

	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
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
Tipo de documento	Número de documento:	Registro médico	
Grado	Cargo		
Número telefónico (fijo y celular)			
Correo Electrónico			
Firma profesional			