ALCALDIA DE VALLEDUPAR
SECRETARIA LOCAL DE SALUD
LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL EVENTO: Jornada de Atención R.B.C.
RESPONSABLE: Idreec.
LUGAR Hospitalito La nevada. FECHA: 15-10-2025

IDREEC

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2 MUJER 3 LGBTIQ+	EDAD	GRUPO POBLACIONAL: 1. AFRO 2. INDIGENA.3 ROM 4. OTROS	VICTIMA	CABEZA DE FAMILIA	DISCAPACIDAD	CUIDADOR	CONTACTO	DESEA PERTENER A UN GRUPO DE APOYO	FIRMA
1	Josefina García	1002379777	1	23	4			x		3245983058	si	Luz elena García NO
2	Soyla Gulloso	1127948774	2	50	4			x		3126886884	si	Soyla Gulloso
3	Griselina Gulloso	49777016	2	53	4				x	3126886884	si	Griselina Gulloso
4	Nohelia Arrieta	49771678	2	52	4			x		3165074395	si	Nohelia Arrieta
5	Dionisio Carranza	85447136	2	48	4			x		3138371259	si	
6	Brayan Pabon	1237726407	1	11	4			x		3185603111	si	Rosa Ardila
7	Rosa Ardila	42482858	2	63	4				x	3185603111	si	Rosa Ardila
8	Cesar Regalado	77016625	1	63	4			x		3185603111	si	Rosa Ardila
9	Luz E. Regalado	1065565109	2	42	4			x		3185603111	si	Rosa Ardila
10	Fran David Silva	1065649306	1	14	4	x		x		3185301773	si	Nicolasa velasquez NO
11	Nicolasa Velasquez	57231438	2	44	4	x			x	3185301773	si	Nicolasa velasquez NO
12	Alexander Sierra	7632327	1	44	4			x		3209996350	si	Alexander sierra ureña
13	Zulay Ureña	36710040	2	63	4				x	3209996350	si	Sulay ureña Flores
14	Ana Maria Navarro	1091533985	2	69	4	x		x		3205279692	si	Ana maria Navarro
15	Belsani Navarro	49720298	2	43	4	x			x	3205279692	si	Belsani navarro chinchilla
16	Maria Jose Vergel	1066298464	2	7	4	x		x		3003171047	si	Janeth Arias P
17	Janeth Arias	1065622053	2	35	4	x			x	3003171047	si	Janeth Arias P
18	Luis C. Torres	5070687	1	87	4	x		x		3234408382	si	Belsani navarro NO
19	Diana Luz Torres	49783306	2	48	4				x	3116808781	si	Diana Luz Torres
20	Julio Baltran P.	12723010	1	72	4			x		3205279694	si	Murio.

† Falleció

ALCALDIA DE VALLEDUPAR
SECRETARIA LOCAL DE SALUD
LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL EVENTO: Jornada R.B.C.
RESPONSABLE: IDREEC
LUGAR H.E.A.D - Nevada FECHA: 15-10-2025.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2 MUJER 3 LGBTIQ+	EDAD	GRUPO POBLACIONAL: 1. AFRO 2. INDIGENA.3 ROM 4. OTROS	VICTIMA	CABEZA DE FAMILIA	DISCAPACIDAD	CUIDADOR	CONTACTO	DESEA PERTENER A UN GRUPO DE APOYO	FIRMA
1	Yaneris Tolres	49754853	2	54	4				X	3145634997	NO	Yaneris
2	Mery G Luna	33280976	2	76	4			X		3145634797	NO	NO firma.
3	Maria P Toledo	1065384289	2	22	4				X	3122857998	NO	Maria P.
4	Sara Vina.	49767366	2	64	4			X		3122857998	NO	NO firma.
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

NO
NO

Intelectual

80

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	15	10	25	Zona o sector seleccionado:	Altos Nevada

I. INFORMACIÒN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si ✓ No____

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado:

3. Parentesco con la PcD:

4. Teléfono:

5. Dirección:

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: Jose Luis

7. Apellidos: Garcia

8. Dirección: Calle 6a #48-37B Nevada

9: Teléfono: 3245983058

10. Documento de Identidad:

CC. ✓ T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No. 1003379727 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	13	12	2001			✓	23

14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)
				✓	

15. Grupo social:	Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI	Ninguno
		Etnia				

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ___	Nombre EPS: Cajacopi
B. Régimen Subsidiado: ✓	Nombre ARS:

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:

Mamá Luz Helena García

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si ✓ No___ ¿Cuál (es)? Esquizofrenia

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No ✓ ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )
Entre 1 a 4 años: ( )
Entre 5 a 9 años: ( )
Más de 10 años: (✓)
No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética (✓)
Durante el embarazo ( )
Durante el parto ( )
Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____
Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____
Accidente de trabajo ( )
Enfermedad profesional ( )
Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____
Delincuencia común ( )
Violencia Social ( )
Arma de fuego ( )
Arma blanca ( )
Mina antipersonal ( ) Lugar_____
Bomba ( ) Lugar_____
Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Si___ No ✓ ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(✓) Medicina General
( ) Pediatría
( ) Medicina Física y Rehabilitación
( ) Otro Especialista ¿Cuál?_____
( ) Terapia Ocupacional
( ) Terapia del Lenguaje
( ) Terapia Física
( ) Educación Especial
( ) Trabajo social
(✓) Atención Psicológica
(✓) Psiquiátrica
( ) Vacunación
( ) Crecimiento y desarrollo
( ) Nutrición

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si ✓ No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si ✓ No___

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

	Instituciones:	Tipo de ayuda
	Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
	Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
	Iglesia, ¿Cuál? _____	
	Pastoral Social	
	Amigos	
	Familiares	
	ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
	Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
✓	Otras, ¿Cuál (es)? Gobierno	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	(✓)
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica?. Sí___ No✓ ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No✓

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☑ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☑ Sí ☐ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☑ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☑ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☐ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☑ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☑ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☑ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☑ Sí ☐ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	

Observaciones adicionales

- Se sugiere consulta con medico general para que ordene terapias de lenguaje psicologico ocupacional.
- Integrarlo a la escolaridad.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

SALUD MENTAL

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar	
Fecha	15	10	2025	Zona o sector seleccionado:	HEAD sede la nevada.

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si____ No____

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado:

3. Parentesco con la PcD:	4. Teléfono:

5. Dirección:

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: José Luis	7. Apellidos: García
8. Dirección: Calle 8A #48-37 Barrio La nevada	9: Teléfono: 3215983058

10. Documento de Identidad:

CC.✓ T.I ___ Registro Civil___ PPT__ No. 1003379727 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	13	12	2001			✓	23

14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)
				✓	

15. Grupo social:	Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI	Ninguno
		Etnia				

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ____	Nombre EPS: Cajacopi
B. Régimen Subsidiado: ✓	Nombre ARS:

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:

Madre: Luz Helena García

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si___ No___ ¿Cuál (es)? _____

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No___ ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )

Entre 1 a 4 años: ( )

Entre 5 a 9 años: ( )

Más de 10 años: ( )

No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética ( )

Durante el embarazo ( )

Durante el parto ( )

Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____

Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____

Accidente de trabajo ( )

Enfermedad profesional ( )

Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____

Delincuencia común ( )

Violencia Social ( )

Arma de fuego ( )

Arma blanca ( )

Mina antipersonal ( ) Lugar_____

Bomba ( ) Lugar_____

Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Sí___ No___ ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

( ) Medicina General ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo social ( ) Vacunación

( ) Pediatría ( ) Terapia del Lenguaje ( ) Atención Psicológica ( ) Crecimiento y desarrollo

( ) Medicina Física y Rehabilitación ( ) Terapia Física ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición

( ) Otro Especialista

¿Cuál?_____

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si___ No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si ✓ No___

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

	Instituciones:	Tipo de ayuda
	Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
	Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
	Iglesia, ¿Cuál? _____	
	Pastoral Social	
	Amigos	
	Familiares	
	ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
	Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
	Otras, ✓ ¿Cuál (es)? Gobierno	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	(✓)
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí___ No ✓ ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No ✓

Seguimiento en la Estrategia RBC

1. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Pregunta	Sí	No
¿La persona accede regularmente a servicios de salud?	✓	
¿Recibe seguimiento especializado según su discapacidad?		✓
¿Cuenta con afiliación activa al sistema de salud?	✓	
2. SALUD MENTAL		
¿Ha recibido atención en salud mental en el último año?		✓
¿Manifiesta síntomas de ansiedad, depresión o estrés frecuente?		✓
¿Recibe acompañamiento psicosocial de algún programa o institución?		✓

3. PERTENENCIA A GRUPOS DE APOYO Y COMUNIDAD		
¿Pertenece a un grupo de apoyo para personas con discapacidad?		✓
¿Participa en actividades comunitarias (deportivas, culturales, sociales)?		✓
¿Recibe apoyo de redes familiares o comunitarias?		✓
4. FUNCIONALIDAD Y BIENESTAR		
¿Presenta mejoras en su autonomía y actividades de la vida diaria?	✓	
¿Se encuentra integrado a espacios educativos o laborales?		✓
¿Se reportan barreras físicas o sociales que limitan su participación?	✓	

OBSERVACIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

Integracion a escolaridad.
Consulta con médico especialista.
para control.

