

14212, 7

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

RECONOCIMIENTO DEL GRADO DE DISCAPACIDAD (Código procedimiento: 69)

MOTIVO DE LA VALORACIÓN (señale con X lo que proceda)

☒ Valoración inicial☐ Revisión por agravamiento/mejora☐ Pensionista INSS

R.D. 1971/1999 de 23 de diciembre (B.O.E. De 26 de enero de 2000)

RDL 1/2013 de 29 de noviembre (B.O.E. de 3 de diciembre de 2013)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE:

AHANOR, HELEN

FECHA NACIMIENTO:

15/10/1974

SEXO:

☐ V☒ M

DNI/NIE/NIF:

X7882845D

NACIONALIDAD:

NIGERIANA

DOMICILIO:

TIPO VÍA:

CALLE

NOMBRE VÍA:

INES 24 2R

KM. VÍA:

LETRA:

NÚMERO:

ESCALERA:

PISO:

PUERTA:

LOCALIDAD:

ROQUETAS DE MAR

PROVINCIA:

ALMERIA

PAÍS:

ESPAÑA

C. POSTAL:

4 7 4 0

TELÉFONO:

632272761

MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

¿ES USTED EMIGRANTE ANDALUZ/ANDALUZA RETORNADO/A?:

☐ SÍ☒ NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA FECHA DE RETORNO DEFINITIVO:

APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:

DNI/NIE/NIF:

RELACIÓN CON LA PERSONA SOLICITANTE:

☐ REPRESENTANTE LEGAL☐ GUARDADOR/A DE HECHO

DOMICILIO:

TIPO VÍA:

NOMBRE VÍA:

KM. VÍA:

LETRA:

NÚMERO:

ESCALERA:

PISO:

PUERTA:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

PAÍS:

C. POSTAL:

TELÉFONO:

MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

2 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS

CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO

Marque una de las opciones.

☒ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de los datos de residencia de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.☐ **NO CONSIENTE** y aporta fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.

CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE

Marque una de las opciones.

☒ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.☐ **NO CONSIENTE** y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

CONSENTIMIENTO EXPRESO DESEMPLEO

Marque una de las opciones.

☒ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de situación de desempleo e inscripción como demandante de empleo a través del Sistema de Verificación de Datos de Desempleo☐ **NO CONSIENTE** y aporta fotocopia autenticada de documentación acreditativa de situación de desempleo e inscripción como demandante de empleo.

001809/5D

2 CONSENTIMIENTOS EXPRESOS (Continuación)

CONSENTIMIENTO EXPRESO FAMILIA NUMEROSA

Marque una de las opciones.

- ☒ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de los datos de Familia Numerosa a través del Sistema de Verificación de Datos de Familia Numerosa
- ☐ **NO CONSENTE** y aporta fotocopia autenticada del Libro de Familia Numerosa.

CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE DATOS DE SALUD

Marque una de las opciones.

- ☒ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de los datos de Salud a través del sistema DIRAYA
- ☐ **NO CONSENTE** y aporta informes médicos y/o psicológicos correspondientes.

CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE DATOS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Marque una de las opciones.

- ☒ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de los datos de Atención Infantil Temprana a través del Sistema ALBORADA
- ☐ **NO CONSENTE** y aporta informe correspondiente del Centro de Atención temprana.

CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE CONDICIÓN DE PENSIONISTA POR INVALIDEZ DEL INSS/CLASES PASIVAS

Marque una de las opciones.

- ☒ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de los datos de condición de Pensionista por Invalidez del INSS/CLASES PASIVAS a través del Sistema de Verificación de Datos de Prestaciones del Registro de Prestaciones Sociales Públicas
- ☐ **NO CONSENTE** y aporta Resolución del INSS/Certificado actualizado correspondiente.

CONSENTIMIENTO EXPRESO CONSULTA DE EDUCACIÓN

Marque una de las opciones.

- ☒ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de los datos de Educación a través del Sistema SENECA
- ☐ **NO CONSENTE** y aporta informes correspondientes actualizados de los Equipos Especiales de Educación.

3 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Marque solo una opción.

- ☒ **OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:

DOMICILIO NOTIFICACIONES:

TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:

CALLE

INES

NÚMERO:

24

LETRA:

KM EN LA VÍA:

BLOQUE:

PORTAL:

ESCALERA:

PLANTA:

2º

PUERTA:

r

NÚCLEO DE POBLACIÓN:

roquetas d emar

PROVINCIA:

almeria

PAÍS:

ESPAÑA

CÓD. POSTAL:

0 4 7 4 0

NÚMERO TELÉFONO:

NÚMERO FAX:

CORREO ELECTRÓNICO:

- ☐ **OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.

En tal caso:

- ☐ Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.
- ☐ Manifiesto que **NO** dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que **AUTORIZO** a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.
- Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.

Apellidos y nombre:

DNI/NIE:

Correo electrónico:

Nº teléfono móvil:

4 DATOS DE LA DISCAPACIDAD

LA DISCAPACIDAD QUE ALEGA ES:

☒ FÍSICA☐ PSÍQUICA☐ SENSORIAL

TIENE RECONOCIDO GRADO DE DISCAPACIDAD:

☐ SÍ☐ NO

GRADO:

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE PROVINCIA:

Y AÑO:

5 DOCUMENTOS A APORTAR (Junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsu)

5.1 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

- ☒ Fotocopia de todos los informes médicos y/o psicológicos que avalen la discapacidad alegada.
- ☐ En caso de revisión por agravamiento: Fotocopia de los informes que acrediten dicho agravamiento.

