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 Pensilvania-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: Yulian Andrés Guarín Giraldo	**FECHA DE INTERVENCIÓN:** 30/04/2025
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Orfanely Guarín Giraldo	

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	Refiere dolor de estómago de muy 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	De vez en cuando, y no lo limita para realizar sus actividades diarias
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	No presenta ninguna limitación para la movilización de sus extremidades
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	No requiere de ninguna ayuda técnica para su desplazamiento
¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta	Es independiente para realizar transiciones en cama

¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	Se sienta por si solo sin limitación alguna
¿Realiza actividades de la vida cotidiana por sí solo? Explique su respuesta	Realiza sus actividades diarias de forma independiente
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Desde que nació cuenta con estas condiciones
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	Sale a jugar con su sobrina, de 30 a 60 minutos todos los días
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Realiza todas las actividades de su día a día de forma independiente
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	Solo sale del hogar para jugar con su sobrina
¿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 tiene identificada una actividad que se le dificulte y afecte su funcionalidad
¿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 su familia para realizar sus actividades de la vida diaria

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 masculino de 33 años, con diagnóstico de espectro autista, quien no presenta ningún tipo de discapacidad física, no presenta limitaciones ni restricciones físicas que afecten su funcionalidad, traslados, transferencias y transiciones sin alteraciones.

Paciente con discapacidad cognitiva

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 Pensilvania-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

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 dolor en alguna zona 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 presenta 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	Su hijo no requiere de ayuda para su 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 físico a causa del cuidado de su hijo
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	Si, junto con su hijo realiza ejercicios de movilización de sus extremidades
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	Si, considera que tiene una correcta higiene postural
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	Nadie refiere sentir molestias físicas secundario al cuidado de Yulian
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta	No identifica barreras físicas que limiten su funcionalidad

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

La señora Orfanely Guarín Giraldo, madre y cuidadora de Yulian Andrés Guarín Giraldo, ni presenta repercusiones físicas ni funcionales acerca o por consecuencia del cuidado de su hijo Yulian Andrés.

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 Pensilvania-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

La visita fue realizada en el domicilio de Yulian Andrés Guarín Giraldo en donde estuvo presente durante la intervención la mamá de Yulian, la señora Orfanely Guarín Giraldo, quien actúa como su principal cuidadora. El ambiente fue tranquilo y colaborativo, lo cual permitió un adecuado desarrollo de la sesión.

La señora Orfanely mostró disposición e interés por la información suministrada, respondiendo de manera activa a las preguntas realizadas.
El señor Yulian con diagnóstico de síndrome del espectro autista no tiene comunicación verbal acertiva por su discapacidad intelectual y cognitiva.

En la aplicación de la escala de valoración se identificó que el señor Yulian Andrés Guarín Giraldo 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 intelectual y cognitiva, la cual no interfiere en su salud física

Por el lado de su cuidadora se evidenció que la señora Orfanely Guarín Giraldo, no presenta ningún tipo de deterioro físico secundario al cuidado de su hijo Yulian, ya que él 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

En el núcleo familiar refieren que hacen 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 relaciones dentro del núcleo.



NOMBRE COMPLETO
PROFESIONAL DE FISIOTERAPIA
REGISTRO PROFESIONAL
TP: 1053864166