

**CONSTANCIA SECRETARIAL.**- Cali, Marzo 30 de 2022.- A Despacho de la señora Juez las presentes diligencias comunicándole rendido por la asistente social del Despacho, al hogar donde reside el señor Ricardo Alberto Román Valencia de quien se solicita los apoyos.- Sírvase proveer.-

JOSÉ ALBEIRO RODRÍGUEZ CORREA  
Secretario

---

---

**REPUBLICA DE COLOMBIA**



**RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO ONCE DE FAMILIA DE ORALIDAD DE CALI  
AUTO No. 566**

Cali, Marzo Treinta (30) de Dos Mil Veintidós (2022)  
RADICACIÓN No. 76001-31-10-011-2019-00054-00

Teniendo en cuenta el informe secretarial que antecede, se pondrá en conocimiento por un término de 3 días contados a partir del siguiente día de la notificación por estado del presente auto, el citado informe y la valoración de apoyos previamente remitida por la apoderada de la parte actora.

NOTIFÍQUESE,

**FULVIA ESTHER GÓMEZ LÓPEZ**  
**Juez Once de Familia de Oralidad**

y.c.a.

PUBLICADO EN ESTADO ELECTRÓNICO  
# 51 DEL 31/MARZO/2022.

MIRAR ABAJO INFORMES.

RAD. 2019-00054

Correo Electrónico: [j11fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j11fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co)

## MEMORIAL - VALORACION DE APOYO

DANIELA MARÍN GÓMEZ <DANY.MARIN28@hotmail.com>

Mié 19/01/2022 4:07 PM

Para: Juzgado 11 Familia - Valle Del Cauca - Cali <j11fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>; DANIELA MARÍN GÓMEZ <DANY.MARIN28@hotmail.com>

Buenas Tardes.

Adjunto memorial.

**RADICADO: 76001-31-10-011-2019-00054-00**

**SEÑORA JUEZ  
ONCE DE FAMILIA DE ORALIDAD DEL CIRCUITO.  
CALI-VALLE**

**ASUNTO: VALORACION DE APOYO  
RADICADO: 76001-31-10-011-2019-00054-00**

**DANIELA MARIN GOMEZ**, persona mayor de edad, vecina de esta ciudad, conocida dentro del proceso de la referencia como abogada de la parte actora, por medio del presente escrito, adjunto valoración de apoyo que fuere requerida por el despacho, mediante Auto No. 1527 del veintinueve (29) de septiembre de dos mil veintiuno (2021).

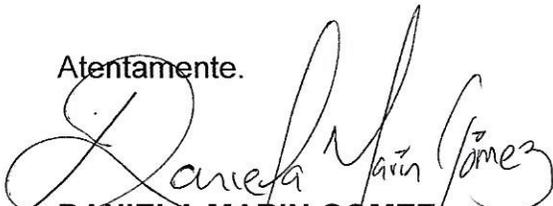
Ante la incertidumbre de una entidad oficial, encargada de realizar las valoraciones como la de la referencia, la familia del señor Román, decidió materializarla a través de PESSOA SERVIMOS EN SALUD MENTAL SAS que a su vez, fuere referenciado por instrucciones de la misma sede judicial.

Para los fines pertinentes, se anexa:

- 1) Valoración de apoyo.
- 2) Consentimiento informado.

Dando con este agregado, cumplimiento a la totalidad de los parámetros dictados por el juzgado en el auto citado ut supra, quedo atenta a próximas diligencias o trámites que señale el despacho, para finiquitar el asunto según corresponda.

Atentamente.



**DANIELA MARIN GOMEZ**  
C.C. Nro. 1.144.196.815 de Cali, Valle.  
T.P. Nro. 324.942 del C.S.J

### 1. EVALUACION DE NECESIDADES DE APOYO

Dirigido a:	<b>JUZGADO ONCE DE FAMILIA DE ORALIDAD DEL CIRCUITO DE CALI</b>		
	<b>Rad. 2019-00054</b>		
Solicitado por:	<b>OMAIRA VARGAS DE ROMAN</b> <b>CC 31291823</b>	Relación con la persona con discapacidad	<b>esposa</b>
Fecha de inicio de valoración:	<b>Diciembre 19 de 2021</b>	Fecha de finalización de valoración	<b>Diciembre 22 de 2021</b>
Elaborado por:	<b>ISABEL CRISTINA GIRALDO</b> Psicóloga clínica <b>TP 128660</b>	<b>MARITZA PATIÑO</b> Trabajador social REGISTRO	<b>IVAN ALBERTO OSORIO SABOGAL</b> Médico psiquiatra RM 1267-92
<p><i>Esta valoración se ajusta a los lineamientos y protocolos nacionales para la valoración de apoyos en el marco de la ley 1996 de 2019 expedidos el 18 de diciembre de 2020 por la consejería presidencial para la participación de las personas con discapacidad.</i></p>			

### 2. PERFIL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	<b>RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA</b>
NUMERO DE IDENTIFICACION	16585031 de Cali (Valle)
FECHA DE NACIMIENTO	27 de junio de 1954
LUGAR DE NACIMIENTO	La Tebaida (Quindío)
GÉNERO	Masculino
EDAD BIOLOGICA	67 años
ESTADO CIVIL	Casado
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	secundaria incompleta
OCUPACIÓN	pensionado
CIUDAD DE RESIDENCIA	Cali (Valle)
BARRIO DE RESIDENCIA	Barrio Alirio Mora Beltrán

DIRECCION DE RESIDENCIA	Carrera 27 # 80-19
TELEFONO DE CONTACTO	3146003877 (OMAIRA ) esposa y cuidadora
PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE	OMAIRA (esposa) PAOLA ANDREAR ROMAN (hija)
INFORMANTE PRINCIPAL	OMAIRA (esposa, conviviente)
OTROS INFORMANTES ENTREVISTADOS	PAOLA ANDREA ROMAN (hija, conviviente OMAIRA VARGAS DE ROMÁN y CAROLINA ROMÁN VARGAS

Comentado [icgl1]:

3.TIPO DE DISCAPACIDAD					
FISICA		VISUAL		AUDITIVA	
SORDOCEGUERA		INTELLECTUAL/COGNITIVA	X	MENTAL	X
MULTIPLE					
FORMAS DE COMUNICACIÓN Y APOYOS QUE REQUIERE PARA COMUNICARSE					
<p>Diálogo restringido por su condición mental. Tiene expresión verbal pobre y concreta pero los familiares consideran que puede hacerse entender. Tiene movilidad de sus extremidades</p> <p>No es capaz de comprender frases completas y solo obedece algunas ordenes simples de un comando. No puede contestar un cuestionario escrito.</p> <p>Su comunicación escrita esta alterada: no puede leer, escribir ni conserva la capacidad de firmar.</p>					
OTROS AJUSTES RAZONABLES IMPLEMENTADOS DURANTE LA VALORACION DE APOYOS					
<p>Por petición del familiar y por su seguridad por la pandemia, se realizó entrevista en la vivienda familiar por uno de los profesionales y se realizó entrevista telefónica por los otros dos.</p> <p>Se realizó entrevista con todos los protocolos de bioseguridad exigidos por la institución y solo uno de los entrevistadores realizó el interrogatorio en presencia de la familia.</p> <p>Se le informó al paciente la razón de la entrevista clínica, pero no comprendía la pregunta ni pudo responder.</p>					

#### 4.ROL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD EN EL PROCESO JUDICIAL

¿La persona con discapacidad acude directamente al proceso judicial?			
Si		No	X
Si acude un tercero ¿Quién es esa persona? ¿Qué relación la une con la persona con discapacidad?			
OMAIRA (esposa)			
La persona con discapacidad se encuentra o no “absolutamente imposibilitada para manifestar su voluntad y preferencias por cualquier modo. Medio o formato posible” como lo ordena el artículo 38 de la ley 1996 de 2019			
Si	X	No	

5. ¿Por qué está absolutamente imposibilitada?			
Su condición cognitiva esta severamente alterada, su comprensión del lenguaje y su expresión verbal está limitada por su discapacidad cognitiva. Todas estas limitaciones le impiden comprender y expresar pensamientos abstractos y no tiene capacidad para autodeterminarse			
¿Qué acciones se llevaron a cabo para establecer que no puede expresar su voluntad o preferencias de cualquier modo, medio o formato?			
Entrevista médica y psicológica a la paciente y al familiar. Entrevista telefónica al cuidador primario y a otros familiares.			
La persona con discapacidad se encuentra o no “imposibilitada para ejercer su capacidad jurídica y esto conlleve a la vulneración o amenaza de sus derechos por parte de un tercero” como lo ordena el artículo 13 de la ley 1996 de 2019			
SI	X	NO	
¿Por qué esta imposibilitada para ejercer su capacidad jurídica?			
Su condición cognitiva le impide la toma de decisiones argumentadas, evaluar magnitud e importancia, así como las posibles consecuencias de sus decisiones, pero puede tomarlas con algún apoyo.			
¿Cuál es la posible amenaza a sus derechos?			

Al no poder autodeterminarse sin apoyo su condición se hace vulnerable. Las alteraciones de su condición mental comprometiéndole su seguridad y la de los convivientes.
¿Quién es el tercero que podría amenazar o vulnerar sus derechos?
Indefinidos

### 6.DATOS BIOGRAFICOS

GESTACION Y PARTO	Reportado normal. familia conformada pero no tiene contactos con su familia primaria. Sin mayores datos.
DESARROLLO PSICOMOTOR	Según menciona, su desarrollo fue normal.
ESCOLARIDAD	Temprano en la vida se trasladó con su familia a Cali. Lo ingresaron a educación primaria en Cali pero solo alcanzó el quinto grado de primaria y luego primero de primaria ya de adulto en la escuela nocturna. Realizó algunos cursos de ventas que usó para su trabajo como empleado
ADOLESCENCIA	Reportado normal. Sin alteraciones evidentes excepto temprano inicio de abuso de alcohol "como a los doce años empezó a beber y a fumar".
EDAD ADULTA	Mientras estaba soltero trabajaba como obrero de construcción, luego empleado de oficios varios. Después de casarse se ocupó como mensajero en la empresa Casa agrícola donde aprendió algunas labores de veterinario empírico que le sirvió al cabo de los años para poner su propio negocio de veterinaria.  Tuvo una relación de matrimonio con la señora OMAIRA en 1980 con la cual tuvieron tres hijas, vivas e independientes. Desde que empezó su enfermedad ha vivido con su esposa y su hija que se ocupan de su cuidado.  Su supervivencia depende de la pensión que obtuvo y el alquiler de un local comercial en los bajos de su vivienda.
ASUNTOS MEDICOS RELEVANTES	Psoriasis en manejo convencional. Niegan otras enfermedades crónicas. No ha tenido cirugías. No ha convulsionado. Niegan consumo de cigarrillos o uso de licor reciente, pero fue fumador y abuso de alcohol con crisis de dipsomanía. Niegan otros tóxicos. Niegan intentos suicidas o patologías psiquiátricas. Positivo para patologías similares en la familia: el padre murió con demencia senil.

DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD ACTUAL	<p>En el 2010 empezó a presentar intoxicaciones alcohólicas recurrentes. Después de unos meses referencial con los familiares a los que acusaba de hurtarle las cosas, luego equívocos crasos en su actividad ocupacional “ya se equivocaba en lo que tenía que hacer con los animalitos”, irritable, agresivo verbalmente y a veces amenazante, con alteraciones de orientación y memoria. Puede comer por sí solo con supervisión, pero el baño es supervisado y su interacción social es mínima. Nudista y desorganizado en su conducta, con soliloquios y conductas bizarras. “tiene muchas alucinaciones visuales, parece estar contando cosas con las manos”. “no se acuesta si uno no lo acompaña”.</p> <p>Su nivel funcional es muy limitado. Hace dos años fue necesario usar pañal, pero el paciente es renuente a usarlo. También es reacio al cuidado de su higiene “ya no se deja cepillar y toca bañarlo en el patio”. “arrancó el lavamanos”.</p> <p>En los últimos años ha permanecido en casa con requerimientos cada vez mayores de cuidado. Totalmente incapacitado y dependiente de otros para su supervivencia. Acude a control psiquiátrico cada tres meses y medico domiciliario.</p>
MEDICAMENTOS QUE UTILIZA	Quetiapina 125 mgs. Sertralina 50 mgs día. Memantina 10 mgs noche.
EXAMEN PSIQUIATRICO	Paciente delgado, bien cuidado, en camiseta interior y pantaloneta. Se quita los zapatos y los mira. Camina por la habitación sin prestar atención a los visitantes. Su interacción es superficial, aunque parece reconocer a sus familiares. no puede contestar preguntas de identificación ni informar sus determinaciones o intereses. Al saludo social permanece callado. Risa inmotivada. Dialogo totalmente incoherente, con intrusiones de ideas y puerilidad. Es capaz de imitar al entrevistador

#### 7.APROXIMACION DIAGNOSTICA SEGÚN DSM IV:

Eje I	Diagnostico Psiquiátrico	1. Trastorno neurocognitivo mayor tipo demencia asociada a abuso crónico de alcohol.
Eje II	Trastornos de Personalidad o Retardo mental	

Eje III	Enfermedad física	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psoriasis</li> <li>2. Afasia</li> <li>3. Trastorno por abuso crónico de alcohol y tabaco por HC</li> </ol>
Eje IV	Eventos Psicosociales Estresante	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persona dependiente de otros para su supervivencia</li> </ol>
Eje V	Nivel Funcional (escala de evaluación funcional Global)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA (10%)</li> </ol>

#### 8. VALORACION PSICOLOGICA

<p><b>CUIDADO PERSONAL y MOVILIDAD</b></p>	<p>Ricardo Alberto logra bañarse solo, pero debe ser ayudado a vestir. Le incomoda la ropa, se la quita y se la pone hasta quedar desnudo y camina por su casa de esta manera por lo que hay que asistirlo e insistirle para que se la deje vestir. No elige la ropa hay que seleccionarla y guiarlo para que se la permita poner. Suele hacer oposición a la hora del baño y amenaza con pegar a la familia.</p> <p>El reconoce que debe ir al baño, pero no identifica el lugar por lo que se confunde y orina en cualquier lugar. Debe usar pañal, pero él lo rechaza. no regula el control de esfínteres y en ocasiones se humedece la ropa y debe ser limpiado. No reconoce que debe ser cambiada, y expresa malestar el cual es pasajero. En la noche se levanta y orina en su habitación sin reconocer que esta mal.</p> <p>Dependiente en las labores de la casa, requiere ser asistido de manera total en lo relacionado con su cuidado.</p> <p>Ricardo Alberto es de buen apetito, aunque come solo algunos alimentos debe ser asistida y acompañada para evitación de riesgos de ahogamiento en persona anciana. Su dieta es normal, el no hace pedidos de su agrado, recibe lo que le den, y muy ocasionalmente dice tener hambre en especial cuando ve que su hija esta comendo por que se le olvida que ya comió.</p> <p>Expresa dolor con un quejido, señala el lugar. Sus cuidadores se ayudan además con el reconocimiento de alguna alteración fisca que estén presentes.</p> <p>Movilidad: Ricardo Alberto camina solo en casa sin ayuda, deambula por toda la casa, el realiza movimientos como si estuviese realizando una actividad, parece alucinado. En cuanto a la movilidad en la ciudad se angustia, se torna temeroso, busca el apoyo de su esposa e hija, se agarra y no parece estar ubicado. Pide estar en casa.</p>
--	---

	<p>Comunicación: el realiza comunicación verbal, narra eventos al parecer de pasado muy confusos y en ocasiones difícil de entender. Habla sin sentido “soliloquios” no logra mantener una conversación, gesticula.</p> <p>Obedece las ordenes básicas, pero debe ser ayudado para guiarlo a lo que se le pide. Permanece caminado por toda la casa y sentado en una silla, logra acomodarse adaptativamente su cuerpo y en la noche se cambia de posición.</p> <p>No elige su ropa, no hay conciencia de su cuidado personal y no hay apego a objetos.</p> <p>Decisiones que toma en su cuidado: El señor presenta una intranquilidad motora, le gusta estar deambulando por la casa con marcada desconexión con el exterior.</p>
OCIO Y TIEMPO LIBRE:	<p>Ricardo Alberto Ya no realiza actividades en casa, su respuesta es pasiva y suele tornarse ausente. La familia le pone música y baila ya que el baile era su afición. Pero pierde el interés fácilmente. Camina sin orden en casa muy hiperactivo.</p> <p>Las rutinas del día y la noche son proporcionadas por los cuidadores quienes determinan sus actividades.</p> <p>Decisiones que toma en esta área: Se observa pasivo y tranquilo. Ricardo Alberto la mayoría del día permanece ensimismado, y ausente.</p>
OCUPACION:	<p>No tiene ninguna ocupación. No hay ningún interés, se torna pasivo y ausente.</p> <p>El camina por la casa organizando objetos que el solo ve (alucinado),</p> <p>Decisión que toma en esta área: hay una marcada desconexión con el medio exterior no logra reaccionar a estímulos ocupacionales.</p>
TRABAJO Y GENERACION DE INGRESOS	<p>En la actualidad Ricardo Alberto por su estado actual de salud relacionado con su alteración de las funciones cognitivas globales no puede desempeñar ninguna actividad laboral que genere ingresos.</p> <p>Sus ingresos son dados por el apoyo familiar.</p>
RELACIONES PERSONALES:	<p>Ricardo Alberto realiza saludo social, reconoce a su hija y esposa pero ya no les dice el nombre. Las busca con la mirada. Habla solo soliloquios, habla de las personas del pasado no está ubica en el tiempo. Es dependiente y permite que la acaricien. Realiza sonrisa social. Su lenguaje es incoherente. Por momentos cortos logra manifestar que debe de ponerle el piso a la casa. Si alguien le dice que llame a la hija ella la busca y la señala, peor esto es ocasionalmente. Logra obedecer órdenes de una sola acción.</p> <p>Decisión con respecto a esta área: Ricardo alberto acepta el contacto físico de su hija y esposa reacciona ante sus expresiones de afecto, fijar la mirada y sonreír.</p>

ACCESO A LA JUSTICIA, PARTICIPACION Y VOTO	En la actualidad no puede acceder a toma de decisiones jurídicas relacionadas con patrimonio, unión marital entre otros. No ejerce el derecho del voto.
USO DEL DINERO	En la actualidad el señor Ricardo no pide dinero, esta ya no le preocupa, no reconoce las Necesidades de la casa. Ocasionalmente se mete la mano a los bolsillos y expresa que ya no tiene nada.

