	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: • Consuelo Agudelo de Osorio CC. 24704709 • Artrosis degenerativa avanzada. 79. Años	FECHA DE INTERVENCIÓN: 17.09.25.
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Alfredo Vasquez Herrera. 5931993 312 767 7398.	

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, en todo el cuerpo. especialmente en las articulaciones
¿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, que se incrementa en las mañanas y con el movimiento.
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	Si, por el dolor y la deformidad le cuesta realizar movimiento.
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	Si, baston y caminador:
¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta	Si, Usuaria realiza movimiento independiente en cama.
¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	Si, Usuaria adopta el sedente por si solo.

	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, Usuaria puede Vestirse, bañarse, peinarse, alimentarse.
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Hace mas 10 años fue diagnosticada con artrosis degenerativa.
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	NO, Usuaria refiere que no realiza ninguna actividad Física.
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Se levanta, se baña, se viste, realiza el aseo de su casa, almuerzo y en la tarde descansa 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	Picar, cocinar, todo lo que implique movimientos finos debido a que tiene malformacion en manos.
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	Recibe ayuda por parte de sus hijas y esposo.

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

	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 ___	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:

De acuerdo a la encuesta aplicada. usuaria realiza AVD, aunque se dificulta realizar movimientos finos como agarre, movimientos que involucren pinza. es recomendable realizar ejercicios ya que este ayuda a mejorar la movilidad y a reducir retracciones musculares.

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.
¿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 sentirse bien.
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	Caminar. refiere que sale a caminar entre 30 min. a 1hora.
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	Si, le es facil ayudarla a movilizarse.
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO, no siente que ha sufrido deterioro por brindarle cuidado a su esposa.
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	NO, no realiza pausa activa.
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	Usuario refiere que desconoce que es una postura adecuada.
En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿Cree que las malas posturas son las causas de sus molestias físicas? Explique su respuesta	Cuidador refiere que creenia que si puede causar 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	NO, al momento ninguno ha referido Molestias.
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta	la falta de acceso a los lugares, a veces los anden son muy altos o estan ocupados.

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

De acuerdo a la Escala aplicada se considera continuar con un programa de ejercicios con el Fin de prevenir desordenes musculoesqueléticos.

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 realizar chequeos por medicina general.

MARYI DIANNE RAMOS HENAO
FISIOTERAPEUTA
RP: 1061047276

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