	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 SAGRADO CORAZON VIGENCIA 2025	

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: •Adriano Garcia Montoya CC. 9835177. 79. AÑOS. Retraso mental, Cancer Prostata, subluxacion congénita de cadera.	FECHA DE INTERVENCIÓN:

DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA		
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Clara Elva Garcia CC. 21929326		3134698278

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	PROFESIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO
MARYI DIANNE RAMOS HENAO	FISIOTERAPEUTA	3219563565

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

NOTA: debido a su discapacidad tiene problemas del habla, su cuidadora responde la siguiente encuesta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿El paciente refiere o manifiesta dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Cuál? Explique su respuesta	Su cuidadora refiere que el se queja de dolor y se toca su cadera y rodillas.
¿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	El dolor es ocasional, el no se queja todo el tiempo,
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	Si, presenta una subluxacion congénita de cadera.
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	Si, el utiliza silla de ruedas cuando tengo que salir a la calle. y baston en la casa.
¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta	Si, el se mueve en cama. Se voltea de medio lado.
¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	NO, a él me toca ayudarlo a sentar.

	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 SAGRADO CORAZON VIGENCIA 2025	

¿Realiza actividades de la vida cotidiana por sí solo? Explique su respuesta	NO, por su condicion toca hacerle todo.
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	desde Naumiento.
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	NO, el no realiza ningún ejercicio.
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	El se levanta, lo baño, lo visto, lo siento afuera de la casa y ahí se va todo el dia.
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	NO, no realiza ninguna actividad
¿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	Desplazarse. y desde niño a él ha tocado hacerle todo.
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	El solo cuento con el apoyo de su cuidadora.

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 ___	NO X	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario que requiere de ayuda para alimentase.
BAÑARSE	SI ___	NO X	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario que requiere de ayuda para bañarse, no lo puede hacer por si solo.
VESTIRSE	SI ___	NO X	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario que requiere de ayudo para Vestirse, no lo realiza por si solo.
ASEO PERSONAL	SI ___	NO X	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario que requiere de ayuda para realizar su aseo personal.

	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 SAGRADO CORAZON VIGENCIA 2025	

DEPOSICIÓN	SI ___	NO X.	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario que usa pañal.
MICCIÓN	SI ___	NO X	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario que tiene sonda.
USO DEL BAÑO	SI ___	NO X	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario que debido a su condición no usa el baño.
TRASLADO SILLA/CAMA	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Si lo realiza con ayuda de su cuidadora.
DESPLAZAMIENTO	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Si lo realiza con ayuda de su cuidadora.
VESTIRSE	SI ___	NO X	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario que requiere de ayuda para vestirse, no lo realiza por si solo.

Conclusión de la escala e ítems aplicados:

De acuerdo a la escala aplicada se evidencia que es un usuario dependiente, con multiples problemas para el movimiento. Se considera importante el trabajo desde el area de fisioterapia debido a sus múltiples comorbilidades es un paciente que tiene un alto riesgo de patrocon en camas.

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 SAGRADO CORAZON
VIGENCIA 2025

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	En las manos. le duelen mucho por la artritis
¿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	Es un dolor constante; refiere que se incremento con el movimiento.
¿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; no refiere la presencia de los síntomas mencionados. solo el dolor en manos.
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	NO, refiere que no realiza ninguna actividad física.
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	Si, el me ayuda. a movilizarse
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO, cuidadora refiere no presentar deterioro por cuidar a su hermano.
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	No, refiere que no realiza pausas activas.
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	NO, refiere que tiene malas posturas.
En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿Cree que las malas posturas son las causas de sus molestias físicas? Explique su respuesta	Si, claro refiere cuidador que las malas posturas causan molestias físicas.
¿Las personas de su núcleo familiar sienten alguna molestia física a causa del cuidado brindado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	Refiere el cuidador que solo son ellos dos, los otros hermanos nunca le ayudan.
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta	La casa es muy pequeña y movilizarlo a el es complicado.

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

De acuerdo a la encuesta aplicada se evidencia que la cuidadora presenta una carga de estres ya que ella es la responsable de todos los gastos y cuidado. se recomienda un plan de ejercicios con el fin de mejorar habitos de vida saludable.

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 SAGRADO CORAZON
VIGENCIA 2025

Se recomienda trabajo por el área de psicología.

MARYI DIANNE RAMOS HENAO
FISIOTERAPEUTA
RP: 1061047276

Maryi Dianne Ramos Henao
Fisioterapeuta U.M.B.
RP: 1061047276