnerables, Diversidad y Asuntos Étnicos, los formatos de entrega con los siguientes anexos:
 - Fotocopia de la Cedula del Beneficiado del Producto de Apoyo (Muletas Axilares)
 - Copia de la historia clínica para sustentar la necesidad del Producto de Apoyo (Muletas Axilares)
 - Foto de la persona beneficiada de la entrega con el Producto de Apoyo (Muletas Axilares)
 - Formato de la Gobernación del Tolima de la entrega del Producto de Apoyo firmado por el beneficiario. (Sino firma huella dactilar)



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código:
FOR-GE-002

Versión: 03

MACROPROCESO:

GESTIÓN ESTRATEGICA

Pág. 2 de 2

ACTA DE ENTREGA DE PRODUCTOS DE APOYO

Vigente desde
29/05/2020

4. Se firma en constancia de entrega Fecha: 8 JULIO 2020.

PAULA ALEJANDRA GONGORA

Directora de Grupos Vulnerables, Diversidad y Asuntos Etnicos
SECRETARIA DE INCLUSION SOCIAL

RAFAEL MONROY GUZMAN

Alcalde
MUNICIPIO DEL GUAMO

LUZ ANGELA REYES

Contratista Apoyo Discapacidad
SECRETARIA DE INCLUSION SOCIAL

MARIA CAMILA HERNANDEZ

Contratista
SECRETARIA INCLUSION SOCIAL







GESTIÓN SOCIAL

ALCALDÍA MUNICIPAL GUAMO TOLIMA

Secretaría de Bienestar y Desarrollo Económico y Social

BANCO DE AYUDAS TECNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 5

Siendo las _____ del día _____ del mes _____ del año _____, la secretaria de bienestar y desarrollo económico y social "gestión Social", hacen entrega de una ayuda técnica Muletas al señor/a Eulogio Bocanegra C identificado/a con la 11.08933978 No. _____ con dirección B/ San Martín.

DETALLE	CANTIDAD
<u>Muletas</u>	<u>1</u>

No siendo más el objeto de la presente se firma por los que intervienen.

Duban Arley Rodríguez Martínez
Secretario de Bienestar y Desarrollo Económico y Social
Alcaldía Municipal

EULOGIO BOCANEGRA C
Nombre Completos:
Documento de identificación:
Beneficiario

5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CERTEZA DE CIUDADANIA

1.108.933.978
BOCANEGRA CAMPOS

EULOGIO

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
SAN ANTONIO
(TOLIMA)

1.52

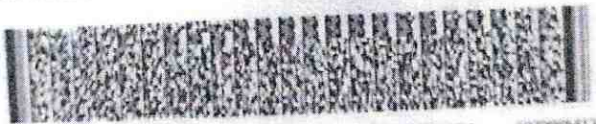
A-

M

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS EUSEBIO BANGHEZ TORRES



FZ/SEP/MSG-00371381 1A-1 (MSG) 2978 20120428

6029738000A 1

2000-00-0000

GESTIÓN SOCIAL

ALCALDÍA MUNICIPAL GUAMO TOLIMA

Secretaría de Bienestar y Desarrollo Económico y Social

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 6

Siendo las ____ del día ____ del mes ____ del año ____, la secretaria de bienestar y desarrollo económico y social "gestión Social", hacen entrega de una ayuda técnica al señor/a Francisco Antonio Vázquez identificado/a con la 2'313.712 No. ____ con dirección Vereda Rincon Santo La Troja.

DETALLE	CANTIDAD

No siendo más el objeto de la presente se firma por los que intervienen.

Duban Arley Rodríguez Martínez
Secretario de Bienestar y Desarrollo Económico y Social
Alcaldía Municipal

Francisco Antonio Vázquez, E.

