# PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

**Versión 3**
**30/04/2024**

| | | |
|---|---|---|
| **Municipio: Santa Rosa deCabal** | **Barrio o Vereda:LA EUGENIA** | **DIRECCION : MANZANA G CASA 131** |
| | | **FICHA FAMILIAR NUMERO:2024403** |

| | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **V1** | **11-ago** | **2024** | **V2** | 03 | 09 | 2024 | **V3** | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Responsable 1: Antonio Oviedo** | **Responsable 1:YERALDID GARCIA** | **Responsable 1:** |
| **Responsable 2:** | **Responsable 2:ISABEL LOPEZ** | **Responsable 2:** |

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre del Jefe del Hogar:MANUELA OSPINA GIMENEZ** | **NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA :MANUELA OSPINA GIMENEZ** | **N° telefono contacto:3128862353** |

| **VISITA No.** | **OBSERVACIONES** |
|---|---|
| **V1** | **Se realiza visita de caracterización e identificación de riesgo de la familia en general** |
| **V2** | **ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:** VISITA DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO Y MONITOREO DE LOS LOGROS PLANEADOS EN LA PRIMER VISITA |
| **V3** | **ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:** |

## CUIDADO FAMILIAR

**Tipos de riesgo en los hallazgos:** **Alto.** A **Medio.** M **Bajo.** B

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NO PERMITE EL INGRESO A LA VIVIENDA | **Se encuentra familia Monoparental,conformada por Maria Dignora Gimenez Molina, Maria Gael Molina Guarin, y quien recibe la visita es la señora Manuela Ospina Gimenez, no permite el ingreso a la vivienda, recibe la visita en la puerta,vivienda propia pagando ,estructura de la vivienda sin riesgo aparente, cuenta con todos los servicios publicos, cocina con gas domiciliario,con disposicion de residuos adecuados,y cuenta con recoleccion de basuras por parte de la empresa de aseo, tiene 1 perro vacunado, desparacitado, y esterelizado, con riesgo psicologico bajo porque refiere que llora mucho,porque debido a su estudio no puede trabajar,menciona que no visita el puesto de salud del barrio,no la caseta comunal, y si la iglesia, refiere que se relaciona bien con sus vecinos, y busca actividades de mejoramiento para el barrio,refiere que no asistió al odontologo, y si al medico en el ultimo mes,si se a realizado la citologia, no el autoexamende seno y no la mamografia, con IMCde 19.5,normal,refiere que realiza 3 horas de actividadfisica durante la semana,no planifca,refiere que consume todo tipo de alimentos, frutas verduras legumbres, lacteos, grasas dulce.** | A<br>M<br>X<br>X | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 2 | | FAMILIA NUCLEAR CONFORMADA POR MARIA DIGNORA GIMENEZ MOLINA, MARIA GAEL MOLINA GUARIN Y MANUELA OSPINA GIMENEZ SE EVIDENCIA VIVIENDA EN ADECUADAS CONDICIONES HABITABLES LA JEFE DEL HOGAR ES MARIA DIGNORA TAMBIÉN CUMPLE EL ROL DE PROVEEDORA Y PROTECTORA, LA USARÍA MANUELA REFIERE QUERER AYUDAR ECONÓMICAMENTE EN SU CASA, PERO DEBIDO A SUS HORARIOS UNIVERSITARIOS NO PUEDE EMPEZAR ACTIVIDADES LABORARES, SE EVIDENCIA UN BUEN AMBIENTE FAMILIAR,SE ESCUCHAN SE APOYAN Y RECONOCEN LAS FORTALEZAS DE LA FAMILIA. SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDADES EN FAMILIA CON EL FIN DE REFORZAR VÍNCULOS, SE LES RECOMIENDA ASISTIR AL PUESTO DE SALUD PARA BRINDARLES UNA AYUDA EN SALUD. | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 4 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | A | A | A |
| 1 | La Señora Manuela Ospina Gimenez, refiere que no sufre de ninguna patologia,se remite al programa de salud bucal, y planificacion familiar,y psicologia, se educa sobre:<br>-Autoexamen de seno:se explica que debe realizarse de 3 a 5 dias despues del periodo,cada mes y aun despues de la menopausia, durante toda la vida.<br>-Buenos habitos alimenticios :consumo habitual de agua,consumo de frutas y vegetales en el dia, distribuir bien las comidas para una alimentacion sana y equilibrada,masticar bien los alimentos asegura una mejor digestion,delimitar el consumo de fritos no picar entre horas esto asegura mantener tu peso,tu salud intestinal y salud dental.<br>-estilos de vida saludable:higiene bucal,sueño optimo,evitar habitos toxicos,lavado de manos,entorno social saludable.<br>-signos de alarma para consultar a urgencias:dolor intenso y persistente,perdida de la conciencia o memoria,no produccion o dolor al orinal,sangrados,asfixia,o respiracion con esfuerzo,temperatura igual o mayor a 38grados, con escalofrios,diarrea o vomito prolongado.<br>-cuidado del medio ambiente:reciclar, sembrar,evitar la quema de basuras o fogatasen los bosques reutilizar el agua de la lavadora y minimizar el consumo de agua.<br>se educa sobre la importancia y los beneficios de asistir a las consultas medicas por rango de edad,ya que permite la deteccion temprana de enfermedades. | M<br>X | M<br>B | M<br>B |

| N° | HALLAZGO | \| | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | LA USUARIA MANUELA OSPINA REFIERE NO SUFRIR DE NINGUNA PATOLOGÍA CRÓNICA INDICA QUE SU FAMILIA NO SUFRE DE NINGUNA ENFERMEDAD. NO SE REALIZA EL AUTOEXAMEN DE SENO POR LO CUAL SE INDICA COMO DEBE REALIZARSE Y LA IMPORTANCIA SE EXPLICA QUE DEBE REALIZARSE DE 3 A 5 DIAS DESPUES DEL PERIODO,CADA MES Y AUN DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA, DURANTE TODA LA VIDA REALIZA ACTIVIDAD FISICA 3 HORAS A LA SEMANA PEOR NO LLEVA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE POR LO CUAL SE RECOMIENDA:<br>-MEJORAR SU ALIMENTACIÓN AUMENTANDO EL CONSUMO DE FRUTA, VERDURAS Y AGUA, DISMINUIR EL CONSUMO DE FRITOS, HARINAS Y AZUCARES<br>- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, CAMINAR, MONTAR BICICLETA<br>-REALIZARSE VALORACIONES MEDICAS DE FORMA PERIÓDICA A FIN DE PREVENIR ENFERMEDADES<br>-SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA PSICOLÓGICOS: DEJAR DE COMER, PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO, PENSAMIENTOS O SENSACIÓN DE QUERER MORIR, NO QUERERSE LEVANTAR DE LA CAMA POR MAS DE 3 DÍAS | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 4 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 5 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 6 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 7 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 8 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | | | A M B | A M B | A M B |
| 10 | | | A M B | A M B | A M B |

**DILIGENCIADO POR:**

Nombre y Apellidos ANTONIO OVIEDO
Profesión:

**ACOMPAÑADO POR:**

Nombre y Apellidos LILIANA MARIN
Profesión: