	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: • Luis Enrique Bermudez. CC. 4571672. 76. años Discapacidad Físico. – Artrosis.	FECHA DE INTERVENCIÓN: 17. 09. 2025.
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Etelbina Ballesteros CC. 25138105. 3215891219.	

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, dolor en las manos 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	Dolor constante que se exacerba al movimiento.
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	le cuesta caminar y realizar movimientos finos con las manos.
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	Si, utiliza baston.
¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta	Si, paciente realiza movimiento independiente.
¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	Si, aunque refiere dolor puede sentarse 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, puede realizar AVD.
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Hace 10 años presenta artrosis.
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	Caminar, usuario refiere que realiza caminatas de 30 minutos al día.
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Se levanta, se baña, desayuna. si deben hacer una diligencia sale, almuerza y se acuesta.
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	Sí, sale a hacer las diligencias médicas, compras.
¿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	Caminar, usuario refiere que le duelen mucho las rodillas y no tiene quien salga a hacer las diligencias.
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	Entre la esposa y el se cuidan y algunos vecinos tambien les ayudan.

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, usuario que realiza sus actividades de la vida diaria con dificultad debido a la artrosis degenerativa, y a cambios funcionales por edad! se considera paciente apto para plan de ejercicios.

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	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	NO.
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	NO, cuidador no realiza ninguna actividad física.
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	NO le es Facil el usuario es muy grande y se le dificulta.
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO, no siente que haya sufrido un deterioro por brindarle cuidado a su esposo.
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	NO, no realiza pausas activas.
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	Cuidador refiere que no adopta buenas 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, refiere que le pueden causar molestias
¿Las personas de su núcleo familiar sienten alguna molestia física a causa del cuidado brindado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO, no refieren ninguna molestia FISICA.
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta	Viven muy lejos del centro y les toca caminar mucho.

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

De acuerdo a la encuesta aplicada se recomienda realizar ejercicios minimo 3 veces a la semana y asi reducir el estres, obesidad y afecciones del sistema cardiovascular.

	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 que el cuidador tambien inicie un proceso por el área de Fisioterapia, que aunque no refiere dolor el sedentarismo puede influir en presencia de afecciones cardiovasculares y musculoesqueléticas)

MARYI DIANNE RAMOS HENAO
FISIOTERAPEUTA
RP: 1061047276

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