### 9. AUTODETERMINACIÓN

¿COMO DECIDE EN SUS ACTIVIDADES?

1. Maneja BUEN GRADO DE AUTONOMÍA para:
  - a. Come solo.
  - b. Camina en casa solo.
2. Requiere APOYO SIMPLE para:
  - a. Regula sus esfínteres y va al baño con ayuda.
3. Requiere MÁXIMO APOYO para:
  - a. Cuidado en su aseo personal y elección de ropa.
  - b. Administración de medicamentos y cuidados médicos.
  - c. Administrar su dinero y propiedades.
  - d. Hacer compras y pagos.
  - e. Movilidad en la ciudad.
  - f. Cocinar y ocuparse de sus objetos personales.

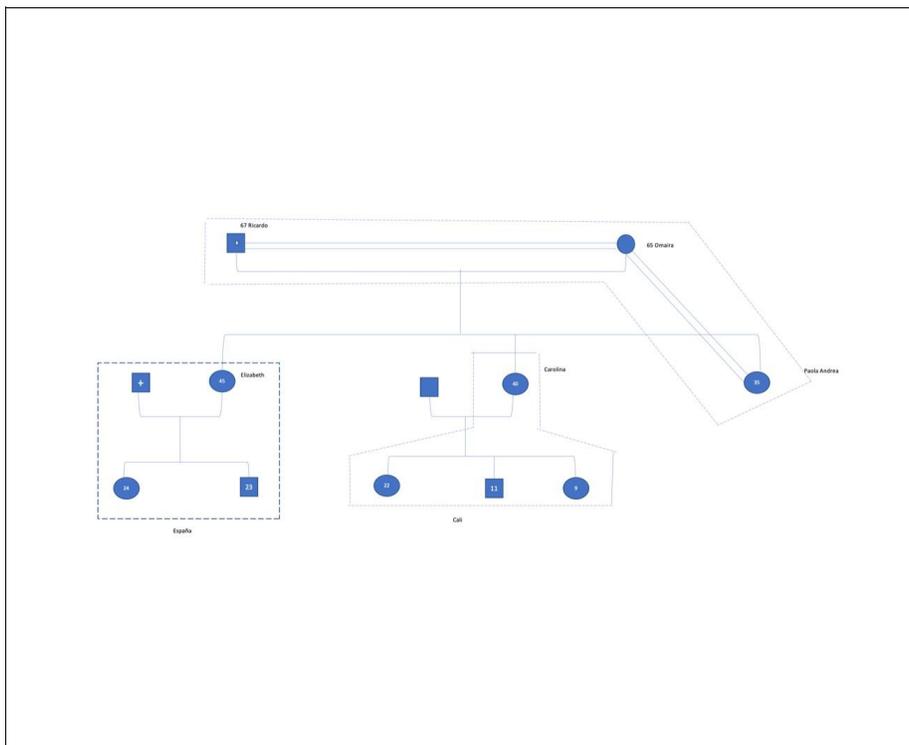
### VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

Fecha: 21 de diciembre del 2021

#### Composición Familiar

Rol familiar	Nombre	Edad	Estado Civil	Ocupación
Paciente	<b>RICARDO ALBERTO ROMÁN VALENCIA</b>	67 años	CASADO	NINGUNA

GENOGRAMA



### 11.REPORTE SITUACION FAMILIAR

La señora Omaira Vargas de Ramón esposa del paciente hace 41 años informa que sostuvo una relación conyugal con el paciente hasta hace 10 años cuando este empieza a presentar pérdida de memoria, la relación fue inestable pues hubo varias infidelidades, situación que enojaba a la señora, pero dejaba pasar, no lo confrontaba, solo seguía adelante con su relación. El paciente era cariñoso, pero en ocasiones también “déspota”, fue responsable cubría las necesidades básicas de la familia, como padre fue cariñoso, no castigó físicamente a sus hijas, era flexible, rara vez se enojaba con estas.

En 1980 trabajo en una empresa agrícola donde aprendió de manera empírica a ser “veterinario”, oficio que realizo durante 30 años en un negocio de su propiedad, negocio que se acaba por que el paciente se le olvida todo el conocimiento que tenía sobre veterinaria.

Sostuvo una relación muy estrecha con sus hermanos pues compartían el gusto por el baile y bebidas alcohólicas, relación que se fractura cuando el paciente tiene pérdida de memoria, tiene nueve hermanos vivos y hace 4 años no lo visitan ni preguntan por su estado de salud.

Su hija mayor Elizabeth Román vive en España hace más de veinte años, solo llama cinco veces al año, y Carolina Román vive en Cali, pero su prioridad es su familia, llama ocasionalmente y no apoya en el cuidado del padre, refiere que tiene a su cuidado a una nieta e hijos menores de edad, lamenta no poder apoyar a su madre en el cuidado del padre.

La hija menor Paola Andrea Román presenta secuelas de espina bífida razón por la cual no puede apoyar en el cuidado de su padre, actualmente se encuentra hospitalizada en casa por presentar una escara plantar, trabaja por un programa de inclusión en un centro de atención telefónica de lunes a sábado. La principal cuidadora del señor Ricardo Alberto Román Valencia es su esposa Omaira Vargas de Román quien es insulino dependiente e hipertensa. En ocasiones cuenta con el apoyo de una vecina la señora Mariela Guatoto, quien “vigila” al paciente cuando debe salir a realizar trámites. El paciente recibe atención de médico general cada tres meses, desde agosto de 2021 no recibe esta atención, control por psiquiatría cada tres meses y cita presencial por dermatología (soriasis), carece de terapias. Familia en crisis de desajuste, con distanciamiento afectivo en el subsistema parento-filial, los miembros de la familia con enfermedades, la esposa del paciente su principal cuidadora y de su hija menor (actualmente enferma). La esposa del paciente no cuenta con espacios de descanso, lo que ha deteriorado su salud.

Familia en crisis de desvalimiento la dinámica familiar gira en cuidado del paciente

## 12.. INFORME GENERAL DE PROYECTO DE VIDA O MEJOR INTERPRETACION DE VOLUNTAD Y PREFERENCIAS

PREFERENCIAS	<p>En la actualidad Ricardo Alberto no expresa sus preferencias y se observa con una marcada desconexión de lo externo, permanece en calma, ausente. Se identifica como ya mencionamos una intranquilidad motora, ya que busca estar activo caminado sin un objetivo fijo.</p> <p>Decisiones tomadas en esta área: Permanece la mayor parte del tiempo ensimismada y ausente. Habla solo muy incoherente. No se observa reacción que indique algún interés en actividades.</p>
METAS Y ASPIRACIONES	<p>Al interrogarla, Ricardo Alberto no expresa ninguna aspiración. No responde la pregunta. deseaba ponerle el piso a la casa.</p>
REACCIONES EMOCIONALES	<p>Suele verse cambiante con periodos de calma, tranquilidad, acepta los familiares, deja que le realicen las actividades de aseo y no hace resistencia. Se muestra ausente. Es” manejable” en cuanto a que permite el contacto y se deja movilizar. En otros momentos está muy desconectado. La hija lo ve triste y lloroso por momentos y manifiesta pedir estar en su casa posiblemente evocando la infancia.</p>
BARRERAS Actitudinales, físicas, de comunicación y jurídicas.	<p>Por su marcada dificultad cognitiva presenta limitaciones en torno a la comunicación. No ofrece resistencia ni rechazo físico a los cuidadores.</p> <p>La familia logra entenderle.</p>

COMO SE RELACIONA	<p>Suele ser tranquilo, responde al saludo social y acepta el afecto de su familia. Se confunde con facilidad.</p> <p>Su conducta es ausente, su conexión es muy pobre con el exterior.</p> <p>Las personas con las que vive Omaira Vargas su esposa y su hija Paola Román. Permanece la mayor parte del tiempo con su esposa. Busca la compañía de ellas si no las ve.</p> <p>Acepta el contacto y no rechaza sus cuidados por el contrario busca su compañía a que la angustia estar sola, lo que revela un nivel de confianza.</p> <p>Decisiones que puede tomar en esta área: solicita que lo acompañen.</p>
-------------------	--

### 13.PERSONAS DE APOYO

¿COMO SE LLAMA LA PERSONA QUE ELIJE PARA QUE LE DE APOYO?

No responde.

¿PARENTESCO?

No responde

¿CUAL ES LA RAZON POR LA QUE CONFIA Y ACEPTA QUE SEA SU PERSONA DE APOYO?

No responde

¿EN QUE PERSONA NO CONFIA O DE LA CUAL NO DESEA RECIBIR APOYO Y POR QUE?

