



PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD			
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD			
SISTEMA DE GESTIÓN			
SOLICITUD DE VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD			
Código	SDS-PSS-FT-596	Versión	2



Elaborado por: Angie Vanessa Rodríguez Vargas/Revisado por: Liliانا Marcela Rodríguez Moreno, Diana Milena Mendivelso Díaz, Tamara Gilma Vanin Nieto/Aprobado por: Martha Yolanda Ruiz Valdés

INFORMACION GENERAL													
NOMBRES COMPLETOS								APELLIDOS					
TIPO DE DOCUMENTO	CC	RC	TI	CE	PE	SC	NÚMERO DE DOCUMENTO:			FECHA DE NACIMIENTO	DD/MM/AAAA		
TELÉFONO CELULAR:							TELÉFONO FIJO:						
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA							COMPLEMENTO:			LOCALIDAD:			
CORREO ELECTRONICO DEL SOLICITANTE:													
SEXO:	HOMBRE	<input type="radio"/>	MUJER	<input type="radio"/>	INTERSEXUAL	<input type="radio"/>	NO RESPONDE	<input type="radio"/>					
GÉNERO:	MASCULINO	<input type="radio"/>	FEMENINO	<input type="radio"/>	TRANSGÉNERO	<input type="radio"/>	OTRO	<input type="radio"/>	CUAL:		NO RESPONDE	<input type="radio"/>	
ENFOQUE DIFERENCIAL ÉTNICO						ORIENTACIÓN SEXUAL							
AFRODESCENDIENTE	<input type="radio"/>	RROM	<input type="radio"/>	RAIZAL	<input type="radio"/>	HETEROSEXUAL	<input type="radio"/>	BISEXUAL	<input type="radio"/>				
PALENQUERO	<input type="radio"/>	INDÍGENA	<input type="radio"/>	OTRO CUAL:		HOMOSEXUAL	<input type="radio"/>	OTRO CUAL:					
NINGUNO	<input type="radio"/>	NO RESPONDE	<input type="radio"/>			NO RESPONDE	<input type="radio"/>						
DATOS ADICIONALES													
TIPO DE DISCAPACIDAD:	FÍSICA	<input type="radio"/>	AUDITIVA	<input type="radio"/>	COGNITIVA	<input type="radio"/>	VISUAL	<input type="radio"/>	MÚLTIPLE	<input type="radio"/>	MENTAL PSICOSOCIAL	<input type="radio"/>	
¿UTILIZA DISPOSITIVOS PARA MOVILIZARSE? (SILLA RUEDAS, CAMINADOR, BASTÓN, MULETAS ETC)	<input type="radio"/>	SI	<input type="radio"/>	NO	CUAL:		¿UTILIZA DISPOSITIVOS PARA COMUNICARSE? (AUDÍFONOS, INTÉRPRETE, BRAILLE, ETC)	<input type="radio"/>	SI	<input type="radio"/>	NO	CUAL:	
¿REQUIERE ACOMPAÑANTE?	<input type="radio"/>	SI	<input type="radio"/>	NO			¿VIVE CON UNA PERSONA QUE PRESENTE UNA CONDICION DE DISCAPACIDAD?	<input type="radio"/>	SI	<input type="radio"/>	NO		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE CUIDADOR (SI REQUIERE)													
NOMBRES COMPLETOS								APELLIDOS COMPLETOS					
TIPO DE DOCUMENTO	CC	RC	TI	CE	PE	SC	NÚMERO DE DOCUMENTO:						
TELÉFONO FIJO							TELÉFONO CELULAR						
CORREO ELECTRONICO DEL 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?										<input type="radio"/>	SI	<input type="radio"/>	NO
LOCALIDADES E IPS AUTORIZADAS PARA VALORACION POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD													
POR FAVOR SELECCIONE LA IPS EN LA CUAL USTED DESEA RECIBIR VALORACION POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO; RECUERDE QUE ESTA VALORACIÓN NO SE ENCUENTRA ASOCIADA A LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DE LA EPS DE AFILIACIÓN													
IPS DE ATENCIÓN:						LOCALIDAD:			SELECCIONE CON UNA X LA IPS DE SU PREFERENCIA				
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE Unidad de Servicios de Salud Usaqué						Localidad Usaqué							
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE Unidad de Servicios de Salud Centro Día						Localidad Fontibón							
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE Unidad de Servicios de Salud USS El Carmen						Localidad Tunjuelito							
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE Unidad de Servicios de Salud Betania						Localidad Usme							
Centro de Atención en Salud Cafam Kennedy						Localidad Kennedy							
Proyectar Salud SAS						Localidad Fontibón							
Soluciones Y Asistencia En Salud SAS						Localidad Suba							
Compensar 153						Localidad Suba							
Compensar 26						Localidad Teusaquillo							
Centro De Rehabilitación Para Adultos Ciegos CRAC						Localidad Puente Aranda							
IPS Terapéutica Integral						Localidad Engativá							

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 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)"