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15 de octubre 2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Luz Helena Garcia

Nombre de la PcD: José Luis Garcia

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre [ ] Madre [x] Hermano/a [ ]

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) _____

2.- Edad: [52]

3.- Genero [ ] Masculino [x] Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Calle 6A #48-37 barrio la merced

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: [23] Fecha de Nacimiento: [13] [12] [2001]

7.- Género: [x] Masculino [ ] Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve [ ]
Moderada [x]
Severa [ ]
En tramite [ ]
No Solicitado [ ]

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana [x]
[ ]

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: esquizofrenia. Retardo mental

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☑

Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☐

Trastorno mental ☑

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA-VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana				✓		✓			✓	
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita					✓				✓	
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita					✓				✓	
4	Mi familia sea emocionalmente saludable				✓					✓	
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo					✓				✓	
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud				✓						✓
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario					✓					✓
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.				✓					✓	

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo				✓		✓				
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar										
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos				✓		✓				
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias				✓						✓
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					✓					✓
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad			✓						✓	
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓					✓	
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad					✓				✓	

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares				✓					✓	
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.				✓						✓
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.					✓				✓	
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros					✓				✓	
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños					✓					✓
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones					✓					✓
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño				✓					✓	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				✓					✓	
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes					✓					✓

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida				✓					✓	
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida				✓					✓	
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro					✓				✓	
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas					✓					✓
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros					✓					✓
6	Mi familia resuelva los problemas juntos					✓					✓
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente					✓					✓
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					✓					✓
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros					✓					✓

Auditiva.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	15	10	2025	Zona o sector seleccionado:	La Nevada.

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si_____ No_X_

(Si responde "Si", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: Griselda Gulloso Miranda
3. Parentesco con la PcD: Hermana
4. Teléfono: 3126886884
5. Dirección: Clle 7C X/= 43-46 La Nevada.

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Soyla Rosa
7. Apellidos: Gulloso Miranda
8. Dirección: clle 7C. X/= 43-46 la nevada
9. Teléfono: 3126886884
10. Documento de Identidad: CC.X T.I___ Registro Civil___ PPT___ No. 1'127.948.774 Ninguno___
11. Fecha de Nacimiento: Día 30 Mes 8 Año 1975
12. Género: F X M
13. Edad: 50
14. Estado Civil: Casado (a) | Unión Libre | Separado (a) | Soltero (a) X | Viudo (a)
15. Grupo social: Afro | Indigena: | Victima | Privado de la Libertad | Poblacion LGBTI
Etnia
16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):
A. Régimen Contributivo: ____ Nombre EPS:
B. Régimen Subsidiado: X Nombre ARS: Nueva Eps.
17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad: Griselda Gulloso Miranda.

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si___ No_X_ ¿Cuál (es)? _____

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No_X_ ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )

Entre 1 a 4 años: ( )

Entre 5 a 9 años: ( )

Más de 10 años: ( )

No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética (X)

Durante el embarazo ( )

Durante el parto ( )

Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____

Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____

Accidente de trabajo ( )

Enfermedad profesional ( )

Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____

Delincuencia común ( )

Violencia Social ( )

Arma de fuego ( )

Arma blanca ( )

Mina antipersonal ( ) Lugar_____

Bomba ( ) Lugar_____

Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Sí___ No_X_ ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(X) Medicina General	( ) Terapia Ocupacional	( ) Trabajo social	( ) Vacunación
( ) Pediatría	( ) Terapia del Lenguaje	( ) Atención Psicológica	( ) Crecimiento y desarrollo
( ) Medicina Física y Rehabilitación	( ) Terapia Física	( ) Psiquiátrica	( ) Nutrición
( ) Otro Especialista ¿Cuál?_____	( ) Educación Especial		

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si_X_ No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No X

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

Instituciones:	Tipo de ayuda
Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
Iglesia, ¿Cuál? _____	
Pastoral Social	
Amigos	
Familiares	
ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	(X)
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí X No___ ¿Cuál? Audifonos
¿Para qué? para escuchar los sonidos

29. ¿Utiliza sonda? Sí___ No X

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☒ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☒ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☒ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☒ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	Le gustaría pertenecer a un grupo de apoyo

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☒ Frecuentemente ☐ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☒ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☒ Sí ☐ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	

Observaciones adicionales

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: octubre 15 - 2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Grisoldina Gulloso

Nombre de la PcD: Soyla Rosa Gulloso Miranda

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre [ ] Madre [ ] Hermano/a [X]

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) _____

2.- Edad: [50]

3.- Genero [ ] Masculino [ ] Femenino X

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Clle 7C Nº 43-46 La Nevada

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: [53] Fecha de Nacimiento: [19] [1] [1972]

7.- Género: [ ] Masculino [X] Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve [ ]
Moderada [ ]
Severa [X]
En tramite [ ]
No Solicitado [ ]

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana [ ]
[ ]

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Hipoacusia Neurosensorial Severa-Profunda.

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☒

Trastorno del Lenguaje ☒

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☐

Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana										
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita				X					X	
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita				X					X	
4	Mi familia sea emocionalmente saludable				X					X	
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo				X					X	
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud				X					X	
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario				X					X	
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.				X					X	

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo				X					X	
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar				X					X	
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos				X						X
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias				X					X	
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				X					X	
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				X					X	
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad				X						X
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad				X					X	

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares					X				X	
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.					X					X
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.					X				X	
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros					X					X
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños					X				X	
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones					X					X
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño					X				X	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X					X
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes					X				X	

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida					X				X	
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida					X				X	
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro					X				X	
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas					X					X
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros					X				X	
6	Mi familia resuelva los problemas juntos					X					X
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente					X				X	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X					X
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros					X				X	

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

SALUD MENTAL

Departamento:				Municipio:
Fecha	15	10	25	Zona o sector seleccionado: Nevada.

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Sí X No____

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: Sharith Carolina Rodriguez M.

3. Parentesco con la PcD: Sobrina — 4. Teléfono: 3004143554.

5. Dirección: Calle 6C 46-64 La nevada.

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Nohelia — 7. Apellidos: Arrieta Escorcia

8. Dirección: Calle 6C 46-50 La nevada — 9: Teléfono: 3165074395.

10. Documento de Identidad:

CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No. 49771678 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	29	06	73		X		52.

14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)
		X			

15. Grupo social:	Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI
		Etnia			

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ___	Nombre EPS: Nueva EPS.
B. Régimen Subsidiado: X	Nombre ARS:

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:
Hinginio Villalobos (Esposo). Sharith Rodriguez (Sobrina)

No contesto

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si X No___ ¿Cuál (es)? _____

19. ¿Toma algún medicamento? Si X No___ ¿Cuál (es)? Sertralina-Clonazepam Bupropion..

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )

Entre 1 a 4 años: ( )

Entre 5 a 9 años: (X)

Más de 10 años: ( )

No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética ( )

Durante el embarazo ( )

Durante el parto ( )

Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____

Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____

Accidente de trabajo (X)

Enfermedad profesional ( )

Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____

Delincuencia común ( )

Violencia Social ( )

Arma de fuego ( )

Arma blanca ( )

Mina antipersonal ( ) Lugar_____

Bomba ( ) Lugar_____

Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Si X No___ ¿Cuál? SLN.

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

( ) Medicina General ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo social ( ) Vacunación

( ) Pediatría ( ) Terapia del Lenguaje (X) Atención Psicológica ( ) Crecimiento y desarrollo

( ) Medicina Física y Rehabilitación ( ) Terapia Física (X) Psiquiátrica ( ) Nutrición

( ) Otro Especialista

¿Cuál? Neurocirugía-Neurología-Gastro-Endocrinología-Odontología-Somnólogo.

