	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: • Rubiela Mirella Diaz CC. 1128624163. 39 años. • Trastorno mixto de ansiedad, TAC- Trastorno de Personalidad. • Otros trastornos de los meniscos.	FECHA DE INTERVENCIÓN: 17. 09. 2025.
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Soledad Diaz Cortes. CC. 28787990 324 528 1821.	

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 rodilla I.
¿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.
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	En MMII. Posoperatorio en rodilla bilateral por trastorno de meniscos.
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	baston. Paciente realiza marcha con cojera.
¿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 realiza posición sedente.

	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, realiza AVD.
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Desde Pequeña. refiere estar Dx. con trastorno mixto de ansiedad, y Personalidad. Alteracion rodilla Bilateral hace 5 años.
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	Caminatas. diarias de mas de 30 min. al dia.
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Se levanta, se baña, desayuna, realiza algunos quehaceres de la casa, almuerza, hace sus diligencias, se acuesta.
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	Si, Esta pendiente de sus citas medicas.
¿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	ejercicio. refiere dolor en rodillas bilateral.
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	Su familia. madre y hermana

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:

Usuaria en buenas condiciones de salud, paciente que. su ultimo resonancia magnetica presento reporte sin alteraciones, requiere de plan de ejercicio para manejo de ansiedad. y fortalecimiento muscular en MMII.

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	Jugar micro.
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	Si. al igual ella puede desplazarse sin complicaciones-requiere de acompañamiento.
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO. la uedad refiere sentirse bien.
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	NO.
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	Si, siento que me cuido.
En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿Cree que las malas posturas son las causas de sus molestias físicas? Explique su respuesta	N/A.
¿Las personas de su núcleo familiar sienten alguna molestia física a causa del cuidado brindado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO. 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	Ninguna.

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

De acuerdo a la encuesta aplicada es importante generar hábitos de vida saludables con el fin de disminuir riesgos cardiovasculares, obesidad.

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 considera importante el apoyo psicológico con el fin de generar ayudas de confort. para el manejo de crisis del paciente

MARYI DIANNE RAMOS HENAO
FISIOTERAPEUTA
RP: 1061047276

Maryi Dianne Ramos Henao
Fisioterapeuta U.M.
RP: 106104727