

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN SALUD GRUPO GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD					Formato: Valoración por médico tratante para certificación de discapacidad DIGSA		
						MDN-COGFM-PROGRERI-DIGSA-PT.95.1-15		
						Proceso Gestión del Riesgo en Salud		
VALORACIÓN POR MÉDICO TRATANTE PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD								
Datos de identificación y contacto de la persona que requiere valoración								
Primer nombre		Segundo nombre			Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de documento (marcar con una x)	RC	TI	CC	CE	Otro	Especificar	Número de documento:	
Departamento de residencia						Municipio de residencia		
Dirección de residencia :						Comuna- zona -barrio- vereda:		
Número telefónico (fijo y celular)								
Correo Electrónico								
Información sobre la remisión								
Marque con una X los documentos que se le entrega al usuario y especifíquelos								
Valoración del médico tratante								
Historia clínica								
Exámenes diagnósticos								
Otros:								
Información del diagnóstico y la categoría de discapacidad								
Diagnóstico	CIE 10		Nombre de la patología					
Principal								
Secundario								
Secundario								
Categoría de discapacidad: marcar con X								
Física			Auditiva					
Visual			Sordoceguera					
Intelectual (Cognitiva)			Psicosocial (Mental)					
Múltiple								
Observaciones :								

Información sobre Ajustes Razonable									
Indique con una X las necesidades de las personas con discapacidad									
Lugar donde se deberá realizar la valoración:			Institucional					Domicilio	
Necesidades de apoyos y ajustes razonables									
Tipo de ajuste		SI		NO		Especifique :			
a) Movilidad									
b) Comunicación y acceso a la comunicación									
c) Persona de apoyo									
Observaciones :									
Datos de identificación y contacto del cuidador o familiar de la persona a ser valorada (en caso que aplique)									
Primer nombre		Segundo nombre				Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de documento (marcar con una x)		RC	TI	CC	CE	Otro	Especificar	Número de documento:	
Departamento de residencia						Municipio de residencia			
Dirección de residencia :							Comuna- zona -barrio- vereda:		
Número telefónico (fijo y celular)									
Correo Electrónico									
Datos del médico quien autoriza la orden:									
Primer nombre		Segundo nombre				Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de documento		Número de documento:					Registro médico		
Grado				Cargo					
Número telefónico (fijo y celular)									
Correo Electrónico									
Firma profesional									