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si___ No___ A veces X

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No X

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

Instituciones:	Tipo de ayuda
Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
Iglesia, ¿Cuál? _____	
Pastoral Social	
Amigos	
Familiares	
ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	(X)	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	(X)	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	(X)	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí___ No___ ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No X

Seguimiento en la Estrategia RBC

1. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Pregunta	Sí	No
¿La persona accede regularmente a servicios de salud?	X	
¿Recibe seguimiento especializado según su discapacidad?	X	
¿Cuenta con afiliación activa al sistema de salud?	X	
2. SALUD MENTAL		
¿Ha recibido atención en salud mental en el último año?	X	
¿Manifiesta síntomas de ansiedad, depresión o estrés frecuente?	X	
¿Recibe acompañamiento psicosocial de algún programa o institución?	X	

3. PERTENENCIA A GRUPOS DE APOYO Y COMUNIDAD		
¿Pertenece a un grupo de apoyo para personas con discapacidad?	X	
¿Participa en actividades comunitarias (deportivas, culturales, sociales)?		X
¿Recibe apoyo de redes familiares o comunitarias?	X	
4. FUNCIONALIDAD Y BIENESTAR		
¿Presenta mejoras en su autonomía y actividades de la vida diaria?		X
¿Se encuentra integrado a espacios educativos o laborales?		
¿Se reportan barreras físicas o sociales que limitan su participación?	X	

OBSERVACIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

Se realiza Orientación al proceso de Certificación.

* Se Orienta acerca de fomentar el área social familiar y Comunal

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15-10-2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Sharith Carolina Rodriguez

Nombre de la PcD: Nohelia Arrieta Escarcia.

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre ☐ Madre ☐ Hermano/a ☐

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) Sobrina

2.- Edad: 19

3.- Genero ☐ Masculino ☐ Femenino X

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: NO.

5.- Su lugar de residencia: Calle 6 C #46-64 la nevada.

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 51 Fecha de Nacimiento: 29 | 06 | 73

7.- Género: ☐ Masculino ☐ Femenino X

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve ☐
Moderada ☐
Severa ☐
En tramite ☒
No Solicitado ☐

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana ☒
☐

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☒

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Trastorno afectivo Bipolar-T. límite de la personalidad. Síndrome túnel del Carpo.

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☒

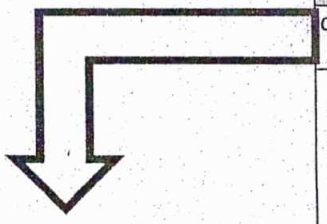
Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☐

Trastorno mental ☒

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD



		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana					X				X	
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita					X	X				
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita					X				X	
4	Mi familia sea emocionalmente saludable					X				X	
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo					X				X	
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud					X				X	
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario					X			X		
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.					X			X		

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo					X			X		
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar					X			X		
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos					X				X	
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias					X			X		
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X	X				
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X	X				
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad					X				X	
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad					X				X	

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares					X					X
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.					X					X
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.					X					X
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros					X					X
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños					X					X
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones					X					X
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño					X					X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X					X
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes					X					X

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida					X				X	
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida					X				X	
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro					X				X	
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas					X			X		
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros					X			X		
6	Mi familia resuelva los problemas juntos					X			X		
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente					X			X		
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X			X		
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros					X			X		

Física

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar	
Fecha	15	10	2025	Zona o sector seleccionado: La Nevada	

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si X No____

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: Janet Martinez Rojas
3. Parentesco con la PcD: Esposa
4. Teléfono:
5. Dirección: Mz 37 casa 744 Brisas de la Popa

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Dionisio de Jesús
7. Apellidos: Carranza Rojano
8. Dirección: Mz 37 casa 744 Brisas de la Popa
9. Teléfono: 3138371259
10. Documento de Identidad:
CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No 85447136 Ninguno___
11. Fecha de Nacimiento: Día 5 Mes 2 Año 1977
12. Género: F ___ M X
13. Edad: 48
14. Estado Civil: Casado (a) X | Unión Libre | Separado (a) | Soltero (a) | Viudo (a)
15. Grupo social: Afro | Indigena: | Victima | Privado de la Libertad | Poblacion LGBTI
Etnia
16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):
A. Régimen Contributivo: ___ Nombre EPS: Salud total
B. Régimen Subsidiado: X Nombre ARS:
17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:
Janeth Martinez Rojas

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si X No___ ¿Cuál (es)? Isquemia Cerebral

19. ¿Toma algún medicamento? Si X No___ ¿Cuál (es)? Ibersartan

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )
Entre 1 a 4 años: (X)
Entre 5 a 9 años: ( )
Más de 10 años: ( )
No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética ( )
Durante el embarazo ( )
Durante el parto ( )
Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____
Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____
Accidente de trabajo ( )
Enfermedad profesional ( )
Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____
Delincuencia común ( )
Violencia Social ( )
Arma de fuego ( )
Arma blanca ( )
Mina antipersonal ( ) Lugar_____
Bomba ( ) Lugar_____
Otra, ¿Cuál? Hipertension

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Sí___ No X ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(X) Medicina General ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo social ( ) Vacunación
( ) Pediatría ( ) Terapia del Lenguaje ( ) Atención Psicológica ( ) Crecimiento y desarrollo
( ) Medicina Física y Rehabilitación ( ) Terapia Física (X) Psiquiátrica ( ) Nutrición
( ) Otro Especialista ( ) Educación Especial
¿Cuál? Neurocirujano

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si___ No X A veces___

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Sí ✓ No___

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

Instituciones:	Tipo de ayuda
Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
Iglesia, ¿Cuál? _____	
Pastoral Social	
Amigos	
Familiares	Hija fuera del País le ayuda económ
ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí ✓ No___ ¿Cuál? Silla Rueda no se la han dado
¿Para qué? transporte

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No____

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☒ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☒ Sí ☐ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☒ No	Se las quitaron hace 2 meses
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☒ No	ha pedido sin resultado
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☒ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☒ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☐ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☒ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☐ Sí ☐ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☒ Sí ☐ No	

Observaciones adicionales Mi esposa le dio una Isquemia cerebral, no puede valerse por el solo, no tengo silla de ruedas y la he pedido en diferentes ocasiones pero no me la han dado desde el 2023 esta postrada en cama, las terapias se las quitaron. Necesita todos los recursos para que se valga por el mismo.

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15 oct/25

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Janeth Martinez Rojas

Nombre de la PcD: Dionisio de Jesus carranza Rojano

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre ☐ Madre ☐ Hermano/a ☐

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) Esposa

2.- Edad: 58

3.- Genero ☐ Masculino ☐ Femenino ✓

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia Mza 37 casa 744 Brisas de la Popa

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 48 Fecha de Nacimiento: 5 Feb 1977

7.- Género: ✓ Masculino ☐ Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve ☐
Moderada ☐
Severa ✓
En tramite ☐
No Solicitado ☐

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana ☐
☐

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Isquemia Cerebral por hipertensión

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☑

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): no camina,

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☑

Trastorno mental ☐

Otros (especifique): no controla esfinters.

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana					X					
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita										
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita					X					
4	Mi familia sea emocionalmente saludable					X					
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo			X							
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud					X					
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario			X			X				
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.			X				X			

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo					X					X
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar									X	
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos				X					X	
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias		X							X	
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad						X				
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad			X				X			
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad					X			X		
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad					X			X		

ROL PARENTAL

PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS

		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares					X				X	
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.					X					X
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.					X				X	
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros					X				X	
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños					X				X	
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones					X					X
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño					X				X	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X				X	
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes					X			X		

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida										
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida										
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro										
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas										
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros										
6	Mi familia resuelva los problemas juntos										
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente										
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros										
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros										

Intelectual

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

IDREEC

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar	
Fecha	15	10	2025	Zona o sector seleccionado:	Hospitas Eduardo Arredondo sede la Nevada

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Sí_____ No_✓_

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: Rosa Ardila.

3. Parentesco con la PcD: Abuela — 4. Teléfono: 318 560 31 11.

5. Dirección: Kr 42 # 5A - 22 la Nevada.

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: Brayan David — 7. Apellidos: Pabón Reggiao

8. Dirección: Kr 42 # 5A - 22 la nevada — 9: Teléfono: 3185603111

10. Documento de Identidad:

CC.___ T.I _✓_ Registro Civil___ PPT___ No. 1137726.407 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	14	Agos	2014			X	11

14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)

15. Grupo social:	Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI	
		Etnia				

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ____	Nombre EPS:
B. Régimen Subsidiado: _✓_	Nombre ARS: Caja Copy

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:
Rosa Ardila.

