	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 Jose Franco Lopez. CC. 4570309. 84 años • Discapacidad Física - Motora. - Alzheimer - HTA - EPOC - incontinencia Urinaria - Fecal.	FECHA DE INTERVENCIÓN: 17. Septiembre 2025.
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A 311617 4953 Jose Rolando Franco Diaz. CC. 10174759	

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.
¿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	Todo el tiempo, paciente en cama. y requiere de ayuda para realizar AUD.
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	Si, paciente con limitacion para la marcha.
¿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	le cuesta, dificultad movilizarse. Paciente en cama.
¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	Si se sienta pero requiere de 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	

¿Realiza actividades de la vida cotidiana por sí solo? Explique su respuesta	NO, paciente con limitacion en MMII. Se dificulta la movilizacion para realizar AVD.
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Hace más de 15 años.
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	NO, Usuario refiere no realizar ejercicio.
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Paciente refiere que para realizar las AVD requiere de ayuda desde ir al baño hasta vestirse.
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	NO. Usuario refiere que 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	Movilizarse. ya que no tiene buena fuerza muscular requiere de ayuda para adoptar posiciones y transferencias y traslados.
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	Si, por parte de su cuidador.

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 ___	NO X.	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario requiere de ayuda por parte de su cuidador.
VESTIRSE	SI ___	NO X.	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario requiere de ayuda por parte de su cuidador
ASEO PERSONAL	SI ___	NO X.	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuario requiere de ayuda por parte de su cuidador.

	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 Paciente usa Pañal. presenta incontinencia.
MICCIÓN	SI ___	NO X.	EXPLIQUE SU RESPUESTA Paciente usa pañal. presenta incontinencia.
USO DEL BAÑO	SI ___	NO X.	EXPLIQUE SU RESPUESTA Paciente usa pañal. y requiere de ayuda por parte de su cuidador.
TRASLADO SILLA/CAMA	SI ___	NO X	EXPLIQUE SU RESPUESTA Paciente que se encuentra en cama y requiere de ayuda para adoptar posición Sedente.
DESPLAZAMIENTO	SI ___	NO X	EXPLIQUE SU RESPUESTA Paciente en cama. pocas veces usa silla.
VESTIRSE	SI ___	NO X	EXPLIQUE SU RESPUESTA Requiere de ayuda para realizarlo.

Conclusión de la escala e ítems aplicados:

De acuerdo a la Encuesta aplicada paciente en cama con limitacion para realizar AVD, puede adoptar el sedente con ayuda y con rujeción. Usuario que requiere de trabajo de Fisioterapia, Enfermería con el Fin de prevenir escaras.

	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. Cuidador refiere que no siente 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	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, Cuidador refiere sentirse en buenas condiciones de Salud.
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	Caminar. 30 minutos al día.
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	Si, Usuario refiere que le es Facil realizar movilizaciones
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO, Usuario refiere sentirse en buenas condiciones de salud.
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	NO. Usuario refiere que no realiza pausas activas.
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	NO se ha dado cuenta, nunca se ha Fijado.
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 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, al momento no refieren molestias, dolencias.
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta	las condiciones en casa no son optimas, existen barreras para bañarlo.

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

De acuerdo a la escala aplicada, aunque realiza Caminatas diarias, es importante incluir una rutina de ejercicios con el Fin de prevenir alteraciones osteomioarticulares.

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

Es importante realizar chequeo con medicina general con el fin de prevenir desordenes musculoesqueléticos.

MARYI DIANNE RAMOS HENAO
FISIOTERAPEUTA
RP: 1061047276

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