	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: Ildo Lopez Manrique CC. 24714366. 44 año) Esquizofrenia Paranoide.- Discapacidad cognitiva leve.	FECHA DE INTERVENCIÓN:
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Maria Manrique. CC 25138093 3145785724	

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	No, usuario refiere sentirse bien.
¿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 alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	No, usuario refiere que no tiene ninguna limitación para realizar movimiento.
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	No, no utiliza ninguna ayuda Técnica.
¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta	Si, refiere que puede moverse de forma independiente en cama.
¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	Si, refiere que se sienta por si sola.

	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, hace sus labores en casa, su aseo personal.
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Desde los 14 años.
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	No, no realiza ningun tipo de ejercicio.
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Se levanta, arregla su casa, se baña, ayuda a cocinar, se acuesta.
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	Si, sale a hacer diligencias.
¿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	Usuaria refiere que ninguna actividades todas las realiza sin complicaciones.
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	Recibe el apoyo de su madre.

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 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:

De acuerdo a la escala aplicada, la usuaria es independiente se considera manejo con ejercicios para disminuir estres y prevenir desordenes musculo-esqueléticos.

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, refiere sentirse bien de salud.
¿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 que no presenta ninguno de los síntomas mencionados.
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	NO, no realiza actividad Física.
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	Si ella se mueve sola y no requiere de ayuda para movilizarse.
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO, siente que no ha sufrido ningun deterioro.
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	Si, "me gusta estar derecha"
En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿Cree que las malas posturas son las causas de sus molestias físicas? Explique su respuesta	NO aplica.
¿Las personas de su núcleo familiar sienten alguna molestia física a causa del cuidado brindado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO, refiere cuidadora no sentir alguna molestia Física.
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta	la falta de tolerancia y el acceso a los servicios.

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

De acuerdo a la escala aplicada, es importante generar habitos de vida saludable con el fin de prevenir enfermedades transmisibles.

	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	

Realizar chequeos médicos de forma periodica.

MARYI DIANNE RAMOS HENAO
FISIOTERAPEUTA
RP: 1061047276

Maryi Dianne Ramos H...
Fisioterapeuta
RP: 1...