	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: Benjamin Gallego Ordoñez. CC. 10161702. 71. A. Artritis degenerativa. Trombosis - Discapacidad Usual.	FECHA DE INTERVENCIÓN: 17. 09. 25.

DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Alexandra Abreo CC 1128626457 3128502279.

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿El paciente refiere o manifiesta dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Cuál? Explique su respuesta	Si, refiere dolor en todo el 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	Dolor constante, se incrementa con el movimiento., le impide realizar movimientos de motricidad fina y gruesa.
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	Si, por el proceso de artrosis degenerativo usuario ha perdido la movilidad.
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	Si, silla de ruedas.
¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta	Puede moverse pero la mayoría de veces requiere ayuda.
¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	Si lo puede hacer. pero en algunas ocasiones dependiendo la magnitud o intensidad del dolor!

	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	Si, puede realizar algunas de las AVD. Puede comer pero se dificulta cortar alimentos.
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Hace mas de 20 años.
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	No realiza ningun tipo de ejercicios.
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Se levanta, se baña con ayuda, se viste con ayuda, desayuna, se sienta en su silla de ruedas y esta en su casa todo el día, almuerza y se acuesta
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	No, no realiza ninguna otra 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	Todo lo que involucre movimientos finos y gruesos con MMSS
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	Sí, toda su familia le ayuda.

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 Come por sí solo con dificultad.
BAÑARSE	SI X	NO	EXPLIQUE SU RESPUESTA Se baña con ayuda.
VESTIRSE	SI X	NO	EXPLIQUE SU RESPUESTA Se viste con ayuda.
ASEO PERSONAL	SI X	NO	EXPLIQUE SU RESPUESTA Si lo hace con ayuda.

	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 X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Si, aunque requiere de ayuda para ir al baño.
MICCIÓN	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Sí, aunque requiere de ayuda para ir al baño
USO DEL BAÑO	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Si usuario usa el baño, tiene restricción para ir por sus propios medios
TRASLADO SILLA/CAMA	SI X.	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario lo realiza con un poco de dificultad.
DESPLAZAMIENTO	SI ___	NO X.	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario realiza desplazamientos en silla. en casa; en calle presenta dificultad. barreras de acceso.
VESTIRSE	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Si lo realiza con ayuda.

Conclusión de la escala e ítems aplicados:

De acuerdo con la encuesta realizada, se evidencia dependencia para realizar AVD, y teniendo en cuenta que el usuario no realiza actividad física, ejercicio Se recomienda iniciar un programa de ejercicio con el fin de evitar mayor rigidez.

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	No, cuidadora no refiere dolor.
¿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	No Aplica.
¿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.
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	Si, hace ejercicio 1 hora 3 veces a la semana.
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	Si, ya que el se ayuda.
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO, al momento no siento deterioro.
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	NO, ya que va al gimnasio.
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	Trata de cuidarse su postura
En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿Cree que las malas posturas son las causas de sus molestias físicas? Explique su respuesta	Si, las malas posturas generan alteraciones
¿Las personas de su núcleo familiar sienten alguna molestia física a causa del cuidado brindado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO, al momento ninguno refiere molestia.
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta	la falta de accesibilidad.

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

De acuerdo a la escala aplicada, se evidencia que su cuidadora presenta buenos 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

Continuar con la realizacion de actividades de ejercicio, realizar chequeos periódicos.

MARYI DIANNE RAMOS HENAO
FISIOTERAPEUTA
RP: 1061047276

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