No responde

¿HAY ALGUNA PERSONA QUE NO DESEA QUE SEA SU APOYO Y POR QUE?

No responde.

### 14. DE APOYOS PARA LA TOMA DE DESICIONES.

#### DECISIÓN PARA LA QUE SE REQUIERE EL SISTEMA DE APOYO

DESCRIPCION DE APOYO	DESCRIPCION DE APOYO	PERSONA DE APOYO	PARENTESCO
1. COMUNICACIÓN	Acompañamiento para asegurar comprensión y expresión a terceros. (si)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN	ESPOSA

	Solicitud y aceptación de consejo (SI)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN	ESPOSA
	Ayuda a explicar las cosas que pasan (si)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN	ESPOSA
	Ayuda para hacerse entender. (si)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN	ESPOSA
	Ayuda a explicar las consecuencias de las cosas que pasan. (Si)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN	ESPOSA
	Quien le ayuda a tomar decisiones importantes (si)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN	ESPOSA
	Ayuda en la obtención de información, análisis, y formulación de opciones para la toma de decisiones. (si).	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN	ESPOSA
3.MEDICOS Y PERSONALES	Actividad de aseo y cuidado físico. (si)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN	ESPOSA
	Tramites médicos, obtención de citas y medicación. (si)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN	ESPOSA
	Traslado a lugares de atención y citas (SI)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN	ESPOSA

4 3. ADMINISTRACION DE DINERO.	Cree que necesita ayuda para manejar su dinero y de quien (si)	OMAIRA VARGAS ROMÁN	DE	ESPOSA
	Conocimiento de denominación de billetes y monedas (si)	OMAIRA VARGAS ROMÁN	DE	ESPOSA
	Operación básica de compras y pagos. (si)	OMAIRA VARGAS ROMÁN	DE	ESPOSA
	Apertura y manejo de cuentas bancarias. (SI)	OMAIRA VARGAS ROMÁN	DE	ESPOSA
	Uso de tarjeta débito. (SI)	OMAIRA VARGAS ROMÁN	DE	ESPOSA
5.ADMINISTRACIÓN DE VIVIENDA	Acompañamiento en planeación y ejecución de actividades de pago y obligaciones. (si)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN		ESPOSA
5.REPRESENTACION LEGAL	Comprensión de actos jurídicos que implican toma de decisión frente al patrimonio (si)	OMAIRA VARGAS DE ROMÁN		ESPOSA

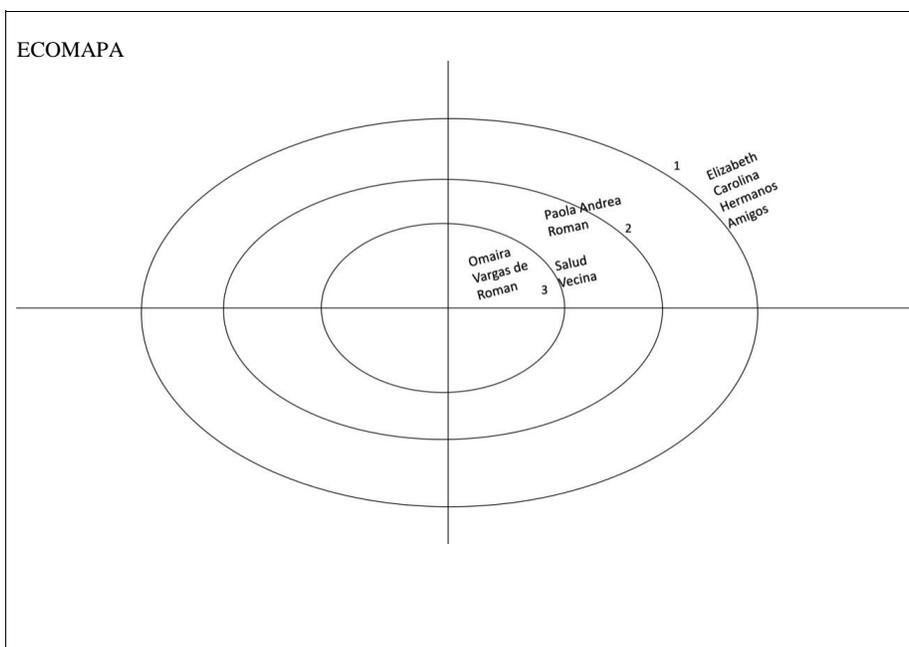
16.NECESIDADES DE APOYO MEDICAS	NO NECESITA APOYO	NECESITA ALGUN APOYO	NECESITA APOYO EXTENSO
CUIDADO RESPIRATORIO	X		
1. INHALACION O TERAPIA DE OXIGENO	X		

2. DRENAJE POSTURAL	X		
3. ENTRENAMIENTO FISICO DEL TORAX	X		
4. SUCCIONAR SECRECIONES	X		
AYUDA EN LA ALIMENTACION			
5. ESTIMULACION ORAL O POSICIONAMIENTO DE LA MANDIBULA	X		
6. ALIMENTACION POR SONDA GASTROYEYUNAL	X		
7. ALIMENTACION PARENTERAL (VIA ENDOVENOSA)	X		
CUIDADOS DE LA PIEL		X	
8. DEBEN GIRARLO O CAMBIARLE POSICION	X	X	
9. VENDAR, LIMPIAR ULCERAS, ESCARAS O HERIDAS ABIERTAS	X		
OTROS CUIDADOS MEDICOS EXCEPCIONALES	X		
10. PROTECCION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS O DEFICIENCIAS INMUNOLOGICAS	X		
11. CONTROLAR ATAQUES EPILEPTICOS	X		
12. HEMODIALISIS	X		
13. CUIDADOS DE OSTOMIAS	X		
14. SER LEVANTADO Y TRASLADARSE		X	

15. SERVICIOS DE TERAPIA		X	
16. OTROS (ESPECIFICAR)	X		

16.DETERMINACION Y TOMA DE DECISIONES	NO NECESITA APOYO	NECESITA ALGUN APOYO	NECESITA APOYO EXTENSO
1. PUEDE TOMAR DECISIONES INDEPENDIENTES Y ARGUMENTADAS			X
2. PUEDE OBTENER INFORMACION SOBRE LOS ASUNTOS QUE LE COMPETEN ANTES DE TOMAR UNA DECISION			X
3. PUEDE PREVER LAS CONSECUENCIAS DE SUS DETERMINACIONES			X
4. PUEDE CAMBIAR DE DECISION EN BASE A ARGUMENTOS			X

Relaciones con familia extensa y red social.			Observaciones: Hace 4 años la familia extensa del paciente no lo visita  Solo una vecina apoya en su cuidado de manera ocasional. Los amigos a penas enfermo no volvieron a visitarlo
Las relaciones con la familia extensa	Ninguna	1	
Las relaciones con su medio social	ninguno	1	



### 19.AMBITOS DE DECISION

	AMBITO	NO NECESITA APOYO	APOYO PARCIAL	APOYO EXTENSO	NO APLICA
1	PATRIMONIO Y MANEJO DEL DINERO			X	
2	FAMILIA Y CUIDADO PERSONAL			X	
3	SALUD (GENERAL, MENTAL, SEXUAL Y REPRODUCTIVA)			X	

4	TRABAJO Y GENERACION DE INGRESOS				X
5	ACCESO A LA JUSTICIA, PARTICIPACION Y DEL VOTO			X	

### 20.CONCEPTO

Se observa una paciente con alteración en la funcionalidad mentales globales como la conciencia de si y deficiencia en las funciones mentales específicas como memoria atención, comprensión y calculo, no esta ubicada en tiempo. Su capacidad de aprendizaje está afectada, severamente, afectado su participación. Se identifica una no conciencia de su limitación, con un marcado aislamiento emocional. Se observa una unión y reconocimiento de vinculación afectiva importante en la que Ricardo Alberto demanda la presencia de sus cuidadores y aunque su sensorio, coherencia y juicio están afectados logra tener acercamientos cálidos de búsqueda de cuidados lo que revela una conciencia de su vulnerabilidad.

Según lo relatado por la señora Omaira Vargas de Román solicita este apoyo judicial como requisito de Colpensiones, para seguir cobrando y administrando la pensión de su esposo, actividad que realiza la esposa hace un año por su estado (Alzheimer) requiere de una persona que lo represente judicialmente.

El dinero de la pensión que recibe desde septiembre del 2020 es utilizado en cubrir sus necesidades básicas, viven en casa propia, y tiene un local alquilado, dinero que utilizan para cubrir los faltantes ya que la pensión del paciente es un salario mínimo.

No se evidencia conflicto de intereses

Se realizaron una video llamada y cuatro llamadas para la realización de este informe.

### 21.SUGERENCIAS DE AJUSTES RAZONABLES EN LOS MECANISMOS DE FORMALIZACION DE APOYOS

No aplica debido a la alteración global del funcionamiento severo e irreversible.

### SUGERENCIAS DE ACCIONES PARA PROMOVER LA AUTONOMIA Y LA TOMA DE DECISIONES

Debe continuar en terapia física y ocupacional.

### DIFICULTADES Y OBSERVACIONES

Ninguna.