Nombre Completos:
Documento de identificación
Beneficiario



el Tolima
nos une

NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCION GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 6

Siendo las _____ P.M. del día _____ del mes _____ del año _____, La
Secretaría De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla
de Ruedas a la SR@ Francisco Antonio Vasquez
identificado con C.C. No. 7.313.712 Con dirección. Vereda Rincon
Sauro

DETALLE	CANTIDAD
MULTAS AXILIARES	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos
intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

Francisco Antonio Vasquez
Beneficiario.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.313.712
VASQUEZ CABEZAS

APELLIDOS

FRANCISCO ANTONIO

NOMBRES



Francisco Antonio Vasquez Cabezas
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1949

GUAMO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

A+
G. S. RH

M
SEXO

14-SEP-1973 GUAMO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2905800-00432720-M-0002313712-20130424

0032818651A 1

35166800

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL
DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 7

Siendo las _____ P.M. del día _____ del mes _____ del año _____. La
Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla
de Ruedas a la SR@ Luis Antonio Martínez
identificado con CC No. 17059688 Con dirección. Cra A

DETALLE	CANTIDAD
MULETAS AXILIARES	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos
intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.


Beneficiario
17059688

GESTIÓN SOCIAL

ALCALDÍA MUNICIPAL GUAMO TOLIMA

Secretaria de Bienestar y Desarrollo Económico y Social

BANCO DE AYUDAS TECNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 7

Siendo las _____ del día _____ del mes _____ del año _____, la secretaria de bienestar y desarrollo económico y social "gestión Social", hacen entrega de una ayuda técnica _____ al señor/a JOS ANTONIO MARTINEZ identificado/a con la 17059688 No. _____ con dirección CRA PRIMERACION PRIMER

DETALLE	CANTIDAD

No siendo más el objeto de la presente se firma por los que intervienen.

Duban Arley Rodriguez Martínez
Secretario de Bienestar y Desarrollo Económico y Social
Alcaldía Municipal


Nombre Completo:
Documento de identificación
Beneficiario 17059688



7

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

17.059.688

NUMERO

MARTIN

APELLIDOS

LUIS ANTONIO

NOMBRES



Luis A. Martin
Firma



IMPORTE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
MANTA
(CUNDINAMARCA)

31-DIC-1938

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

AB+

M

ESTATURA

G. S. RH

SEXO

22-MAY-1963 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
BOGOTA D.C.

GESTIÓN SOCIAL

ALCALDÍA MUNICIPAL GUAMO TOLIMA

Secretaría de Bienestar y Desarrollo Económico y Social

BANCO DE AYUDAS TECNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 3

Siendo las _____ del día _____ del mes _____ del año _____, la secretaria de bienestar y desarrollo económico y social "gestión Social", hacen entrega de una ayuda técnica Muletas al señor/a Julio Cesar Ospina identificado/a con la No. 5.919.124 con dirección _____.

DETALLE	CANTIDAD
<u>muletas</u>	<u>1</u>

No siendo más el objeto de la presente se firma por los que intervienen.

Duban Arley Rodríguez Martínez
Secretario de Bienestar y Desarrollo Económico y Social
Alcaldía Municipal

Julio Cesar Ospina
Nombre Completos:
Documento de identificación
Beneficiario
3175711394



NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 3

Siendo las _____ P.M del día _____ del mes _____ del año _____, La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ Julio Cesar Ospina identificado con C.C. No. 25919124 Con dirección.

DETALLE	CANTIDAD
MULETAS AXILIARES	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

Julio Cesar Ospina
Beneficiario.



el Tolima
nos une

NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL
DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. _____

Siendo las _____ P.M. del día _____ del mes _____ del año _____, La Secretaría De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ Julio Cesar Ospina Otavo. identificado con No. 5919124 Con dirección. Calle 7A. #2-37
B/I, bofetados

DETALLE	CANTIDAD
MULETAS AXILIARES	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

Julio Cesar Ospina O.
Beneficiario. 5919124.

