

## 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) 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> 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

*Dña. Cindy J. Morales P.*  
R.M. 76.5670  
MÉDICO UCEVA

*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.*