*Maritza M. Patiño F.*  
Maritza M. Patiño F.  
Trabajadora Social  
Registro Profesional 051143803-RR

*Isabel Cristina Giraldo Lopez*  
Isabel Cristina Giraldo Lopez  
Psicóloga Clínica  
Registro Profesional 051143803-RR

**MARITZA PATIÑO**  
Trabajador social  
Especialista terapia de familia

**ISABEL CRISTINA GIRALDO LOPEZ**  
psicóloga clínica  
Especialista en psicología clínica

*Iván Osorio Sabogal*  
Iván Osorio Sabogal  
Médico Psiquiatra  
C.C. 18.389.418  
R.M. 1247-92

**IVAN ALBERTO OSORIO SABOGAL**  
Médico psiquiatra

**PESSOA**  
**SERVIMOS EN SALUD MENTAL SAS**  
**NIT 900.588.223-4**  
**VALORACIONES INTERDISCIPLINARIAS**  
Edificio Sede Nacional de Coomeva  
Avenida Pasoancho 57-80 cuarto piso oficina 34  
Tel 3028285553  
Email [peessoa.apoyojudicial@gmail.com](mailto:peessoa.apoyojudicial@gmail.com)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor(a)

P/Ricardo Alberto Román Valencia

Hemos sido contratados para construir con Usted y su familia un sistema de apoyos para facilitar la toma de decisiones acerca de su vida.

Usted podrá solicitar ayuda de otra persona para participar, si lo considera necesario.

Usted es libre de participar en todo el proceso o no contribuir cuando lo desee.

**Actividades que se van a realizar:**

1. Recolección de sus datos personales
2. Evaluación de la forma en que se comunica
3. La manera en que toma decisiones
4. Sus relaciones personales y su entorno

**Beneficios**

1. Se sugerirán acciones respetando su voluntad y preferencias
2. Usted podrá hacer efectivo el derecho a tomar sus propias decisiones

**Riesgos**

1. Algunas de las preguntas pueden cubrir temas que son incómodos para Usted. No tiene que responder a todas las preguntas si no lo desea

**Confidencialidad**

1. Toda la información sobre Usted será utilizada únicamente para facilitar la toma de decisiones
2. Solo las personas relacionadas con los apoyos que se le brinden tendrán acceso a esta información

**Participación voluntaria**

1. Usted podrá participar en esta actividad porque le interesa y siente que le será útil. Si decide no participar o desea retirarse en cualquier momento puede hacerlo sin ningún problema

De acuerdo,



19-12-21

Firma o huella de la persona

Fecha

Mano Largo de Román

Esposa

Firma del testigo

Nombre y afinidad

MANIFESTACION DE COMPRESION DEL INFORME  
DE VALORACION DE NECESIDADES DE APOYO

Yo, Ricardo Alberto Román Valencia

He leído o conocido el contenido de este documento.

He podido hacer preguntas sobre él.

He recibido suficiente información sobre su contenido

He hablado con ISABEL CRISTINA GIRALDO.

Comprendo que mi participación es voluntaria y se tuvieron en cuenta mis preferencias.

Estoy de acuerdo con las recomendaciones de apoyo aquí mencionadas.



Firma o huella de la persona valorada

Fecha

Firma del testigo

Nombre y afinidad

Ormaña Largo de Román

Firma del testigo 2

esposa

Nombre y afinidad

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL



JUZGADO ONCE DE FAMILIA ORALIDAD DE CALI  
SANTIAGO DE CALI

PROCESO: INTERDICCION  
DEMANDANTE: OMAIRA VARGAS DE ROMAN  
APOYOS PARA: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA  
Radicado: 760013110011-2019-00200-00

**INFORME SOCIO FAMILIAR EN PROCESO DE REVISION DE  
INTERDICCION<sup>1</sup>**

Fecha de visita socio familiar: 7/03/2022  
Elaboración del informe socio familiar: 8/03/2022

**1.- OBJETIVO**

Dar cumplimiento a lo dispuesto por el despacho en Auto 201 del 9 de febrero de 2022, que ratifico la visita decretada en el auto No. 1527 del 29 de septiembre de 2021, consistente en entrevista a la persona discapacitada para verificar sus condiciones de vida, la composición de su núcleo familiar, establecer en lo posible sus preferencias y voluntad que permitan inferir la coherencia y pertinencia del apoyo requerido.

**2.- TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:**

- Visita domiciliaria por Video Conferencia a través de la aplicación TEAMS o por el medio más idóneo
- Observación al hogar de la persona en condición de discapacidad
- Entrevista semi-estructurada a la persona discapacitada y a los familiares
- Análisis de la dinámica social y familiar.
- Informe Socio Familiar

**3.- CONVERSACION Y OBSERVACION A LA PERSONA  
DISCAPACITADA**

---

<sup>1</sup> Nota: Las conclusiones que se formulan en el presente informe, son el resultado del estudio pericial del caso que nos ocupa, se refiere únicamente y exclusivamente a la situación que existía en el momento de practicarse el estudio, y por ello, los resultados no pueden extrapolarse a otras circunstancias, o condiciones ambientales. Por esta razón, en caso de producirse variación sustancial o modificación de tales circunstancias convendría una nueva evaluación y efectuar un nuevo análisis situacional.

Dijo su nombre, pero no sabe cuantos años tiene, no sabe en qué fecha nació. Dijo que vive con Omaira.

Eso fue todo lo que pudo decir.

No se pudo establecer ningún otro tipo de contacto con la persona en condición de discapacidad, ya que no entiende preguntas y lo que habla no se le entiende.

### **3.1. OBSERVACION PERSONAL Y HABITACIONAL**

Se pudo observar que la persona discapacitada se encontraba aseada, bien vestida. Su habitación con una cama sencilla, un armario con llave en el cual se observan los pañales, y otros cajones pequeños donde está su ropa interior, camisetas y chores, el baño sin lavamanos porque el señor Ricardo lo arranco, y la ducha se suspendió porque mantenía abierta la llave. La habitación tiene una ventana con reja que no tiene vidrio, y una puerta a la que en la noche se le echa llave para que el señor pueda descansar y no camine por toda la casa.

### **4.- CONVERSACION CON LA ESPOSA DE LA PERSONA DISCAPACITADA**

Atiende la visita OMAIRA VARGAS DE ROMAN de 65 años, a quien se le indago acerca de varios aspectos de importancia para el análisis de la situación personal y familiar de la persona discapacitada.

### **5. CONDICIONES GENERALES DE VIDA**

La señora Omaira vive en la Carrera 27 No. 80-19 Barrio Alfonso Bonilla Aragón, residencia propia. Cuenta con 4 habitaciones, dos baños, un patio de ropas pequeño y la cocina, sala comedora, techo de teja y piso de cemento. La casa esta a nombre de la señora Omaira hacer ya varios años.

El señor tiene su propia habitación, no comparten habitación con la esposa debido a que el señor duerme muy mal, se levanta mucho, trastea con el colchón. La pieza de la persona discapacitada tiene baño y tiene piso de baldosa.

En el hogar viven los esposos y la hija Paola Andrea Román Vargas de 35 años.

El señor Ricardo recibe pensión mínima desde septiembre de 2020 y, en el primer piso del hogar tienen un local comercial arrendado por \$1.100 mil pesos. La hija trabaja con Sinergia y recibe ingresos mensuales, en este momento esta incapacitada porque padece de secuela de mielomeningoceles, ya que nació con un tumor en la parte baja de la columna y sus respectivas secuelas.

Con esos ingresos vive el hogar.

## **6.- DERECHOS DEL DISCAPACITADO**

### **6.1. DERECHO A LA SALUD**

La persona discapacitada actualmente tiene la EPS SANITAS, lo atienden en la EPS, la última vez que lo visitaron fue en agosto de 2021.

El diagnóstico del señor Ricardo es Alzheimer según Interconsulta aportada en visita de fecha 1/03/2022, "Paciente con diagnóstico de demencia por enfermedad de Alzheimer grave, quien viene con mejoría en alteraciones conductuales, ciclos biológicos conservados, sin conductas auto o heteroagresivas", al igual un problema de Soriasis en la piel de difícil manejo, según informa la Cuidadora.

Actualmente con, Quetiapina 25 mg Tableta con o sin Recubrimiento, 2 Quetiapina 100mg Tableta con o sin Recubrimiento, Sertralina 50 mg Tableta con o sin Recubrimiento, Clotrimazol Crem 1%, Zinc óxido 25% Ung, ón Cantidad total Entregas 1 Memantina clorhidrato 20mg Tableta con o sin Recubrimiento, Estos medicamentos se los ha recetado el médico general, pues hace un año no lo ve el psiquiatra.

El señor no controla esfínteres, y usa pañal, no obstante ello, se quita el pañal y hace sus necesidades en cualquier lugar de la casa o de la habitación.

Me informa la señora que no ha podido conseguir cita con psiquiatría, a pesar de que tiene la orden médica.

### **6.2. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN**

En el hogar quien se encarga de la preparación de los alimentos es la señora Omaira.

El señor come con su propia mano, aunque ya se le está olvidando comer y bota la comida.

Toma líquidos y come sólidos, no tiene dieta especial. No tiene complemento alimentario recetado.