GESTIÓN SOCIAL

ALCALDÍA MUNICIPAL GUAMO TOLIMA

Secretaria de Bienestar y Desarrollo Económico y Social

BANCO DE AYUDAS TECNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 1

Siendo las _____ del día _____ del mes _____ del año _____, la secretaria de bienestar y desarrollo económico y social "gestión Social", hacen entrega de una ayuda técnica silla de Rueda al señor/a Francisco A. Nuncio identificado/a con la C.C. No. 2.313.311 con dirección Rincon Saeta la Toisa

DETALLE	CANTIDAD
<u>Silla de Rueda</u>	<u>1</u>

No siendo más el objeto de la presente se firma por los que intervienen.

Duban Arley Rodríguez Martínez
Secretario de Bienestar y Desarrollo Económico y Social
Alcaldía Municipal

Roberto Rincón
Nombre Completos: Roberto Rincón
Documento de identificación
Beneficiario

Nota: Firma en calidad de hijo, debido a que el señor no puede.



ADICION DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1943
GUAMO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G. B. RH

M

SEXO

02-JUL-1965 GUAMO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Alfonso Lopez
REGISTRADOR NACIONAL
ALFONSO LÓPEZ

A-2908900-83146671-M-0005019124-20060510

0016706130A 02 192845656

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.919.124

OSPINA OTAVO

APELLIDOS

JULIO CESAR

NOMBRES



GESTIÓN SOCIAL

ALCALDÍA MUNICIPAL GUAMO TOLIMA

Secretaría de Bienestar y Desarrollo Económico y Social

BANCO DE AYUDAS TECNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 2

Siendo las _____ del día _____ del mes _____ del año _____, la secretaria de bienestar y desarrollo económico y social "gestión Social", hacen entrega de una ayuda técnica muletas al señor/a Carlos Alirio Gomez, identificado/a con la Cedula No. 5919509 con dirección Calle 5 N. 4-48 B/camacho

DETALLE	CANTIDAD
<u>muletas</u>	<u>1</u>

No siendo más el objeto de la presente se firma por los que intervienen.

Duban Arley Rodríguez Martínez
Secretario de Bienestar y Desarrollo Económico y Social
Alcaldía Municipal

Carlos Alirio Gomez
Nombre Completos:
Documento de identificación
Beneficiario



el Tolima
nos une

NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBIERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSIÓN SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 4

Siendo las _____ P.M. del día _____ del mes _____ del año _____. La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ Cesar Augusto Naranjo identificado con C.C. No. 1097056748 Con dirección.

DETALLE	CANTIDAD
MULETAS AXILIARES	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia, se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

Cesar A. Naranjo

Beneficiario.

GESTIÓN SOCIAL

ALCALDÍA MUNICIPAL GUAMO TOLIMA

Secretaría de Bienestar y Desarrollo Económico y Social

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. 4

Siendo las _____ del día _____ del mes _____ del año _____, la secretaria de bienestar y desarrollo económico y social "gestión Social", hacen entrega de una ayuda técnica Muletas al señor/a Cesar Augusto Narayó D. identificado/a con la No. 1094036749 con dirección Centro penitenciario Guamo Tolima

DETALLE	CANTIDAD
<u>Muletas</u>	<u>1</u>

No siendo más el objeto de la presente se firma por los que intervienen.

Duban Arley Rodríguez Martínez
Secretario de Bienestar y Desarrollo Económico y Social
Alcaldía Municipal

1094036749
COARA NARAYO
Nombre Completos:
Documento de identificación
Beneficiario

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.097.036.749

NARANJO PEREZ

APELLIDO

CESAR AUGUSTO

NOMBRES

CESAR A. NARANJO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1982

QUIMBAYA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

O+

G S. RH

M

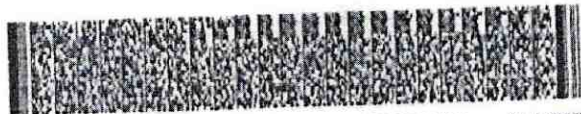
SEXO

24-MAY-2010 QUIMBAYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALEANO YACHA

ÍNDICE DE DEDILLO





el Tolima
nos une

NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. _____

Siendo las 10:00 A.M del día 14 del mes JULIO del año 2020, La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ JUZ MIRA VILSON VIVAS, identificado con CC No. 38232982 Con dirección. MECCBDA 12

9672P
JORDAN

DETALLE	CANTIDAD
MULETAS	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.

Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y
Asuntos Étnicos.

Juz mira Vivian
Beneficiario.

PLAN DE MANEJO INTRA-HOSPITALARIO

URGENCIAS PRIMERA VEZ

N° Historia Clínica: 38232982

N° Folio: 2

Fecha del Folio: 13/07/2020 00:00:00

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LUZ MILA VARON DE REYES

Identificación: 38232982

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 04/octubre/1954

Edad Actual: 65 Años \ 9 Meses \ 9 Dias

Teléfono: 3124230810

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: TOLIHUILA

Régimen: Regimen_Simplificado

DATOS DEL INGRESO

Ingreso No. 778905

Finalidad de la Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

Area Servicios: 236 - URGENCIAS CONSULTA - UNIDAD SAN FRANCISCO

Diagnostico Ppal: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

IMPRESION DIAGNOSTICA

CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S801	CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA	☒
S900	CONTUSION DEL TOBILLO	☐

MEDICAMENTOS POS

Medicamento:	151403010089	DICLOFENACO	Cantidad:	1
Concentracion:	75 MG/3 ML	Unidad: AMPOLLA	Via Administracion:	Intramuscular
Observaciones:	IM AHORA		Duracion:	0
Medicamento:	151404010039	JERINGA DESECHABLE DE 5 CM	Cantidad:	1
Concentracion:		Unidad: UNIDAD	Via Administracion:	Otras
Observaciones:			Duracion:	0

U.S.I.
PROCESADO

Médico: 1110543942 - LONDOÑO QUEVEDO ANA YINED

Nombre reporte: HCRPreporteDBase

Tarjeta Profesional: 1110543942

PLAN DE MANEJO EXTERNO

URGENCIAS CONTROL

N° Folio: 1

Fecha del Folio:

11/07/2020 00:00:00

N° Historia Clínica: 38232982

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LUZ MILA VARON DE REYES

Identificación: 18232982

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 04/octubre/1954

Edad Actual: 65 Años 9 Meses 9 Días

Teléfono: 11242 10810

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: TOLIHUILA

Régimen: Régimen Simplificado

DATOS DEL INGRESO

Ingreso No. 778905

Finalidad de la Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

Area Servicios: 266 - URGENCIAS OBSERVACION SAN FRANCISCO

Diagnostico Ppal: S931 - LUXACION DE DEDO(S) DEL PIE

IMPRESION DIAGNOSTICA		DIAGNOSTICO PRINCIPAL
CODIGO	DIAGNOSTICO	
S931	LUXACION DE DEDO(S) DEL PIE	☐
S934	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	☒

MEDICAMENTOS		CANTIDAD
NOMBRE		
Indicación:		
RECOMENDACION		
PERMANECER CON VENDAJE 8 DIAS		
TOMAR MEDICACION COMO SE INDICA		
LEVANTAR EL PIE		
SIGNOS DE ALARMA		
DOLOR INTENSO		
FIEBRE PERSISTENTE		
HINCHAZON EXCESIVA DE LA PIERNA		

Ana Yined Londoño
Médico General
R.M. 1110543942

An y londo

Médico: 1110543942 - LONDOÑO QUEVEDO ANA YINED

Reporte: HCRPReporteDBase

Tarjeta Profesional: 1110543942



Ibagué 22 de Julio 2020

Doctora

SANDRA ACEVEDO

Secretaría Administrativa

GOBERNACION DEL TOLIMA

Asunto: Solicitud de autorización de retirar productos de apoyo de la Gobernación.

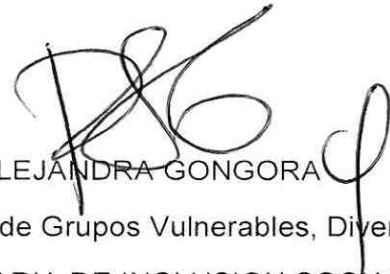
La Dirección de Grupos Vulnerables, Diversidad y Asuntos Etnicos le Brinda un saludo muy especial.