001809/5D

5	DOCUMENTOS A APORTAR (Junto con las fotocopias, deben aportar los documentos originales para su compulsia) (Continuación)																				
5.2	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA O DE SUS AGENCIAS																				
☐	Ejerczo el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano instructor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren.																				
	<table border="1"><thead><tr><th>Documento</th><th>Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó</th><th>Fecha de emisión o presentación</th><th>Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Documento	Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó	1				2				3							
Documento	Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó																		
1																					
2																					
3																					
5.3	AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES																				
☐	Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos disponibles en soporte electrónico:																				
	<table border="1"><thead><tr><th>Documento</th><th>Administración Pública</th><th>Fecha emisión/ presentación</th><th>Órgano</th><th>Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Documento	Administración Pública	Fecha emisión/ presentación	Órgano	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó	1					2					3				
Documento	Administración Pública	Fecha emisión/ presentación	Órgano	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó																	
1																					
2																					
3																					

6	DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento	
En <u>ROQUETAS D EMAR</u> a <u>18</u> de <u>marzo</u> de 2.022	
LA PERSONA SOLICITANTE / REPRESENTANTE	
Fdo.: HELEN AHANOR 	

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE EDUCACIÓN, DEPORTE, IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES Y CONCILIACIÓN EN ALMERÍA

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

A	0	1	0	2	5	9	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la persona titular de la Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión, cuya dirección es Av. Hytasa, 14 CP: 41071 Sevilla
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dirección dpd cipsc@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la obtención del Grado de Discapacidad, cuya base jurídica es la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica:
<http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

PERMISO DE RESIDENCIA E19412810

HELEN AHANOR

13-04-22

ROQUETAS DE MAR

RESIDENCIA

CINES 24 P02

ROQUETAS DE MAR

ALMERIA

X7882845-D

26-04-17

ALP

15-10-74 BENIN CITY-NGA
M-F NIGERIA-NGA
RESIDENCIA LARGA DURACION.
AUTORIZA A TRABAJAR

IRESPE194128102<X7882845D<<<<<
7410150F2204134NGA<<<<<<<<<<4
AHANOR<<HELEN<<<<<<<<<<<<<<<<

HOJA DE SEGUIMIENTO DE CONSULTA

NHC: 300000006189464 Apellidos y
nombre:

AHANOR, HELEN

NUSS: 341006008256

Sexo: Mujer

Edad: 47 años

Clave médica: 4452195

Médico actual: AGUILERA LOSADA, MARIA DEL PILAR

CONSULTA

Principal motivo de consulta: SOLICITA INFORME MEDICO DE SALUD Fecha de la consulta: 15/03/2022

Anamnesis

PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD, QUE SEGUN SU HISTORIAL MEDICO QUE CONSTA EN ESTE CENTRO DE SALUD, Y LOS INFORMES MEDICOS DE ESPECIALISTAS QUE APORTA, PRESENTA LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES PERSONALES:

21/10/2021: RESULTADOS DE RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA: HALLAZGOS: Signos de espondilosis y cambios degenerativos. Predominan cambio Modic 2. Disminución de la señal en secuencias T2 de los discos intervertebrales. Leve protrusión discal posterior L2-L3. Pequeña protrusión discal foraminal derecha L3-L4. Protrusión discal foraminal derecha L4-L5 con obliteración significativa del neuroforamen y un claro contacto radicular emergente. Protrusión discal posterocentral L5-S1 que contacta con ambas raíces sacras S1.

Diámetros del canal vertebral respetado. Hipertrofia facetaria que contribuye a disminuir los diámetros foraminales a predominio L4-L5.

Cono medular y raíces de la cola de caballo sin evidencia de lesiones. Angioma óseo L1. CONCLUSION: Artropatía. Discopatía múltiple.

01/12/2021: INFORME DE CARDIOLOGIA: Diagnóstico Principal HTA actualmente mejor controlada. No cardiopatía estructural significativa.

Otros diagnóstico Procedimientos Tratamiento -Dieta sin sal, ni grasas.- Suspender barnidipino.- Carduran neo 4 mg 1c/cena. Modificar dosis en función de TA. Resto igual. Control por su médico de AP.

ACTUALMENTE EN ESPERA DE CITA CON MEDICINA FISICA Y REHABILITACION.

ADJUNTA HOJA DE MEDICACION ACTUAL.

PARA QUE CONSTE, A INSTANCIAS DEL INTERESADO.
UN SALUDO

Exploracion (Sin datos asociados)

Juicios clínicos

Juicio clínico

Código Descripción

Constantes (Sin datos asociados)

PLAN DE ACTUACIÓN

Plan de actuación (Sin datos asociados)

Texto (Sin datos asociados)

HSC registrada AGUILERA LOSADA, MARIA DEL PILAR (4452195G)
por:

M^a Pilar Aguilera Losada
CNP: 00/0176289/40

Informe Generado por: AGUILERA LOSADA, MARIA DEL PILAR.

FECHA: 15/03/2022 Firma: