

## REMISIÓN PARA LA VALORACIÓN POR MÉDICO TRATANTE PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1239 de 2022, el médico tratante debe garantizarle a la persona con discapacidad, cada uno de los siguientes ítems, de tal manera que la persona puede presentarlo ante la Secretaría de Salud del Municipio donde reside para dar trámite a la ruta correspondiente para obtener el certificado de discapacidad e inclusión en el Registro de Localización y caracterización de personas con discapacidad.

| DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD-IPS QUE REALIZA DE REMISIÓN                         |  |  |                     |
|--|--|--|---------------------|
| Municipio donde es emitida la orden:   |  | Nombre de la entidad que emite la orden:       |                     |
|  |  |  |                     |
| Fecha de expedición de la REMISIÓN (DD-MM-AAA)   |  | EAPB A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO EL USUARIO |                     |
|  |  |  |                     |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA REMISIÓN                                    |  |  |                     |
| Nombres y apellidos  |  | Tipo de documento: (marcar con x)              | Numero de documento |
|  |  | RC: ____ TI: ____ CC: ____ CE: ____            |                     |
|  |  | PEP: ____ Otro: ____ Cual: ____                |                     |
| Municipio de residencia  |  |  |                     |
| INFORMACIÓN SOBRE LA REMISIÓN  |  |  |                     |
| Marque con una <b>X</b> los documentos que le entrega al usuario (esto como lista de chequeo).               |  |  |                     |
| <b>HISTORIA CLINICA</b><br>Con diagnostico Cie-10 donde se relación la discapacidad que presenta la persona. |  |  | Cie-10              |
| <b>SOPORTES:</b>   |  |  |                     |
| Conceptos profesionales de la salud  |  | Exámenes clínicos                              |                     |
| Paraclínicos   |  | Imágenes diagnosticas                          |                     |
| Otros  |  | Cuales:  |                     |

### AJUSTES RAZONABLES

De acuerdo a las características y necesidades determinadas por el profesional tratante indique con una **X** las necesidades que la persona con discapacidad requiere para realizarle la valoración por el equipo multidisciplinario:

Lugar donde se deberá realizar la valoración: En la IPS \_\_\_\_\_ Domiciliaria: \_\_\_\_\_

En caso de requerir domiciliaria justificar:

### Necesidades de apoyos y ajustes razonables:

a) Movilidad: \_\_\_\_\_

b) Comunicación y acceso a la comunicación: \_\_\_\_\_

c) Persona de apoyo: \_\_\_\_\_

OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_

### DATOS DE MÉDICO TRATANTE

Nombres y apellidos:

Profesión:

Numero tarjeta profesional:

Firma del médico tratante:

Sello de la IPS-ESE

  
**Adolfo Leon Rayo**  
**Médico General**  
**Rm. 14192**

*Nota: La persona con discapacidad debe contactarse con la secretaria de salud del municipio donde reside, presentar este formato debidamente diligenciado por el médico tratante, con los soportes correspondientes.*