|  |
| --- |
|  **INFORMACIÓN GENERAL** |
| NOMBRES COMPLETOS |  | APELLIDOS |  |
| TIPO DE DOCUMENTO | CC | RC | TI | CE | PE | SC | NÚMERO DEDOCUMENTO: |  | FECHA DENACIMIENTO | DD/MM/AAAA |
| TELÉFONO CELULAR: |  | TELÉFONO FIJO: |  |
| DIRECCIÓN DERESIDENCIA |  | COMPLEMENTO: |  | LOCALIDAD: |  |
| CORREO ELECTRÓNICODEL SOLICITANTE: |  |
| SEXO: | HOMBRE  | MUJER  | INTERSEXUAL  | NO RESPONDE  |  |
| GÉNERO: | MASCULINO  | FEMENINO  | TRANSGÉNERO  | OTRO  | CUAL: |  | NO RESPONDE  |
| **ENFOQUE DIFERENCIAL ETNICO** |  **ORIENTACIÓN SEXUAL** |
| AFRODESCENDIENTE | RROM  | RAIZAL  | HETEROSEXUAL  | BISEXUAL |
| PALENQUERO  | INDIGENA  | OTROCUAL: |  | HOMOSEXUAL  | OTROCUAL: |  |
| NINGUNO  | NO RESPONDE  |  | NO RESPONDE  |  |
| **DATOS ADICIONALES** |
| TIPO DE DISCAPACIDAD: | FÍSICA  | AUDITIVA  | COGNITIVA  | VISUAL  | MÚLTIPLE  | MENTAL PSICOSOCIAL  |
| ¿UTILIZA DISPOSITIVOS PARA MOVILIZARSE? (SILLA RUEDAS, CAMINADOR, BASTÓN, MULETAS ETC) | SI | NO | CUAL: |  | ¿UTILIZA DISPOSITIVOS PARA COMUNICARSE? (AUDÍFONOS, INTÉRPRETE, BRAILLE, ETC) | SI | NO | CUAL: |  |
| ¿REQUIERE ACOMPAÑANTE? | SI | NO |  | ¿VIVE CON UNA PERSONA QUE PRESENTE UNA CONDICION DE DISCAPACIDAD? | SI | NO |  |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE CUIDADOR (SI REQUIERE)** |
| NOMBRES COMPLETOS |  | APELLIDOS COMPLETOS |  |
| TIPO DE DOCUMENTO | CC | RC | TI | CE | PE | SC | NÚMERO DEDOCUMENTO: |  |
| TELÉFONO FIJO |  | TELÉFONO CELULAR |  |
| CORREO ELECTRÓNICODEL CUIDADOR: |  |
| **DOCUMENTOS ANEXOS** |
| **LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SON NECESARIOS PARA DAR INICIO A SU SOLICITUD; POR FAVOR VERIFIQUE SI SU DOCUMENTACIÓN SE ENCUENTRA COMPLETA** |
| **1- HISTORIA CLÍNICA CON DIAGNÓSTICO** (si es digital el archivo del PDF debe ser legible, si es en físico la copia debe ser legible) |
| **2- DOCUMENTO IDENTIDAD**; (si es digital el archivo del PDF debe ser legible, si es en físico la copia debe ser legible) |
| **3- CERTIFICADO DE RESIDENCIA CON FECHA DE EXPEDICIÓN MENOR A 6 MESES**; (si es digital el archivo del PDF debe ser legible, si es en físico la copia debe ser legible) |
|  |
|  ¿USTED ACEPTA QUE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD RESPONDA SU SOLICITUD A TRAVÉS DEL CORREO O LOS CORREOS ELECTRÓNICOS REGISTRADOS POR USTED? | SI | NO |
| **La Secretaria Distrital de Salud en el marco de sus competencias y previa verificación del cumplimiento de los requisitos señalados anteriormente (Documentos Anexos), expedirá la orden para valoración con el equipo multidisciplinario, en una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas en la ciudad de Bogotá.** |

**SIGLAS:**

F: Femenino CC: Cédula de ciudadanía PE: Permiso Especial de Permanencia SC: Salvoconducto M: Masculino TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería

**NOTA: Cualquier inquietud puede comunicarse a la línea Salud Para Todos: 3295090 en el horario de L - V de 7:00 am a 4:30 pm**

**Acepta los términos y condiciones Si\_\_\_ No\_\_\_ Autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud, para hacer uso y tratamiento de mis datos personales de conformidad con lo previsto en el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Ley 1581 de 2012. (Política de Protección de Datos Personales)”**

**Acepta los términos y condiciones Yo, identificad(o)a con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del menor relacionado en el presente documento, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud, para hacer uso y tratamiento de los datos personales del citado menor, de conformidad con lo previsto en el artículo 12 del Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Ley 1581 de 2012. (Política de Protección de Datos Personales).**