Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS CONTRATO: 150.25.4.0354 VIGENCIA 2025**	HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS Pasoviania-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: Yudy Marcelly Quintero García	**FECHA DE INTERVENCIÓN:** 16/04/2025
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Luz Dalia García Ríos	

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	**PROFESIÓN**	**TELÉFONO DE CONTACTO**
Jennyfer García Montoya	**Fisioterapia**	3116827071

TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA	
Primera visita: Aplicación de escalas	**X**

ESCALA DIRIGIDA A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

Responda las siguientes preguntas relacionadas al área de fisioterapia de la manera más amplia que sea posible, evitando respuestas de SI o NO. Si no responde por favor formular las preguntas al cuidador/a

PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿El paciente refiere o manifiesta dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Cuál? Explique su respuesta	Dolor de cabeza, refiere tener migraña de vez en cuando
¿Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, Con qué frecuencia lo manifiesta? ¿Este dolor impide la realización de actividades durante su día a día? Explique su respuesta	Muy de vez en cuando presenta estos episodios, y que no la limitan para la realización de sus AVD
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	No refiere presentar limitación para movilizar sus extremidades
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	No requiere de ayudas técnicas para su desplazamiento
¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta	Si, posee movimiento independiente en cama para realizar transiciones

¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	Si, logra la sedestación de manera independiente
¿Realiza actividades de la vida cotidiana por sí solo? Explique su respuesta	Si, es independiente para realizar sus actividades de la vida diaria
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Desde el nacimiento
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	Realiza estiramientos y pausas activas durante el día
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Es independiente para todo
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	No realiza ninguna actividad por fuera del hogar
¿Cuál considera que es la actividad que más le cuesta dificultad para realizar e impide su autonomía, independencia y funcionalidad? ¿Por qué? Explique su respuesta	No refiere dificultades físicas que limiten la realización de sus AVD o restrinjan su participación
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	No requiere de ayuda de ningún miembro de su familia, es independiente

A continuación, se enumerarán una lista de actividades, señale con una X si las realiza o no, en caso de seleccionar NO, explique su respuesta:

COMER	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
BAÑARSE	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**

VESTIRSE	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
ASEO PERSONAL	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
DEPOSICIÓN	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
MICCIÓN	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
USO DEL BAÑO	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
TRASLADO SILLA/CAMA	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
DESPLAZAMIENTO	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
VESTIRSE	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**

Conclusión de la escala e ítems aplicados:

Paciente femenina de 28 años quien presenta discapacidad visual e intelectual, no presenta deficiencias físicas que limiten sus actividades o generen restricciones en su participación, paciente funcional en sus actividades de la vida diaria.

ESCALA DIRIGIDA AL CUIDADOR/A DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Refiere o manifiesta dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Donde? Explique su respuesta	No refiere dolores o molestias en las zonas del cuerpo
¿Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, con qué frecuencia lo manifiesta? ¿Este dolor impide la realización de actividades durante su día a día? Explique su respuesta	N/A
¿Presenta síntomas como calambres, hormigueos, dolor punzante, sensación de ardor en espalda, cuello o alguna de sus extremidades? ¿Con que frecuencia? Explique su respuesta	No refiere presentar ninguno de estos síntomas
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	No realiza actividad física
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	No necesita ayudar a su familiar con la movilización
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	No refiere sentir deterioro secundario al cuidado de Yudy
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	Si, se estira y mueve su cuerpo durante el día
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	Si, considera que realiza sus actividades con una correcta postura
En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿Cree que las malas posturas son las causas de sus molestias físicas? Explique su respuesta	N/A
¿Las personas de su núcleo familiar sienten alguna molestia física a causa del cuidado brindado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	No refieren molestias físicas secundario al cuidado de Yudy
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con	No identifica barreras que afecten la funcionalidad de Yudy

discapacidad? Explique su respuesta	

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

La señora Luz Dalia García Ríos, madre y cuidadora de Yudy Marcelly Quintero García, no presenta deficiencias ni alteraciones físicas secundario al cuidado de su hija Yudy.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

La visita fue realizada en el domicilio de Yudy Marcelly Quintero García en donde estuvo presente durante la intervención la mamá de Yudy la señora Luz Dalia García Ríos, quien actúa como su principal cuidadora. El ambiente fue tranquilo y colaborativo, lo cual permitió un adecuado desarrollo de la sesión. La señora Beatriz y Yudy mostraron disposición e interés por la información suministrada, respondiendo de manera activa a las preguntas realizadas.

En la aplicación de la escala de valoración se identificó que la señora Yudy Marcelly Quintero García no presenta limitaciones físicas para la realización de sus actividades de la vida diaria, por lo cual no presenta restricciones en su participación e inclusión en sus roles sociales desde el ámbito físico debido a que presenta una discapacidad visual, la cual no interfiere en su salud física

Por el lado de su cuidadora se evidenció que la señora Luz Dalia García Ríos, no presenta ningún tipo de deterioro físico secundario al cuidado de su hija Yudy, ya que ella es una persona físicamente funcional en todos los campos.

Durante la visita se brindaron recomendaciones básicas para cuidado y mantenimiento de la salud física priorizando la implementación de actividades físicas en el núcleo familiar con el fin de evitar la aparicón de enfermedades crónicas secundarias a bajos niveles de actividad física.

CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

Se recomienda la implementación de estrategias enfocadas en la realización de actividad física en el núcleo familiar, para no solo impactar en la salud física, sino que también en la salud emocional potencializando las relajaciones dentro del núcleo.



NOMBRE COMPLETO
PROFESIONAL DE FISIOTERAPIA
REGISTRO PROFESIONAL
TP: 105386416