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si ✓ No___ ¿Cuál (es)? Retardo Mental

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No___ ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )
Entre 1 a 4 años: ( )
Entre 5 a 9 años: ( )
Más de 10 años: ( )
No sabe (✓)

21. Causa de la discapacidad

Genética (✓)
Durante el embarazo ( )
Durante el parto ( )
Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____
Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____
Accidente de trabajo ( )
Enfermedad profesional ( )
Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____
Delincuencia común ( )
Violencia Social ( )
Arma de fuego ( )
Arma blanca ( )
Mina antipersonal ( ) Lugar_____
Bomba ( ) Lugar_____
Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Si ✓ No___ ¿Cuál? Comedy IPS

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(✓) Medicina General
( ) Pediatría
( ) Medicina Física y Rehabilitación
(✓) Otro Especialista
¿Cuál? Neurope
(✓) Terapia Ocupacional
(✓) Terapia del Lenguaje
(✓) Terapia Física
( ) Educación Especial
( ) Trabajo social
(✓) Atención Psicológica
( ) Psiquiátrica
(✓) Vacunación
( ) Crecimiento y desarrollo
( ) Nutrición

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si ✓ No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No___

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

	Instituciones:	Tipo de ayuda
	Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
	Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
	Iglesia, ¿Cuál? _____	
	Pastoral Social	
	Amigos	
	Familiares	
	ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
	Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
	Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí___ No___ ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No____

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☑ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☑ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☑ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☑ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☑ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☑ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☐ Sí ☑ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☐ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☐ Sí ☐ No	

Observaciones adicionales

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15 - 10 - 2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Rosa Ardila

Nombre de la PcD: Brayan David Pabón Regalado

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre ☐ Madre ☐ Hermano/a ☐

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) Abuela

2.- Edad: 63

3.- Genero ☐ Masculino ☒ Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Kr 42 #5A - 22 la nevada

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 11 Fecha de Nacimiento: 14 Ago 2014

7.- Género: ☒ Masculino ☐ Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve ☐
Moderada ☐
Severa ☒
En tramite ☐
No Solicitado ☐

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana ☑
☐

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Deficit Cognitivo e hiperactivo

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☑

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☑

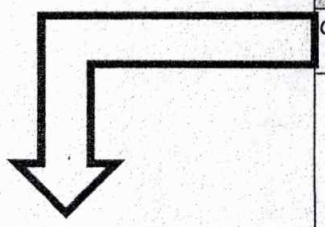
Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☐

Trastorno mental ☐

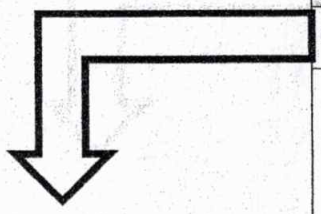
Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD



		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana				✓						✓
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita				✓						✓
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita				✓						✓
4	Mi familia sea emocionalmente saludable				✓						✓
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo				✓						✓
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud				✓						✓
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario				✓						✓
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.				✓						✓

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD



		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo				✓						✓
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar				✓						✓
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos				✓						✓
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias				✓						✓
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓						✓
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓						✓
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓						✓
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad				✓						✓

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares				X						X
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.				X						X
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.				X						X
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros				X						X
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños				X						X
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones				X						X
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño				X						X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				X						X
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes				X						X

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida				X						X
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida				X						X
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro				X						X
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas				X						X
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros				X						X
6	Mi familia resuelva los problemas juntos				X						X
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente				X						X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				X						X
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros				X						X

Auditivo

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar	
Fecha	15	10	2020	Zona o sector seleccionado: Hospital Eduardo Arredondo Sede la nevada	

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si____ No X

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: Rosa Ardila

3. Parentesco con la PcD: Esposa — 4. Teléfono: 3135603111

5. Dirección: Kr 42 # 5A-22 la nevada

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Cesar Augusto — 7. Apellidos: Regalado García

8. Dirección: Kr 42 # 5A-22 — 9. Teléfono: 3185603111

10. Documento de Identidad:

CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No. 77.076.625 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	13	Sep	1961			X	64

14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)
	X				

15. Grupo social:	Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI	
		Etnia				

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ___	Nombre EPS:
B. Régimen Subsidiado: ✓	Nombre ARS: Caja Copi

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:

Esposa Rosa Ardila.

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si X No___ ¿Cuál (es)? Sordo

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No___ ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )

Entre 1 a 4 años: ( )

Entre 5 a 9 años: ( )

Más de 10 años: ( )

No sabe (X)

21. Causa de la discapacidad

Genética (X)

Durante el embarazo ( )

Durante el parto ( )

Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____

Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____

Accidente de trabajo ( )

Enfermedad profesional ( )

Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____

Delincuencia común ( )

Violencia Social ( )

Arma de fuego ( )

Arma blanca ( )

Mina antipersonal ( ) Lugar_____

Bomba ( ) Lugar_____

Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Si___ No___ ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

( ) Medicina General ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo social ( ) Vacunación

( ) Pediatría ( ) Terapia del Lenguaje ( ) Atención Psicológica ( ) Crecimiento y desarrollo

( ) Medicina Física y Rehabilitación ( ) Terapia Física ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición

( ) Otro Especialista ( ) Educación Especial

¿Cuál?_____

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si___ No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No X

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

	Instituciones:	Tipo de ayuda
	Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
	Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
	Iglesia, ¿Cuál? _____	
	Pastoral Social	
	Amigos	
	Familiares	
	ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
	Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
	Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica?. Sí___ No___ ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No____

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☑ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☑ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☑ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☑ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☑ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☑ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☐ Sí ☑ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	

Observaciones adicionales

Mi esposo tuvo un accidente y se partio el femur y necesita urgente apoyo economico ya que ella tiene que cuidar a tres personas con discapacidad y estan pasando hambre. S.O.S

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15-10-2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Rosa Ardila

Nombre de la PcD: Cesar Augusto Regalado Garcia.

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre ☐ Madre ☐ Hermano/a ☐

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) esposa.

2.- Edad: 63

3.- Genero ☐ Masculino ☒ Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Kr 42 # 5A - 22 La nevada

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 64 Fecha de Nacimiento: 18 sep 1961

7.- Género: ☒ Masculino ☐ Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve ☐
Moderada ☐
Severa ☒
En tramite ☐
No Solicitado ☐

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana ☐
☐

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Sordo

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☐

Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA-VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana				X						X
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita				X						X
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita				X						X
4	Mi familia sea emocionalmente saludable				X						X
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo				X						X
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud				X						X
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario				X						X
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.				X						X

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA

VIDA JUNTOS

		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo				X						X
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar				X						X
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos				X						X
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias				X						X
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				X						X
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				X						X
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad				X						X
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad				X						X

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares				4						4
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.				4						4
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.				4						4
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros				4						4
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños				4						4
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones				4						4
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño				4						4
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				4						4
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes				4						4

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida				4						4
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida				4						4
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro				4						4
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas				4						4
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros				4						4
6	Mi familia resuelva los problemas juntos				4						4
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente				4						4
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				4						4
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros				4						4

Auditivo

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	15	10	2025	Zona o sector seleccionado:	Hospital Eduardo Arredondo Sede la nevada

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si____ No X

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: Rosa Ardila

3. Parentesco con la PcD: Mamá

4. Teléfono: 3135603111

5. Dirección: Kr 42 # 5A - 22 la nevada

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Luz Estela

7. Apellidos: Reggio soto

8. Dirección: Kr 42 # 5A - 22

9: Teléfono: 3135603111

10. Documento de Identidad:

CC X T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No. 1065565109 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	8	10	1983		X		42

14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)
				X	

15. Grupo social:	Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI	
		Etnia				

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ____	Nombre EPS:
B. Régimen Subsidiado: ✓	Nombre ARS: Cajacopi

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:

Mamá. Rosa Ardila.

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si✓ No___ ¿Cuál (es)? Sano + ___

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No___ ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )

Entre 1 a 4 años: ( )

Entre 5 a 9 años: ( )

Más de 10 años: ( )

No sabe (X)

21. Causa de la discapacidad

Genética (✓)

Durante el embarazo ( )

Durante el parto ( )

Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____

Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____

Accidente de trabajo ( )

Enfermedad profesional ( )

Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____

Delincuencia común ( )

Violencia Social ( )

Arma de fuego ( )

Arma blanca ( )

Mina antipersonal ( ) Lugar_____

Bomba ( ) Lugar_____

Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Si___ No X ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

( ) Medicina General ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo social ( ) Vacunación

( ) Pediatría ( ) Terapia del Lenguaje ( ) Atención Psicológica ( ) Crecimiento y desarrollo

( ) Medicina Física y Rehabilitación ( ) Terapia Física ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición

( ) Otro Especialista ¿Cuál?_____ ( ) Educación Especial

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si___ No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No X

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

Instituciones:		Tipo de ayuda
	Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
	Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
	Iglesia, ¿Cuál? _____	
	Pastoral Social	
	Amigos	
	Familiares	
	ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
	Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
	Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica?. Sí___ No___ ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No____

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☑ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☑ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☑ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☑ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☑ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☑ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☐ Sí ☑ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	

Observaciones adicionales

Es una persona bajo que tiene discapacidad y ambos son cuidados por la mamá de la paciente.

La paciente se Esta Regulando no tiene certificado de discapacidad

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15-10-2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Rosa Avila

Nombre de la PcD: Luz Estela Reglao Soto

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre [ ] Madre [X] Hermano/a [ ]

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) _____

2.- Edad: [63]

3.- Genero [ ] Masculino [X] Femenino ✓

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Kr 42 # 5A-22 Ic nevada

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: [42] Fecha de Nacimiento: [8] [10] [1983]

7.- Género: [ ] Masculino [X] Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve [ ]
Moderada [ ]
Severa [✓]
En tramite [ ]
No Solicitado [ ]

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana [ ]
[ ]

ALCALDÍA DE SOACHA

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Sordo

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☑

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☐

Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana				X						X
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita				X						X
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita				X						X
4	Mi familia sea emocionalmente saludable				X						X
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo				X						X
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud				X						X
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario				X						X
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.				X						X

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo				X						X
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar				X						X
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos				X						X
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias				X						X
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				X						X
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				X						X
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad				X						X
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad				X						X

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares				X						X
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.				X						X
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.				X						X
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros				X						X
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños				X						X
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones				X						X
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño				X						X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				X						X
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes				X						X

INTERACIÓN FAMILIAR

PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS

		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida				X						X
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida				X						X
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro				X						X
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas				X						X
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros				X						X
6	Mi familia resuelva los problemas juntos				X						X
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente				X						X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				X						X
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros				X						X

Multiple

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	15	10	2025	Zona o sector seleccionado:	La Nevada.

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si____ No__X__

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: Nicolasa Velásquez Solano

3. Parentesco con la PcD: Madre	4. Teléfono: 318 530 17 73.
5. Dirección: Clle 41 Nº 5A- 33 La Nevada.	

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: Fren David					7. Apellidos: Silva Velasquez.				
8. Dirección: Clle 41 Nº 5A -33 La Nevada					9: Teléfono: 318 530 1773.				
10. Documento de Identidad: CC.___ T.I X Registro Civil___ PPT__No. 1065649306 Ninguno___									
11. Fecha de Nacimiento: Día 2 Mes 11 Año 2009				12. Género:		F	M X	13. Edad: 14	
14. Estado Civil:		Casado (a)		Unión Libre		Separado (a)		Soltero (a) X	Viudo (a)
15. Grupo social:	Afro	Indigena:		Victima	Privado de la Libertad		Poblacion LGBTI		Desplazada.
		Etnia							

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ____	Nombre EPS:
B. Régimen Subsidiado: X	Nombre ARS: Coosalud.

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:
Nicolasa Velásquez Solano

No contesto

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si___ No_X_ ¿Cuál (es)? _____

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No_X_ ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )

Entre 1 a 4 años: ( )

Entre 5 a 9 años: ( )

Más de 10 años: ( )

No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética (X)

Durante el embarazo ( )

Durante el parto ( )

Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____

Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____

Accidente de trabajo ( )

Enfermedad profesional ( )

Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____

Delincuencia común ( )

Violencia Social ( )

Arma de fuego ( )

Arma blanca ( )

Mina antipersonal ( ) Lugar_____

Bomba ( ) Lugar_____

Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Si_X_ No___ ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

( ) Medicina General	(X) Terapia Ocupacional	( ) Trabajo social	( ) Vacunación
( ) Pediatría	(X) Terapia del Lenguaje	( ) Atención Psicológica	( ) Crecimiento y desarrollo
( ) Medicina Física y Rehabilitación	(X) Terapia Física	( ) Psiquiátrica	( ) Nutrición
( ) Otro Especialista ¿Cuál?_____	( ) Educación Especial		

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si_X_ No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No X

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

Instituciones:	Tipo de ayuda
Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
Iglesia, ¿Cuál? _____	
Pastoral Social	
Amigos	
Familiares	
ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí___ No X ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No X___

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☒ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☒ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☒ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☒ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	Le gustaria Pertenecer a un grupo de Apoyo

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☒ Frecuentemente ☐ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☒ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☒ Sí ☐ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☒ Sí ☐ No	

Observaciones adicionales

- Desea recibir Capacitación para Cuidadora de personas con discapacidad

⇒ Desea pertenecer algún grupo de Apoyo o Asociación de personas con discapacidad.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: Octubre 15 - 2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Nicolasa Velasquez S

Nombre de la PcD: Efren David Silva Velásquez

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre [ ] Madre [X] Hermano/a [ ]

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) _____

2.- Edad: [44]

3.- Genero [ ] Masculino [ ] Femenino [X]

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Clle 41 Nº 53A-33 La Nevada

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: [14] Fecha de Nacimiento: [2] [11] [2009]

7.- Género: [ ] Masculino [ ] Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve [ ]
Moderada [ ]
Severa [ ]
En tramite [X]
No Solicitado [ ]

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana [ ]
[ ]

ALCALDÍA DE CALCEBUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Parálisis Cerebral.

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☒

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

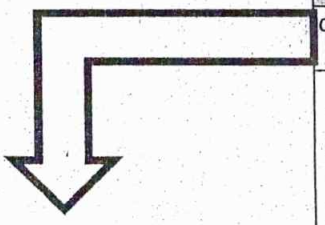
Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☒

Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD



		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana										
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita										
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita										
4	Mi familia sea emocionalmente saludable										
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo										
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud										
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario										
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.										

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo					X				X	
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar					X					X
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos					X				X	
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias					X					X
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X				X	
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X				X	
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad					X				X	
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad					X			X		

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares					X				X	
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.					X				X	
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.					X					X
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros					X				X	
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños					X				X	
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones					X					X
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño					X				X	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X					X
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes					X				X	

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida					X				X	
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida					X					X
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro					X				X	
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas					X					X
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros					X				X	
6	Mi familia resuelva los problemas juntos					X					X
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente					X				X	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X				X	
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros					X					X

Deditiva.

80

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar.
Fecha	15	10	25	Zona o sector seleccionado:	La nevada

I. INFORMACIÒN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si____ No X

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: Jorge Sierra Rizzo

3. Parentesco con la PcD: Sobrino

4. Teléfono: 3209996850.

5. Dirección: Cra 19 C1 #10-35 Barrio el Ampero.

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: Alexander

7. Apellidos: Sierra Urena.

8. Dirección: Cra 19 C1 # 10-35 B Amparo.

9: Teléfono: 3113290074

10. Documento de Identidad:

CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT__ No. 7632327 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	06	11	80			X	44

14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)
				X	

15. Grupo social:	Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI
		Etnia			

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ____ Nombre EPS: Asmet Salud.

B. Régimen Subsidiado: X Nombre ARS:

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:

Solay Urena Flores (mamá)

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si___ No X ¿Cuál (es)? _____

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No X ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: (X)
Entre 1 a 4 años: ( )
Entre 5 a 9 años: ( )
Más de 10 años: ( )
No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética (X)
Durante el embarazo ( )
Durante el parto ( )
Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____
Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____
Accidente de trabajo ( )
Enfermedad profesional ( )
Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____
Delincuencia común ( )
Violencia Social ( )
Arma de fuego ( )
Arma blanca ( )
Mina antipersonal ( ) Lugar_____
Bomba ( ) Lugar_____
Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Sí___ No X ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

X Medicina General ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo social ( ) Vacunación
( ) Pediatría ( ) Terapia del Lenguaje ( ) Atención Psicológica ( ) Crecimiento y desarrollo
( ) Medicina Física y Rehabilitación ( ) Terapia Física ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición
( ) Otro Especialista ( ) Educación Especial
¿Cuál?_____

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si X No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No X

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

Instituciones:	Tipo de ayuda
Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
Iglesia, ¿Cuál? _____	
Pastoral Social	
Amigos	
Familiares	
ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí___ No X ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No X

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☒ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☒ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☒ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☒ Sí ☐ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☒ Frecuentemente ☐ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☒ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☒ Sí ☐ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	

Observaciones adicionales

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15-10-2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Jorge Sierra.