### **6.3. DERECHO A TENER UNA FAMILIA**

Aparte de los miembros que viven en el hogar, y aunque tiene hermanos el señor Ricardo, estos no lo visitan, en este momento lo ha visitado una hermana de nombre Clara Rosa Román. La señora Omaira manifiesta que durante el tiempo que el señor estuvo con buena salud, se visitaba con la familia, luego que se enfermó, dejaron de visitarlo.

Como familia no pueden salir porque el señor no quiere caminar, es muy difícil el manejo. Ellos regularmente no han sido de ir a paseos.

## **7.- TIPO DE COMUNICACIÓN QUE UTILIZA EL DISCAPACITADO:**

### **7.1. Cómo se comunica:**

El señor ya no se comunica porque no se entiende lo que dice, ya que habla enredado y tampoco entiende lo que se le dice, por lo que no puede expresar sus deseos o gustos, tampoco si le duele algo.

La señora Omaira lo que hace es, servirle la comida a horas, pero él no la pide. En cambio, si hay otras comidas servidas si es posible que trate de comérselas.

## **8.- DATOS BIOGRAFICOS DEL DISCAPACITADO**

El discapacitado nació el 27 de Junio de 1954 en Quindío, por lo que tiene 67 años.

## **9.- AUTODETERMINACION**

### **9.1.- Maneja autonomía para:**

- No maneja autonomía para ningún acto personal, familiar o social.

### **9.2.- Requiere apoyo para:**

- Ir al médico
- Cuidados de Salud (citas médicas), reclamaciones, derechos de petición y/o presentación de tutelas a su nombre.
- Para reclamar medicamentos
- Para tomar la medicina

- Para bañarse
- Para vestirse
- Para preparar los alimentos
- Reclamación de la pensión
- Para el manejo del dinero en Bancos
- Tomar decisión de ser institucionalizado o no.

## **10.- PREFERENCIAS DEL DISCAPACITADO**

La persona discapacitada no pudo expresar su preferencia, ya que no se puede tener comunicación con ella, pues habla enredado y no se entiende lo que expresa.

## **11.- METAS Y ASPIRACIONES DEL DISCAPACITADO.**

La persona discapacitada no puede expresar metas o aspiraciones personales y/o sociales.

## **12.-COMO SE RELACIONA**

### **12.1. Círculo Cercano**

- No puede comunicarse con ninguno de los familiares que viven en su casa con él.

### **12.2. Familia Extendida**

- A pesar de que tiene familia extensa no lo visitan.

### **12.3.Red Comunitaria**

- Vecinos: si preguntan por su salud
- Amigos no preguntan por el

## **13.-SOBRE EL PROCESO**

Manifiesta la señora Omaira que está adelantando este proceso de adjudicación de Apoyos, es para poder manejar los dineros de la pensión del señor.

Igualmente para tomar una decisión si interna o no al señor Ricardo porque ella se siente que no va a poder manejarlo más, porque cada día se hace mas difícil.

Para todos los asuntos médicos.

### **¿QUIEN SERIA LA PERSONA O PERSONAS QUE APOYARIAN AL SEÑOR RICARDO?**

Dijo la señora Omaira que ella quedaría como apoyo en todos los asuntos del señor Ricardo, ya que es su esposa y ha sido quien lo ha cuidado y brindado todo lo necesario en términos personales, familiares y sociales.

Que podría quedar su hija PAOLA ANDREA ROMAN VARGAS como un apoyo adicional en caso de que la señora Omaira no pueda realizar alguna gestión a favor de su esposo.

### **ANALISIS DEL CASO Y CONCLUSIONES**

Durante la visita socio familiar se logró que la persona discapacitada manifestara su nombre y el nombre de su esposa, luego de lo cual no se pudo hablar más con el señor Ricardo pues no se le entiende lo que habla, pues lo hace en forma muy enredada.

El señor Ricardo está rodeado de su familia inmediata, como lo es la esposa y la hija. Que es la esposa quien ejerce su labor de cuidadora del discapacitado, desde el 2014 que aproximadamente le diagnosticaron la enfermedad.

Que, no se pudo tener ningún tipo de comunicación con el señor Ricardo, ni verbal, ni por ruidos, ni por señas.

Igualmente se estableció que la persona no está postrada en cama, pero utiliza pañal ya que no controla esfínteres, y aun así en ocasiones hace sus necesidades en cualquier sitio de la casa o su habitación.

El señor Ricardo por su enfermedad de base, no puede desempeñarse en su entorno íntimo, no puede realizar actividades como cocinar, comer, bañarse y vestirse solo, ir al médico, reclamar medicinas, ir a un banco, manejar dinero o cualquier otra actividad, tampoco tiene capacidad de interacción con su familia u otros.

Por tanto, la persona en condición de discapacidad señor Ricardo, No tiene AUTONOMIA, que consiste en:

“Capacidad que tiene una persona de establecer sus propias normas y regirse por ellas a la hora de tomar

decisiones. Este concepto abarca características y elementos como los siguientes:

- Principio fundamental de la igualdad de derechos de las personas con discapacidad
- Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria
- Habilidad social para interrelacionarse con los demás
- Potencial de pensamiento, educación emocional y valores morales
- Derecho a decidir, sentir, pensar y actuar”<sup>2</sup>

En el caso que nos ocupa la discapacidad que padece el señor Ricardo requiere de todos los apoyos Asistenciales según la definición que trae la Ley 1996 en el numeral 4 del Artículo 3°:

“4. Apoyos. Los apoyos de los que trata la presente ley son tipos de asistencia que se prestan a la persona con discapacidad para facilitar el ejercicio de su capacidad legal. Esto puede incluir la asistencia en la comunicación, la asistencia para la comprensión de actos jurídicos y sus consecuencias, y la asistencia en la manifestación de la voluntad y preferencias personales.”

Se relacionan los apoyos que requiere el señor Ricardo:

- Ir al médico
- Cuidados de Salud (citas médicas), reclamaciones, derechos de petición y/o presentación de tutelas a su nombre.
- Para reclamar medicamentos
- Para tomar la medicina
- Para bañarse
- Para vestirse
- Para preparar los alimentos
- Reclamación de la pensión y /o solicitar su reliquidación
- Para el manejo del dinero en Bancos y demás.
- Para decidir si debe o no ser institucionalizado

Luego de identificar que, la persona que ha garantizado y garantiza los derechos de RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA, es su esposa, señora OMAIRA VARGAS DE ROMAN, se concluye que debe ser ella quien, continúe siendo el APOYO de su esposo.

---

<sup>2</sup> Protocolo de Atención Inclusiva en el Acceso a la Justicia para Personas con Discapacidad. Ministerio de Justicia y del Derecho Grupo de Fortalecimiento a la Justicia con Enfoque de Género. Pág. 4

Que como un segundo apoyo este podría ser realizado por la hija señora Paola Andrea Román Vargas.

Se adjunta ultima historia clínica con el fin de aclarar la enfermedad de base del señor Ricardo Alberto Román Valencia.

Hasta aquí el informe.



*Claudia Fernanda Silva Sierra  
C.C. 31.978.652 Cali*

**CLAUDIA FERNANDA SILVA SIERRA**  
ASISTENTE SOCIAL GRADO 01

# EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Cali - NIT. 800251440  
Calle 5E N° 43 -05 Piso 3.Teléfono: (+572) 3931040  
Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA  
Identificación: CC 16585031 - Sexo: Masculino - Edad: 67 Años

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No. 0577 - 39196477

Vigencia del tratamiento: Desde 25/08/2021 hasta 23/11/2021

CALI (SANTIAGO DE CALI)  
25/08/2021, 10:17:47  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-7911977-1-1  
Historia Clínica: 16585031  
Tipo de Usuario: Contributivo

## DIAGNÓSTICO(S):

(F419) ,(F009) ,(L409)

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total	Entregas
1	<b>Memantina clorhidrato 20mg Tableta con o sin Recubrimiento</b> Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s).	90 (noventa ) tableta	3

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

## MÉDICO



Jhoan Sebastian Cuero Montalvo - Medicina General  
CC 1143981039 - RM. 1143981039

- Impreso: 25/08/2021, 12:04:20

Firmado Electrónicamente

## DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Firma del paciente

**Original** Impresión realizada por: jsucero

EPS Sanitas Centro Medico Cali - NIT. 800251440  
Calle 5E N° 43 -05 Piso 3.Teléfono: (+572) 3931040

Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA  
Identificación: CC 16585031 - Sexo: Masculino - Edad: 67 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)  
25/08/2021, 10:17:47  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-7911977-1-1  
Historia Clínica: 16585031  
Tipo de Usuario: Contributivo

**DIAGNÓSTICO(S):**

(F419) ,(F009) ,(L409)

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total	Entregas
1	<b>Memantina clorhidrato 20mg Tableta con o sin Recubrimiento</b> Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s).	90 (noventa ) tableta	3

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

**MÉDICO**

Jhoan Sebastian Cuero Montalvo - Medicina General  
CC 1143981039 - RM. 1143981039

- Impreso: 25/08/2021, 12:04:20

Firmado Electrónicamente

**DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE**

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Firma del paciente

**Copia** Impresión realizada por: jsucero

EPS Sanitas Centro Medico Cali - NIT. 800251440  
Calle 5E N° 43 -05 Piso 3.Teléfono: (+572) 3931040  
Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA  
Identificación: CC 16585031 - Sexo: Masculino - Edad: 67 Años

Vigencia del tratamiento: Desde 25/08/2021 hasta 23/11/2021

CALI (SANTIAGO DE CALI)  
25/08/2021, 10:15:44  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-7911977-1-1  
Historia Clínica: 16585031  
Tipo de Usuario: Contributivo

### DIAGNÓSTICO(S):

(F419) ,(F009) ,(L409)

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total	Entregas
1	<b>Quetiapina 25 mg Tableta con o sin Recubrimiento</b> Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). 1 tab a las 8am	90 (noventa ) tableta	3
2	<b>Quetiapina 100mg Tableta con o sin Recubrimiento</b> Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). 1 tab a las 8pm	90 (noventa ) tableta	3
3	<b>Sertralina 50 mg Tableta con o sin Recubrimiento</b> Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). 1 TAB DESPUES DEL DESAYUNO	90 (noventa ) tableta	3

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

### MÉDICO



Jhoan Sebastian Cuero Montalvo - Medicina General  
CC 1143981039 - RM. 1143981039

- Impreso: 25/08/2021, 12:04:20

Firmado Electrónicamente

### DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Firma del paciente

**Original** Impresión realizada por: jsucero

EPS Sanitas Centro Medico Cali - NIT. 800251440  
Calle 5E N° 43 -05 Piso 3.Teléfono: (+572) 3931040  
Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA  
Identificación: CC 16585031 - Sexo: Masculino - Edad: 67 Años

Vigencia del tratamiento: Desde 25/08/2021 hasta 23/11/2021

CALI (SANTIAGO DE CALI)  
25/08/2021, 10:15:44  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-7911977-1-1  
Historia Clínica: 16585031  
Tipo de Usuario: Contributivo

### DIAGNÓSTICO(S):

(F419) ,(F009) ,(L409)

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total	Entregas
1	<b>Quetiapina 25 mg Tableta con o sin Recubrimiento</b> Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). 1 tab a las 8am	90 (noventa ) tableta	3
2	<b>Quetiapina 100mg Tableta con o sin Recubrimiento</b> Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). 1 tab a las 8pm	90 (noventa ) tableta	3
3	<b>Sertralina 50 mg Tableta con o sin Recubrimiento</b> Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). 1 TAB DESPUES DEL DESAYUNO	90 (noventa ) tableta	3

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

### MÉDICO



Jhoan Sebastian Cuero Montalvo - Medicina General  
CC 1143981039 - RM. 1143981039

- Impreso: 25/08/2021, 12:04:20

Firmado Electrónicamente

### DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Firma del paciente

**Copia** Impresión realizada por: jsucero

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO CON USO NO INCLUIDO EN EL REGISTRO SANITARIO (UNIRS)**

1. Por la presente autorizo al Profesional **JHOAN SEBASTIAN CUERO MONTALVO** a prescribirme o al (la) paciente **RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA** el siguiente medicamento como se registra a continuación:
  - 1 **Quetiapina 100mg Tableta con o sin Recubrimiento, Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). 1 tab a las 8pm.**
2. El (La) Profesional **JHOAN SEBASTIAN CUERO MONTALVO** me ha explicado la naturaleza y el propósito de la prescripción del medicamento relacionado. También me ha informado que el uso que está dando al medicamento NO se encuentra dentro de las indicaciones registradas ante la autoridad competente a nivel nacional (INVIMA) para el uso del mismo. Sin embargo se han agotado otras alternativas de tratamiento y el uso actual que pretende tiene evidencia científica debidamente avalada por el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual ha sido incluido en la LISTA UNIRS con indicación explícita en el contexto de mi (el) diagnóstico actual.
3. Igualmente me ha informado los posibles riesgos relacionados con su administración, en particular los siguientes:
  - 1 **Puede causar: hipotensión ortostática, taquicardia, elevación del colesterol y los triglicéridos, ganancia de peso, dolor abdominal, constipación, náuseas y vómitos, boca seca, mareos, extrapiramidalismo, somnolencia, temblor.**
4. Se me ha informado de las alternativas de tratamiento existentes y de las ventajas del tratamiento a realizar. Así mismo, se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con esta intervención.
5. Se me ha informado y entiendo que durante el tratamiento con el (los) medicamento(s) pueden presentarse situaciones previstas o imprevistas que requieran la modificación del esquema de tratamiento, incluso la suspensión del mismo y la realización de intervenciones adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estas intervenciones si el profesional tratante lo juzga conveniente, una vez se me informe sobre el propósito, beneficios y posibles riesgos de las mismas.
6. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.
7. Finalmente manifiesto que he recibido y comprendido toda la información respecto al medicamento propuesto y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable \*

C.C.

\_\_\_\_\_  
Testigo

C.C.

Dirección:

Teléfono:

\* Parentesco:

(si firma una persona que no sea el paciente)

**Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del medicamento descrito(s) en el numeral 1 y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia han formulado. Así mismo manifiesto que conozco y he aplicado en este caso los criterios clínicos pertinentes y los contemplados en la normatividad nacional vigente para el USO NO INCLUIDO EN EL REGISTRO SANITARIO de dicho medicamento.**



\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional

C.C. / Reg. Prof.:

Sede: **EPS Sanitas Centro Medico Cali**

Fecha: **25/08/2021**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO CON USO NO INCLUIDO EN EL REGISTRO SANITARIO (UNIRS)**

1. Por la presente autorizo al Profesional **JHOAN SEBASTIAN CUERO MONTALVO** a prescribirme o al (la) paciente **RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA** el siguiente medicamento como se registra a continuación:
  - 1 **Quetiapina 25 mg Tableta con o sin Recubrimiento, Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s). 1 tab a las 8am.**
2. El (La) Profesional **JHOAN SEBASTIAN CUERO MONTALVO** me ha explicado la naturaleza y el propósito de la prescripción del medicamento relacionado. También me ha informado que el uso que está dando al medicamento NO se encuentra dentro de las indicaciones registradas ante la autoridad competente a nivel nacional (INVIMA) para el uso del mismo. Sin embargo se han agotado otras alternativas de tratamiento y el uso actual que pretende tiene evidencia científica debidamente avalada por el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual ha sido incluido en la LISTA UNIRS con indicación explícita en el contexto de mi (el) diagnóstico actual.
3. Igualmente me ha informado los posibles riesgos relacionados con su administración, en particular los siguientes:
  - 1 **Puede causar: hipotensión ortostática, taquicardia, elevación del colesterol y los triglicéridos, ganancia de peso, dolor abdominal, constipación, náuseas y vómitos, boca seca, mareos, extrapiramidalismo, somnolencia, temblor.**
4. Se me ha informado de las alternativas de tratamiento existentes y de las ventajas del tratamiento a realizar. Así mismo, se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con esta intervención.
5. Se me ha informado y entiendo que durante el tratamiento con el (los) medicamento(s) pueden presentarse situaciones previstas o imprevistas que requieran la modificación del esquema de tratamiento, incluso la suspensión del mismo y la realización de intervenciones adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estas intervenciones si el profesional tratante lo juzga conveniente, una vez se me informe sobre el propósito, beneficios y posibles riesgos de las mismas.
6. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.
7. Finalmente manifiesto que he recibido y comprendido toda la información respecto al medicamento propuesto y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable \*

C.C.

\_\_\_\_\_  
Testigo

C.C.

Dirección:

Teléfono:

\* Parentesco:

(si firma una persona que no sea el paciente)

**Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del medicamento descrito(s) en el numeral 1 y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia han formulado. Así mismo manifiesto que conozco y he aplicado en este caso los criterios clínicos pertinentes y los contemplados en la normatividad nacional vigente para el USO NO INCLUIDO EN EL REGISTRO SANITARIO de dicho medicamento.**



\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional

C.C. / Reg. Prof.:

Sede: **EPS Sanitas Centro Medico Cali**

Fecha: **25/08/2021**

EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - NIT. 800251440

Cra 42 No. 5E - 22.Teléfono: 3931040

Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA

Identificación: CC 16585031 - Sexo: Masculino - Edad: 67 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)

01/03/2022, 14:24:56

Contrato E.P.S Sanitas: 10-7911977-1-1

Historia Clínica: 16585031

Tipo de Usuario: Contributivo

### DIAGNÓSTICO(S):

(F000) ,(R32X) ,(L409)

### CONSULTA NO PRESENCIAL / PROGRAMA ESPECIAL (Exento de cuota moderadora)

### ESTOS MEDICAMENTOS NO REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN SI USTED ES USUARIO DE EPS SANITAS

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total
1	<b>Clotrimazol Crem 1%</b> Aplicar (tópica o externamente) cada 1 hora(s) por 1 día(s). uso indicado	3 (tres) tubo
2	<b>Zinc óxido 25% Ung</b> Aplicar (tópica o externamente) cada 1 hora(s) por 1 día(s). un pote por mes	3 (tres) pote