La presente es solicitar la autorización de retirar de las instalaciones de la Gobernación los siguientes productos de apoyo:

- 1 MULETAS

Estos serán entregados a población con discapacidad, agradeciendo su apoyo,

Atentamente,



PAULA ALEJANDRA GONGORA
Directora de Grupos Vulnerables, Diversidad y Asuntos Etnicos
SECRETARIA DE INCLUSION SOCIAL

Elaboró: Luz Angela Reyes Varon
Aprobó: Paula Góngora
Archivo: Correspondencia digital 2020

"El Tolima nos Une"



NIT: 800.113.6727

DESPACHO

DIRECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

SECRETARIA INCLUSION SOCIAL POBLACIONAL

DIRECCIÓN GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS ÉTNICOS

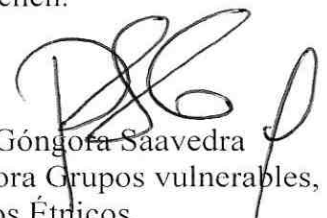
BANCO DE AYUDAS TÉCNICAS DISCAPACIDAD

ACTA DE ENTREGA No. _____

Siendo las 4:00 P.M del día 22 del mes JULIO del año 2020, La Secretaria De Inclusión Social Poblacional Departamental, Hacen entrega de una silla de Ruedas a La SR@ MORISO SORD identificado con CI No. 28544.661 Con dirección. CALLE SUR 17

DETALLE	CANTIDAD
MULETAS	1

No siendo más el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ellos intervienen.


Paula Góngora Saavedra
Directora Grupos vulnerables, Diversidad y Asuntos Étnicos.


Beneficiario.
5837767

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 28544661 -- MARISOL SORA**

Empresa: PGP AMBULATORIO SALUD TOTAL

Afiliado: BENEFIC NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 15/12/1978 Edad actual : 41 AÑOS

Sexo: Femenino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Soltero

Teléfono: 3007716162

Dirección:

Barrio: AUGUSTO E MEDINA

Departamento: TOLIMA

Municipio: IBAGUE

Ocupación:

Dirigentes de organizaciones que presentan un

Etnia: Ninguna de las anteriores

Grupo Étnico:

Nivel Educativo: NO APLICA

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: Ninguna

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN:	002	IBAGUE	Edad : 41 AÑOS
FOLIO	16	FECHA 17/07/2020 08:17:45	TIPO DE ATENCIÓN
			AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CITA DE PRIMERA VEZ

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA , EDEMA , LIMITACION DE LA MARCHA POR LO CUAL CONSULTA EN SILLA DE RUEDAS CON CUADRO DE EVOLUCION DE 7 MESES NIEGA CAIDAS . RX DE DE RODILLA IZQ DEL DIA 31/03/2020

REVISIÓN X SISTEMAS

CABEZA Y ORAL: NIEGA

EXAMEN FÍSICO

. EXTREMIDADES INFERIORES: DOLOR INTENSO DE RODILLA IZQUIERDA CON DERRAME ARTICULAR Y GRAN LIMITACION

ANÁLISIS

PACIENTE CON DOLOR EN RODILLA IZQ

PLAN Y MANEJO

PLAN:

RM DE RODILLA IZQ

CITA DE CONTROL

Evolución realizada por: EDGARDO CABARCAS GOMEZ-Fecha: 17/07/20 08:21:19

DIAGNÓSTICO		M238	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA			Tipo PRINCIPAL	
FORMULA MÉDICA							
Cantidad	Dosis	Descripción			Vía	Frecuencia	Acción
60,00	1,00 TABLETA	TIAMINA TABLETA O CAPSULA 300 MG 300 MG			ORAL	8 Horas	NUEVO
60,00	1,00 TABLETA	NAPROXENO TABLETA O CAPSULA 500 MG 500 MG			ORAL	8 Horas	NUEVO

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	
1	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)	Pendiente
	RODILLA IZQUIERDA	

