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: Yonatan Alexander García Grisales	**FECHA DE INTERVENCIÓN:** 30/04/2025
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Carlos Mario Garcia Grisales	

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	No refiere ni manifiesta dolor físico en alguna parte 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 alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	No presenta limitación para realizar movimientos de 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

¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	Si, se sienta por si solo
¿Realiza actividades de la vida cotidiana por sí solo? Explique su respuesta	Si, realiza sus actividades cotidianas por si solo
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Desde que nació presenta este tipo de conductas
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	Realiza fondos y violines, todos los lunes, varia en tiempo, camina 6 horas los lunes
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Todas las actividades de su día las realiza independiente
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	Sale a caminar y realiza manualidades 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 hay actividades que le cueste realizar, no afectan 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 por parte de su familia para realizar actividades diarias

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 34 años 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 mental.

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	Niega
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	No realiza ningún tipo de actividad física
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	La persona que cuida no necesita ayuda para la movilización
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	No siente ni refiere ningún deterioro físico porque su hijo no requiere de ningún cuidado
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	Si, se pone a hacer aseo, o por el contrario ver televisión
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	Considera que si tiene una buena postura durante su día
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 del grupo núcleo familiar siente alguna molestia física acerca del cuidado de Yonatan
¿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 afecten la funcionalidad de Yonatan

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

Carlos Mario, hermano y cuidador de Yonatan García, no presenta repercusiones físicas ni funcionales acerca o por consecuencia del cuidado de su hermano Yonatan.

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 Yonatan en donde estuvo presente durante la intervención el hermano de Yonatan, Carlos Mario Garcia, quien actúa como su principal cuidador. El ambiente fue tranquilo y colaborativo, lo cual permitió un adecuado desarrollo de la sesión. El señor Carlos Mario y Yonatan 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 el señor Yonatan 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 cuidador se evidenció que el señor Carlos Mario, no presenta ningún tipo de deterioro físico secundario al cuidado de su hermano, 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 aparición 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 relaciones dentro del núcleo.



NOMBRE COMPLETO
PROFESIONAL DE FISIOTERAPIA
REGISTRO PROFESIONAL
TP: 1053864166