Nombre de la PcD: Alexander Sierra Ureña

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre ☐ Madre ☐ Hermano/a ☐

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) Sobrino

2.- Edad: 23

3.- Genero ☒ Masculino ☐ Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: NO.

5.- Su lugar de residencia: Cra 19 C1-#10-35 El Amparo

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 44 Fecha de Nacimiento: 06 11 80

7.- Género: ☒ Masculino ☐ Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve ☐
Moderada ☐
Severa ☐
En tramite ☒
No Solicitado ☐

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana ☒
☐

ALCALDÍA DE CALLEJÓN

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: H913 - 2763. Sordomudez.

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☐

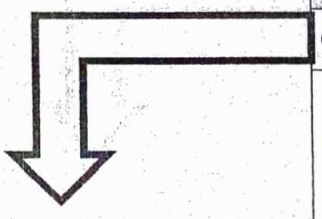
Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana					X				X	
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita					X				X	
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita					X			X		
4	Mi familia sea emocionalmente saludable					X				X	
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo					X				X	
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud					X				X	
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario					X				X	
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.					X			X		

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD



		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo					X		X			
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar					X				X	
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos					X				X	
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias					X				X	
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X		X			
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X				X	
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad					X			X		
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad					X				X	

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares					X					X
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.					X					X
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.					X					X
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros					X					X
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños					X					X
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones					X					X
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño					X					X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X					X
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes					X					X

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA									
		VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida					X					X
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida					X					X
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro					X					X
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas					X					X
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros					X					X
6	Mi familia resuelva los problemas juntos					X					X
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente					X					X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X					X
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros					X					X

Intelectual

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar ✓	
Fecha	15	OCT	2025	Zona o sector seleccionado:	HEAD sede la Nevada

I. INFORMACIÒN PERSONAL
1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si ✓ No____
(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA	
2. Nombres y Apellidos del entrevistado:	
3. Parentesco con la PcD:	4. Teléfono:
5. Dirección:	

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD										
6.Nombres: Ana María					7. Apellidos: Navarro Arias					
8. Dirección: Calle 7A #43-05 Barrio La Nevada							9: Teléfono: 3205279692			
10. Documento de Identidad: CC. X T.I ____ Registro Civil___ PPT__No. 1091533989 Ninguno___										
11. Fecha de Nacimiento:	Día 26	Mes 04	Año 1956	12. Género:	F ✓	M	13. Edad: 69 años			
14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre		Separado (a)		Soltero (a) ✓		Viudo (a)		
15. Grupo social:	Afro	Indigena:		Victima ✓	Privado de la Libertad		Poblacion LGBTI			
		Etnia								
16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):										
A. Régimen Contributivo: ____			Nombre EPS: Cajacopi							
B. Régimen Subsidiado: ✓			Nombre ARS:							
17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad: sobrino Nelson Navarro Chinchilla										

NO cuenta

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si ✓ No___ ¿Cuál (es)? Epilepsia

19. ¿Toma algún medicamento? Si ✓ No___ ¿Cuál (es)? Tegretol 400mg

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )

Entre 1 a 4 años: ( )

Entre 5 a 9 años: ( )

Más de 10 años: (✓)

No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética (✓)

Durante el embarazo ( )

Durante el parto ( )

Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____

Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____

Accidente de trabajo ( )

Enfermedad profesional ( )

Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____

Delincuencia común ( )

Violencia Social ( )

Arma de fuego ( )

Arma blanca ( )

Mina antipersonal ( ) Lugar_____

Bomba ( ) Lugar_____

Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Si___ No ✓ ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(✓) Medicina General ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo social ( ) Vacunación

( ) Pediatría ( ) Terapia del Lenguaje ( ) Atención Psicológica ( ) Crecimiento y desarrollo

( ) Medicina Física y Rehabilitación ( ) Terapia Física ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición

(✓) Otro Especialista ( ) Educación Especial

¿Cuál? Neurólogo

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si ✓ No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No___

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

	Instituciones:	Tipo de ayuda
	Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
	Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
	Iglesia, ¿Cuál? _____	
	Pastoral Social	
	Amigos	
	Familiares	
	ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
	Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
	Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	(✓)
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí___ No___ ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No____

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☐ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☐ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☐ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☐ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☐ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☐ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☐ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☑ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☐ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☑ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☐ Sí ☑ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☑ Sí ☐ No	

Observaciones adicionales

Gestionar certificado de discapacidad

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15 Oct /2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Belsani Navarro Chinchilla

Nombre de la PcD: Ana María Navarro Arias

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre ☐ Madre ☐ Hermano/a ☐

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) Sobrina

2.- Edad: 43

3.- Genero ☐ Masculino ☑ Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Calle 7B # 93-05 Barrio La Nevada.

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 59 Fecha de Nacimiento: 26 | 04 | 1966

7.- Género: ☐ Masculino ☑ Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve ☐
Moderada ☐
Severa ☐
En tramite ☑
No Solicitado ☐

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana ☑
☐

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: síndrome epiléptico retardo mental.

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☑

Discapacidad Física ☐

Trastorno mental ☑

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA- VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana										
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita				✓			✓			
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita				✓					✓	
4	Mi familia sea emocionalmente saludable				✓					✓	
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo				✓					✓	
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud				✓					✓	
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario				✓					✓	
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.				✓			✓			

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo	✓					✓				
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar				✓					✓	
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos	✓					✓				
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias										
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad										
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓			✓			
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓			✓			
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad				✓		✓				

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares				✓					✓	
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.				✓					✓	
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.				✓					✓	
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros				✓					✓	
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños				✓					✓	
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones				✓					✓	
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño				✓					✓	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				✓					✓	
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes				✓					✓	

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA									
		VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida				✓					✓	
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida				✓					✓	
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro				✓					✓	
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas				✓					✓	
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros				✓					✓	
6	Mi familia resuelva los problemas juntos				✓					✓	
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente				✓					✓	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				✓					✓	
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros				✓					✓	

Intelectual

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar	
Fecha	15	10	2025	Zona o sector seleccionado: Hospital Eduardo Arredondo Sede la Nevada	

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si____ No X

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: Yaneth Arcas

3. Parentesco con la PcD: Mamá — 4. Teléfono: 3003171047

5. Dirección: Kr 49 # 6-38

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Maria Jose Vergel Arcas — 7. Apellidos: Vergel Arco

8. Dirección: Kr49 # 6-38 — 9: Teléfono: 3003171047

10. Documento de Identidad:

CC.___ T.I X Registro Civil___ PPT___ No. 1066298464 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	24	12	2017		X		7

14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)

15. Grupo social:	Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI
		Etnia			

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ____ — Nombre EPS:

B. Régimen Subsidiado: ✓ — Nombre ARS: Asmet Salud

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:

Yaneth Arcas

II. SITUACIÓN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si___ No✓ ¿Cuál (es)? Síndrome Down

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No✓ ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )

Entre 1 a 4 años: ( )

Entre 5 a 9 años: ( )

Más de 10 años: ( )

No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética ( )

Durante el embarazo ( )

Durante el parto ( )

Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____

Accidente de tránsito ( ) Moto___ Carro___ Otro___ Cuál?_____

Accidente de trabajo ( )

Enfermedad profesional ( )

Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____

Delincuencia común ( )

Violencia Social ( )

Arma de fuego ( )

Arma blanca ( )

Mina antipersonal ( ) Lugar_____

Bomba ( ) Lugar_____

Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Sí✓ No___ ¿Cuál? Arsas – Confalesa

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(✓) Medicina General ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo social (✓) Vacunación

(✓) Pediatría (✓) Terapia del Lenguaje (✓) Atención Psicológica (✓) Crecimiento y desarrollo

(✓) Medicina Física y Rehabilitación (✓) Terapia Física ( ) Psiquiátrica (✓) Nutrición

( ) Otro Especialista ( ) Educación Especial

¿Cuál?_____

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si✓ No___ A veces___

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No___

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

	Instituciones:	Tipo de ayuda
	Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
	Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
	Iglesia, ¿Cuál? _____	
	Pastoral Social	
	Amigos	
	Familiares	
	ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
	Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
	Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí___ No___ ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No____

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☑ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☑ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☑ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☑ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☑ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☐ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☑ Sí ☐ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☐ Sí ☐ No Regular	

Observaciones adicionales

La paciente tiene Sindrome de Dawn lo cual no aparece como enfermedad.