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

### MÉDICO



Claudia Patricia Cardona A.  
MÉDICO CIRUJANO  
UNIV. LIBRE CALI  
R.M. 55145

Claudia Cardona - Medicina General

CC 31197232 - RM. 31197232

- Impreso: 01/03/2022, 14:29:42

Firmado Electrónicamente

### DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Firma del paciente

**Original** Impresión realizada por: clcardona

# EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - NIT. 800251440

Cra 42 No. 5E - 22.Teléfono: 3931040

Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA

Identificación: CC 16585031 - Sexo: Masculino - Edad: 67 Años

FÓRMULA MÉDICA USO AGUDO No. 0582 - 44841167

CALI (SANTIAGO DE CALI)

01/03/2022, 14:24:56

Contrato E.P.S Sanitas: 10-7911977-1-1

Historia Clínica: 16585031

Tipo de Usuario: Contributivo

## DIAGNÓSTICO(S):

(F000) ,(R32X) ,(L409)

## CONSULTA NO PRESENCIAL / PROGRAMA ESPECIAL (Exento de cuota moderadora)

### ESTOS MEDICAMENTOS NO REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN SI USTED ES USUARIO DE EPS SANITAS

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total
1	<b>Clotrimazol Crem 1%</b> Aplicar (tópica o externamente) cada 1 hora(s) por 1 día(s). uso indicado	3 (tres) tubo
2	<b>Zinc óxido 25% Ung</b> Aplicar (tópica o externamente) cada 1 hora(s) por 1 día(s). un pote por mes	3 (tres) pote

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

## MÉDICO



Claudia Patricia Cardona A.  
MÉDICO CIRUJANO  
UNIV. LIBRE CALI  
R.M. 55145

Claudia Cardona - Medicina General

CC 31197232 - RM. 31197232

- Impreso: 01/03/2022, 14:29:42

Firmado Electrónicamente

## DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Firma del paciente

**Copia** Impresión realizada por: clcardona

# EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - NIT. 800251440

Cra 42 No. 5E - 22.Teléfono: 3931040

Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA

Identificación: CC 16585031 - Sexo: Masculino - Edad: 67 Años

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No. 0582 - 44840714

CALI (SANTIAGO DE CALI)

01/03/2022, 14:25:49

Contrato E.P.S Sanitas: 10-7911977-1-1

Historia Clínica: 16585031

Tipo de Usuario: Contributivo

## DIAGNÓSTICO(S):

(F000) ,(R32X) ,(L409)

**ESTOS MEDICAMENTOS REQUIEREN UNA AUTORIZACION SI USTED ES USUARIO DE EPS SANITAS**

**CONSULTA NO PRESENCIAL / PROGRAMA ESPECIAL (Exento de cuota moderadora)**

**ESTOS MEDICAMENTOS NO ESTÁN CUBIERTOS POR SU PLAN DE SALUD**

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total
1	<b>Pañal Adulto Talla M</b> No aplica 3 Unidad cada 24 hora(s) por 90 día(s).	270 (doscientos setenta ) Unidad

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

**MÉDICO**



Claudia Patricia Cardona A.  
MÉDICO CIRUJANO  
UNIV. LIBRE CALI  
R.M. 55145

Claudia Cardona - Medicina General

CC 31197232 - RM. 31197232

- Impreso: 01/03/2022, 14:29:42

Firmado Electrónicamente

**DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE**

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Firma del paciente

**Original** Impresión realizada por: clcardona

# EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - NIT. 800251440

Cra 42 No. 5E - 22.Teléfono: 3931040

Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA

Identificación: CC 16585031 - Sexo: Masculino - Edad: 67 Años

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No. 0582 - 44840714

CALI (SANTIAGO DE CALI)

01/03/2022, 14:25:49

Contrato E.P.S Sanitas: 10-7911977-1-1

Historia Clínica: 16585031

Tipo de Usuario: Contributivo

## DIAGNÓSTICO(S):

(F000) ,(R32X) ,(L409)

**ESTOS MEDICAMENTOS REQUIEREN UNA AUTORIZACION SI USTED ES USUARIO DE EPS SANITAS**

**CONSULTA NO PRESENCIAL / PROGRAMA ESPECIAL (Exento de cuota moderadora)**

**ESTOS MEDICAMENTOS NO ESTÁN CUBIERTOS POR SU PLAN DE SALUD**

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total
1	<b>Pañal Adulto Talla M</b> No aplica 3 Unidad cada 24 hora(s) por 90 día(s).	270 (doscientos setenta ) Unidad

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

## MÉDICO



Claudia Patricia Cardona A.  
MÉDICO CIRUJANO  
UNIV. LIBRE CALI  
R.M. 55145

Claudia Cardona - Medicina General

CC 31197232 - RM. 31197232

- Impreso: 01/03/2022, 14:29:42

Firmado Electrónicamente

## DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Firma del paciente

**Copia** Impresión realizada por: clcardona

Fecha: 01/03/2022, 14:10:16

**DATOS DEL PRESTADOR**

EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - NIT. 800251440

Código: 760010904304

Dirección: Cra 42 No. 5E - 22 - Teléfono: 3931040

Departamento: 76-VALLE

- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas

Código: EPS005

**DATOS DEL RESPONSABLE**

Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA - Identificación: CC 16585031

Dirección: cali - Teléfono(s): 3146003877

Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

**NUMERO DE APROBACION: 177555705****DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA

Identificación: CC 16585031 - Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 27/06/1954 - Edad: 67 Años

Dirección: cali - Teléfono(s): 3146003877

Correo electrónico: paolaroman4110@gmail.com

Carné: 10-7911977-1-1 - Historia Clínica: 16585031

Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

Cobertura en salud: Régimen Contributivo

**DATOS DE LA INTERCONSULTA****Servicio referente:** Consulta Externa**Interconsulta a:** Psiquiatría**Motivo referencia:** Por solicitud del médico tratante**Prioridad:** No prioritario**Resumen de historia clínica****Ver página(s) anexa(s)****Justificación / Observaciones****Justificación:** se remite a psiquiatría para dar continuidad al control por alzheimer y llevar un año sin control ,al cual debía asistir a los dos meses del ultimo control**Observaciones:** se remite a psiquiatría para dar continuidad al control por alzheimer y llevar un año sin control ,al cual debía asistir a los dos meses del ultimo control**RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).****ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA****Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO ROOSEVELT  
CRA 42 NRO 5E 22, 018000940304, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE****“Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta”****DATOS DEL MÉDICO**Claudia Patricia Cardona A.  
MÉDICO CIRUJANO  
UNIV. LIBRE CALI  
E.M. 59145

Claudia Cardona - Medicina General

CC 31197232 - Registro médico 31197232

- Impreso: 01/03/2022, 14:29:42

Impresión realizada por: clcardona

Página

1

de

2

**Original**

Firmado Electrónicamente

EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - NIT. 800251440  
Dirección: Cra 42 No. 5E - 22 - Teléfono: 3931040  
Nombre: RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA  
Identificación: CC 16585031 - Sexo: Masculino - Edad: 67 Años

## NUMERO DE APROBACION: 177555705

CALI (SANTIAGO DE CALI)  
01/03/2022, 14:10:16  
Carné: 10-7911977-1-1 - Historia Clínica: 16585031  
Historia Clínica: 16585031  
Tipo de Usuario: Contributivo

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

## MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, RICARDO ALBERTO ROMAN VALENCIA.

Motivo de consulta: para la remisión al psiquiatra.

Enfermedad Actual: paciente en último control por psiquiatría en mayo/21 que en esa consulta comentó: " Paciente con diagnóstico de demencia por enfermedad de Alzheimer grave, quien viene con mejoría en alteraciones conductuales, ciclos biológicos conservados, sin conductas auto o heteroagresivas, por el momento no realizo otras modificaciones en esquema farmacológico, realizo psicoeducación a familiar sobre diagnóstico y pronóstico. control en 2 meses."

solicita se le formule pañales

comenta la esposa que también usa clotrimazol por lesiones al parecer micóticas en la piel .

## ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

se remite a psiquiatría para dar continuidad al control por alzheimer y llevar un año sin control ,al cual debía asistir a los dos meses del último control

## DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Demencia en la enfermedad de Alzheimer, de comienzo temprano (F000), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: Incontinencia urinaria, no especificada (R32X), Confirmado repetido.

Diagnóstico Asociado 2: Psoriasis, no especificada (L409), Confirmado repetido.

## RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se formula Zinc óxido 25% Ung Aplicar (tópica o externamente) cada 1 hora(s) por 1 día(s), Pañal Adulto Talla M No aplica 3 Unidad cada 24 hora(s) por 90 día(s), Clotrimazol Crem 1% Aplicar (tópica o externamente) cada 1 hora(s) por 1 día(s).

- Se solicita interconsulta a Psiquiatría.

## ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO ROOSEVELT  
CRA 42 NRO 5E 22, 018000940304, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

## DATOS DEL MÉDICO

Claudia Cardona - Medicina General  
CC 31197232 - Registro médico 31197232

- Impreso: 01/03/2022, 14:29:42

Original

Impresión realizada por: clcardona

Página 2 de 2

Firmado Electrónicamente