

Foscal / COOSALUD EPS

Atiende: Gladysbel Gutierrez Pico

Lugar de la cita: Glaucoma

Teléfono: 6392929

Dirección: FOSCAL Internacional Calle 158 No. 20-95 - Torre C - Consultorio 301, Floridablanca, Colombia.

M. de C.: BAJA VISION AO
FOSCAL-COOSALUD EPS

N: 5580625

OPTICA SALUD

06/05/2022

DR HERNANDEZ MANZANO ANGEL

Anamnesis: "Remitido de Arauca con Dx de discapacidad Visual - Albinismo - le realizaron iridotomía AO - le ordenaron el baston de movilidad - esta usando las gafas transition pero ya estan en muy mal estado - las luces le molestan mucho - le toca hacer el efecto estenopeico para tratar de ver de lejos con la mano para tener un mejor desarrollo - le gusta montar cicla trabaja como domiciliario y mantenimiento de equipos de computo - toco la guitarra electrica "

AP: Trastorno mixto de ansiedad y depresion

AO: Transtorinos del iris y del cuerpo ciliar

Procedencia: Arauquita / Arauca

Dominancia Ocular:

| OD | | | OI | | | |
|-------------------|-----------|----------------|---------------|---------------------|-----------|----------------|
| Lejos: 20/400 | Interm: - | Cerca: - | AVSC | Lejos: 20/400 | Interm: - | Cerca: - |
| +4,00 / -6,00 / 5 | | | | +3,00 / -6,00 / 164 | | Adición: - |
| Lejos: 20/150- | Interm: - | Cerca: - | Lensometría 1 | Lejos: 20/150- | Interm: - | Cerca: - |
| Cilindro: -7,00 | Eje: 0 | K+Plano: 37,50 | Queratometría | Cilindro: -9,00 | Eje: 175 | K+Plano: 36,50 |
| // | | Adición: - | | // | | Adición: - |
| Lejos: - | Interm: - | Cerca: - | Subjetivo | Lejos: - | Interm: - | Cerca: - |

Observaciones: Ante la situación extraordinaria por la declaración de COVID-19 como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y teniendo como marco los mandatos legales que ha emitido la Presidencia de la República (declaración de emergencia sanitaria) expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Debemos instaurar las medidas de contención Y reducción de riesgo de la propagación del virus necesarias para la protección de nuestros usuarios Y sus familias. Por lo anterior como prestadores de salud, realizamos la valoración Y atención del paciente con elementos de protección personal (lavado de manos pre Y post atención, traje quirúrgico, bata desechable, tapabocas quirúrgico Y/o respirador N95, gafas de protección, Y/o careta de protección) siguiendo las normas institucionales Y del Ministerio de Salud pertinentes.

OBS: NISTAGMUS

obs: Nunca le han realizado pruebas de lentes de contacto

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|----|------------|
| // | Adición: - | Refracción Final | // | Adición: - |
| Fórmula de gafas: 1. UNAS CON FILTRO DE DE ABSORCION MEGALENS F11 (INTERIORES Y VISION NOCTURNA) | | | | |
| 2. OTRAS CON FILTRO DE ABSORCIÓN MEGALENS 60 (EXTERIORES) | | | | |
| 3. DOS MONTURAS CON PROTECTORES LATERAL (FOTOFOBIA INTENSA / MANEJO DEL ALBINISMO) | | | | |

Diagnósticos

| Código | Diagnóstico | Ojo |
|--------|--------------------------------|-----|
| H542 | Vision subnormal de ambos ojos | AO |

| | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| tipo de lente seleccionado: Monofocales | Tipo filtro seleccionado: Ninguno |
| Periodo de vigencia de la formulación: 4 meses | Periodo de la formulación: 12 meses |
| Prescrita por el especialista: 1 | Distancia pupilar: |



La salud es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------|----------------------|---------------------------------|
| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
| YARLENSON | DANIEL | BARON | VELANDIA |
| 1.5 Documento de identidad | | | |
| Certificado de Nacido Vivo | Registro civil | Tarjeta de identidad | Cédula de ciudadanía |
| | | | X |
| | | | Cédula de extranjería |
| | | | Pasaporte |
| | | | Carnet diplomático |
| | | | Permiso especial de permanencia |
| Número de documento de identidad: | | 1116500478 | |

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

| | | | |
|-------------------------------------------|---------------|-----|-----|
| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | 2.2 Fecha | | |
| REHINTEGRAR LTDA | Año | Mes | Día |
| | 2022 | 2 | 12 |
| 2.3 Departamento | 2.4 Municipio | | |
| ARAUCA | ARAUQUITA | | |

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

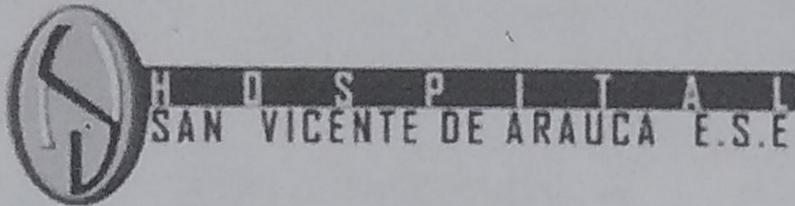
| | SI | NO | X |
|----------------------|----|----|---|
| Física | | | X |
| Visual | | X | |
| Auditiva | | | X |
| Intelectual | | | X |
| Psicosocial (Mental) | | X | |
| Sordoceguera | | | X |
| Múltiple | | X | |

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

| Domino | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|
| Cognición | 16.67 |
| Movilidad | 20.00 |
| Cuidado Personal | 0.00 |
| Relaciones | 45.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 30.56 |
| Participación | 43.75 |
| GLOBAL | 26.00 |

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Códigos Funciones Corporales
b210.2 b229.2 b840.3
- Códigos Estructuras Corporales
s298.233 s898.388
- Códigos Actividades y Participación
d730.2 d760.2 d910.2



NIT 800218979

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA DERMATOLOGIA

Nº Historia Clínica: 1116500478

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: YARLENSON DANIEL BARON VELANDIA

Identificación: 1116500478

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 30/marzo/1995 **Edad Actual:** 27 Años \ 3 Meses \ 30 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: CALLE 10 9 76

Teléfono: 3505324319

Procedencia: ARAUQUITA

Ocupación:

Correo Electrónico: pikachulindo40@gmail.com

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. **Régimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO SUBSIDIADO

CONDUCTA A SEGUIR

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ALBINISMO OCULOCUTANEO 1A, LESIONES DE QUERATOSIS ACTINICAS AREAS FOTOEXPUUESTAS DE BRAZOS POR SU FOTOTIPO EXISTE RIESGOS DE NEOPLASIA EN PIEL POR LO CUAL INDICO REMISION A 4 NIVEL DE ATENCION POR DERMATOLOGIA PARA INICO DE CRIOTERAPIA CON NITROGENO LIQUIDO.

Diagnóstico

| Código | Nombre | Observaciones |
|--------|-----------|---------------|
| E703 | ALBINISMO | |

LEIDY SOCADAGUI

LEIDY NADIANA SOCADAGUI COLINA

Tarjeta Profesional: 056618

Especialidad: DERMATOLOGIA