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15-10-2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Yaneth Arcos

Nombre de la PcD: María José Vergel Arcos

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre ☐ Madre ☒ Hermano/a ☐

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) _____

2.- Edad: 35

3.- Genero ☐ Masculino ☒ Femenino ☒

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Kr 49 # 6-38

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 7 Fecha de Nacimiento: 24 Dic 2017

7.- Género: ☐ Masculino ☒ Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve ☐
Moderada ☐
Severa ☒
En tramite ☐
No Solicitado ☐

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana ☒
☐

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Sindrome de Down

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☒

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☐

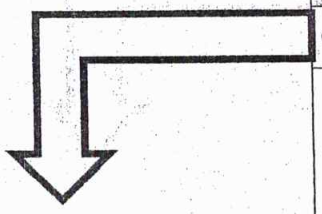
Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana				X						X
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita					X					X
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita					X					X
4	Mi familia sea emocionalmente saludable					X					X
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo					X					X
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud					X					X
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario					X					X
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.					X					X

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD



		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo					X					P
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar					X					X
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos					P					X
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias					P					P
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X					X
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X					X
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad					X					X
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad					X					X

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares					X					X
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.					X					X
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.					X					X
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros					X					X
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños					X					X
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones					X					X
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades Individuales de cada niño					X					X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X					X
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes					X					X

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida					X					X
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida					X					X
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro					X					X
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas					X					X
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros					X					X
6	Mi familia resuelva los problemas juntos					X					X
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente					X					X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X					X
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros					X					X

80

Físico

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar.	
Fecha	15	10	2025	Zona o sector seleccionado:	HEAS sede la Nevada

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si ✓ No____

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado:

3. Parentesco con la PcD: | 4. Teléfono:

5. Dirección:

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: Luis Carlos | 7. Apellidos: Torres Sierra

8. Dirección: Calle 7A #43-29 Barrio La Nevada. | 9: Teléfono: 3234408387

10. Documento de Identidad:

CC. ✓ T.I ____ Registro Civil___ PPT__No. 5070687 Ninguno____

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	28	01	1938			✓	87 años

14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)

15. Grupo social:	Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI
		Etnia			

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ____	Nombre EPS: Asmet salud.
B. Régimen Subsidiado: ✓	Nombre ARS:

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:

Hijo Dinaluz Torres

No contesta.

II. SITUACIÓN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si___ No✓ ¿Cuál (es)? _____

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No✓ ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )
Entre 1 a 4 años: ( )
Entre 5 a 9 años: ( )
Más de 10 años: (✓)
No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética ( )
Durante el embarazo ( )
Durante el parto ( )
Desastres naturales ( ) Lugar del desastre: Bogotá
Accidente de tránsito (✓) Moto✓ Carro___ Otro___ Cuál?_____
Accidente de trabajo ( )
Enfermedad profesional ( )
Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____
Delincuencia común ( )
Violencia Social ( )
Arma de fuego ( )
Arma blanca ( )
Mina antipersonal ( ) Lugar_____
Bomba ( ) Lugar_____
Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Sí___ No✓ ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(✓) Medicina General
( ) Pediatría
( ) Medicina Física y Rehabilitación
( ) Otro Especialista
¿Cuál? oftalmología
( ) Terapia Ocupacional
( ) Terapia del Lenguaje
( ) Terapia Física
( ) Educación Especial
( ) Trabajo social
( ) Atención Psicológica
( ) Psiquiátrica
( ) Vacunación
( ) Crecimiento y desarrollo
( ) Nutrición

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si✓ No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si✓ No___

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

	Instituciones:	Tipo de ayuda
	Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
	Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
	Iglesia, ¿Cuál? _____	
	Pastoral Social	
	Amigos	
	Familiares	
	ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
	Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
	Otras, ¿Cuál (es)? Gobierno.	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	(✓)	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí___ No✓ ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No✓

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☑ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☑ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☑ Sí ☐ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☑ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☑ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☑ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☐ Sí ☐ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☐ Sí ☑ No	

Observaciones adicionales Sacar cita con médico general para que ordene terapias físicas del miembro Inferior comprometido

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15 Octubre 2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Dinajaz Torres.

Nombre de la PcD: Luis Carlos Torres Sierra.

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre ☐ Madre ☐ Hermano/a ☐

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) Hija

2.- Edad: 48

3.- Genero ☐ Masculino ☑ Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Calle 7A #43-29 Barrio La Nevada.

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 87 Fecha de Nacimiento: 28 | 01 | 1938

7.- Género: ☑ Masculino ☐ Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve ☐
Moderada ☐
Severa ☐
En tramite ☐
No Solicitado ☑

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana ☑
☐

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Fx de cadera derecha.

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☑

Discapacidad Física ☐

Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana										
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita				✓					✓	
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita				✓				✓		
4	Mi familia sea emocionalmente saludable				✓					✓	
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo										
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud				✓					✓	
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario					✓		✓			
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.				✓			✓			

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo				✓			✓			
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar				✓			✓			
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos					✓					✓
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias										
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓					✓	
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓					✓	
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓				✓		
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad				✓				✓		

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares				✓					✓	
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.		✓					✓			
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.				✓					✓	
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros				✓					✓	
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños				✓					✓	
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones				✓					✓	
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño				✓					✓	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				✓					✓	
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes					✓				✓	

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida				✓					✓	
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida				✓			✓			
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro				✓					✓	
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas				✓					✓	
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros				✓					✓	
6	Mi familia resuelva los problemas juntos				✓					✓	
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente				✓					✓	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				✓					✓	
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros				✓					✓	

Ficha

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	15	Oct.	2025	Zona o sector seleccionado:	Hato sede la Nevada

I. INFORMACIÒN PERSONAL
1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si ✓ No____
(Si responde "Si", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA	
2. Nombres y Apellidos del entrevistado:	
3. Parentesco con la PcD:	4. Teléfono:
5. Dirección:	

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD									
6.Nombres: Julio Antonio				7. Apellidos: Beltran Pedroza					
8. Dirección: Calle 7A#5-05 barrio la nevada								9: Teléfono: 3205279692	
10. Documento de Identidad: CC. ✓ T.I ____ Registro Civil___ PPT__No. 1723010 Ninguno____									
11. Fecha de Nacimiento:	Día 6	Mes 08	Año 1953	12. Género:		F	M ✓	13. Edad: 72	
14. Estado Civil:	Casado (a)		Unión Libre		Separado (a)		Soltero (a)		Viudo (a) ✓
15. Grupo social:	Afro	Indigena:		Victima	Privado de la Libertad		Poblacion LGBTI	Ninguno	
		Etnia							
16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):									
A. Régimen Contributivo: ____		Nombre EPS: Coosalud.							
B. Régimen Subsidiado: ✓		Nombre ARS:							
17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad: Vecina Belsoni Navarro Chinchilla									

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si✓ No___ ¿Cuál (es)? Cirrosis Hepática HTA Diabetico Cardiopata, Insuficiencia Dermatológica no recuerda son muchos.

19. ¿Toma algún medicamento? Si✓ No___ ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )
Entre 1 a 4 años: ( )
Entre 5 a 9 años: (✓)
Más de 10 años: ( )
No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética (✓)
Durante el embarazo ( )
Durante el parto ( )
Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____
Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____
Accidente de trabajo ( )
Enfermedad profesional ( )
Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____
Delincuencia común ( )
Violencia Social ( )
Arma de fuego ( )
Arma blanca ( )
Mina antipersonal ( ) Lugar_____
Bomba ( ) Lugar_____
Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Si___ No✓ ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(✓) Medicina General ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo social ( ) Vacunación
( ) Pediatría ( ) Terapia del Lenguaje ( ) Atención Psicológica ( ) Crecimiento y desarrollo
( ) Medicina Física y Rehabilitación ( ) Terapia Física ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición
(✓) Otro Especialista ( ) Educación Especial
¿Cuál? Internista, nefrologo cardiólogo

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si✓ No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No___

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

Instituciones:	Tipo de ayuda
Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
Iglesia, ¿Cuál? _____	
Pastoral Social	
Amigos	
Familiares	
ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica?. Sí___ No___ ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Si____ No____

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☐ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☐ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☐ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☐ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☐ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☐ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☐ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☐ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☐ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☐ Sí ☐ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☐ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☐ Sí ☐ No	

Observaciones adicionales

- Solicitar Silla de ruedas
- Gestionar atención y Vivienda en caso del abuelo.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15 07 / 2015

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Belsani Navarro Chinchilla

Nombre de la PcD: Julio Antonio Castellon Pedroza.