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de Orden: 17/07/2020 Ordenada

OBSERVACIONES

CITA DE CONTROL CON RESULTADOS

RESULTADOS :

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 28544661 -- MARISOL SORA****Empresa:** PGP AMBULATORIO SALUD TOTAL**Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 15/12/1978 **Edad actual :** 41 AÑOS**Sexo:** Femenino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Soltero**Teléfono:** 3007716162**Dirección:****Barrio:** AUGUSTO E MEDINA**Departamento:** TOLIMA**Municipio:** IBAGUE**Ocupacion:**

Dirigentes de organizaciones que presentan un

Etnia: Ninguna de las anteriores**Grupo Etnico:****Nivel Educativo:** NO APLICA**Atención Especial:** OTROS**Discapacidad:** Ninguna**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**EDGARDO CABARCAS GOMEZ**

Reg. 6320

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



18/1358242/1

Fecha: 31/03/2020 11:56:14 a. m.
Paciente: MARISOL SORA
Examen: RX RODILLA AP Y LATERAL
Empresa: VIRREY SOLIS IPS S.A-IMAGENES
Dosis aproximada entrada superficie 0.10383 mGy.

Sede: IBAGUE
Estudio: 66025484 1358242
Documento: 28544661
Edad: 41 a 3 m 16 d

RX RODILLA IZQUIERDA:

Las relaciones articulares femorotibial y patelofemoral son de aspecto normal.

No se evidencian fracturas, ni lesiones líticas ó blásticas.

Aumento de tejidos blandos periarticulares.

Se observa un cambio en la densidad ósea en el aspecto distal interno de la diáfisis femoral probablemente por fisura en proceso de consolidación.

GUILLERMO JOSÉ MORALES ARBOLEDA
M.D. RADIOLOGO
R.M. 19425242
CC 19425242
Transcrito por: GUZMAR3

Dr. Guillermo Morales
M.D. Radiólogo
R.M. 03670

IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.544.661

SORA

APELLIDOS

MARISOL

NOMBRES

MARISOL SORA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1978

CAJAMARCA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

18-NOV-1999 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

**DIRECCION DE GRUPOS VULNERABLES, DIVERSIDAD Y ASUNTOS
ETNICOS**

**CAMPAÑA NI MAS + NI MENOS- TODOS IGUALES=
ENTREGAS DE PRODUCTOS DE APOYO**

NO.	NOMBRE BENEFICIARIO	PRODUCTO DE APOYO
1	JHON MARIO BETANCURT	SILLA DE RUEDAS
2	MISAEEL TIBAKUIRA	SILLA DE RUEDAS
3	GIOMAR SOLANLLY COVALEDA	SILLA DE RUEDAS
4	LEONOR SANCHEZ	SILLA DE RUEDAS
5	IVAN GABRIEL TOVON	SILLA DE RUEDAS
6	GILDARDO CASTILLO	SILLA DE RUEDAS
7	ARCENIO YARA ALAPE	SILLA DE RUEDAS
8	JEAN PIERRE VARON	SILLA DE RUEDAS
9	MARIA INES BUITRAGO	SILLA DE RUEDAS
10	ORLANDO CAPERA	AUXILIAR DE BAÑO
11	OLGA RAMIREZ CESPEDES	SILLA DE RUEDAS
12	LUIS HELI PARADA	SILLA DE RUEDAS
13	ISIDRO LOZANO	SILLA DE RUEDAS
14	ROSA EMILIA REYES	CAMINADOR
15	ROSALIA DAGUA	SILLA DE RUEDAS
16	KEVIN ANDRES TARAZONA	CAMINADOR
17	ALCALDIA DEL GUAMO	10 MULETAS
18	LUZ MILA VARON	1 MULETA
19	MARISOL SORA	1 MULETA

"El Tolima nos Une"

Gobernación del Tolima Carrera 3 entre Calles 10 y 11. Piso 9

Telefax: (8) 2617081-2611111 Extensión 1311

Página Web: www.tolima.gov.co

Ibagué, Tolima