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre [ ] Madre [ ] Hermano/a [ ]

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) Vecino

2.- Edad: [43]

3.- Genero [✓] Masculino [ ] Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Calle 7A # 93-05 Barrio Nevada

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: [72] Fecha de Nacimiento: [6] [08] [43]

7.- Género: [✓] Masculino [ ] Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve [ ]
Moderada [ ]
Severa [ ]
En tramite [ ]
No Solicitado [✓]

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana [✓]
[ ]

FICHA DE SEGUIMIENTO

PERSONA CON DISCAPACIDAD

REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Diabetico cirrosis hepatica Hipertenso Debilidad generalizada Deficiencia Intelectual Leve Epilepsia

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☑

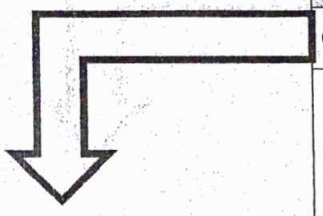
Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana				✓		✓				
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita				✓		✓				
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita				✓		✓				
4	Mi familia sea emocionalmente saludable				✓		✓				
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo				✓		✓				
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud				✓		✓				
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario				✓		✓				
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.				✓		✓				

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD



		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo				✓		✓				
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar				✓		✓				
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos				✓		✓				
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias				✓		✓				
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓		✓				
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓		✓				
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad				✓		✓				
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad				✓		✓				

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares				✓		✓				
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.				✓		✓				
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.				✓		✓				
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros				✓		✓				
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños				✓		✓				
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones				✓		✓				
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño				✓		✓				
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				✓		✓				
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes				✓		✓				

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA									
		VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida				✓		✓				
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida				✓		✓				
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro				✓		✓				
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas				✓		✓				
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros				✓		✓				
6	Mi familia resuelva los problemas juntos				✓		✓				
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente				✓		✓				
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros				✓		✓				
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros				✓		✓				

Ficha 6

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	15	10	2025	Zona o sector seleccionado:	La Nevada

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si____ No X

(Si responde "Si", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: Yaneris María Torres Luna

3. Parentesco con la PcD: Hija

4. Teléfono: 3145634797

5. Dirección: Urb. Altos de Tayrona Mz 8 casa 14

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Mary Graciela

7. Apellidos: Luna Baloco

8. Dirección: Urb Altos de Tayrona Mz 8 Casa 14

9: Teléfono: 3145634797

10. Documento de Identidad:

CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No. 33 280 976 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	24	6	1949		X		76

14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)
			X		

15. Grupo social:	Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI	
		Etnia				

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

A. Régimen Contributivo: ___	Nombre EPS:
B. Régimen Subsidiado: X	Nombre ARS: Coosalud

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:

Yaneris María Torres Luna

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si X No___ ¿Cuál (es)? Hipertensión

19. ¿Toma algún medicamento? Si X No___ ¿Cuál (es)? Telmisartan

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: ( )
Entre 1 a 4 años: ( )
Entre 5 a 9 años: ( )
Más de 10 años: (X)
No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética ( )
Durante el embarazo ( )
Durante el parto ( )
Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____
Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____
Accidente de trabajo ( )
Enfermedad profesional ( )
Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____
Delincuencia común ( )
Violencia Social ( )
Arma de fuego ( )
Arma blanca ( )
Mina antipersonal ( ) Lugar_____
Bomba ( ) Lugar_____
Otra, ¿Cuál? Enfermedad de Hipertensión.

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Si___ No X ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(X) Medicina General
( ) Terapia Ocupacional
( ) Trabajo social
( ) Vacunación
( ) Pediatría
( ) Terapia del Lenguaje
( ) Atención Psicológica
( ) Crecimiento y desarrollo
( ) Medicina Física y Rehabilitación
( ) Terapia Física
( ) Psiquiátrica
( ) Nutrición
(X) Otro Especialista ¿Cuál? Cardiología
( ) Educación Especial

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si X No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No X

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

Instituciones:	Tipo de ayuda
Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
Iglesia, ¿Cuál? _____	
Pastoral Social	
Amigos	
Familiares	Económica.
ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	(X)	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí X No___ ¿Cuál? Silla de Rueda.
¿Para qué? para trasladarse mejor.

29. ¿Utiliza sonda? Sí___ No X

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☒ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☐ Sí ☒ No	
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☒ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☐ Sí ☒ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	Le gustaria Pertenecer al grupo de apoyo

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☒ Frecuentemente ☐ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☒ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☒ Sí ☐ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☒ Sí ☐ No	

Observaciones adicionales

⇒ Le gustaria pertenecer a un grupo de apoyo

⇒ Recibir Capacitación para cuidadora de personas con discapacidad.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: Octubre 15 - 2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Yaneris María Torres Luna

Nombre de la PcD: Mary Graciela Luna Baloco

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre [ ] Madre [X] Hermano/a [ ]

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) _____

2.- Edad: [56]

3.- Genero [ ] Masculino [ ] Femenino [X]

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Urb Altos de Taproma MZ 8 casa 14.

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: [76] Fecha de Nacimiento: [24] [6] [1949]

7.- Género: [ ] Masculino [X] Femenino

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve [ ]
Moderada [ ]
Severa [ ]
En tramite [ ]
No Solicitado [X]

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana [ ]
[ ]

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Secuelas de ACV - Parkinson

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☒

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☒

Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA- VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana				✓					✓	
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita				✓					✓	
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita				✓					✓	
4	Mi familia sea emocionalmente saludable				✓					✓	
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo				✓						✓
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud				✓					✓	
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario				✓					✓	
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.				✓					✓	

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo					X				✓	
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar					X				✓	
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos					X				✓	
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias					X				✓	
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X		X			
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X		X			
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad					X				✓	
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad					X				✓	

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares					X				X	
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.					X				X	
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.					X				X	
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros					X				X	
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños					X				X	
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones					X				X	
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño					X				X	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X				X	
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes					X				X	

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida					X				X	
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida					X				X	
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro					X			X		
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas					X				X	
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros					X			X		
6	Mi familia resuelva los problemas juntos					X				X	
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente					X					X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X				X	
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros					X			X		

Visual.

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	15	10	25	Zona o sector seleccionado:	Nevada.

I. INFORMACIÒN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Si X No____

(Si responde "Sí", pasar e al apartado "Datos persona con discapacidad")

DATOS PERSONA ENTREVISTADA SI LA PcD NO PUEDE RESPONDER LA ENCUESTA

2. Nombres y Apellidos del entrevistado: María Paula Toledo
3. Parentesco con la PcD: Nieta — 4. Teléfono: 3122857978
5. Dirección: Calle 7C 43-21 Nevada.

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Sora Ines — 7. Apellidos: Vitta
8. Dirección: Calle 7C 43-21 — 9: Teléfono: 3122857978.
10. Documento de Identidad:
CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No. 49767366 Ninguno___
11. Fecha de Nacimiento: Día 09 Mes 07 Año 62 — 12. Género: F X M — 13. Edad: 64.
14. Estado Civil: Casado (a) | Unión Libre | Separado (a) | Soltero (a) | Viudo (a) X
15. Grupo social:

Afro	Indigena:	Victima	Privado de la Libertad	Poblacion LGBTI
	Etnia	X		

16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):
A. Régimen Contributivo: ____ — Nombre EPS: Cajacopi
B. Régimen Subsidiado: X — Nombre ARS:
17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:
María Paula Toledo (Nieta)

No contesto

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si___ No X ¿Cuál (es)? _____

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No X ¿Cuál (es)?_____

20. ¿Desde cuándo presenta la discapacidad?

Hace menos de 1 año: (X)
Entre 1 a 4 años: ( )
Entre 5 a 9 años: ( )
Más de 10 años: ( )
No sabe ( )

21. Causa de la discapacidad

Genética (X)
Durante el embarazo ( )
Durante el parto ( )
Desastres naturales ( ) Lugar del desastre:_____
Accidente de tránsito ( ) Moto____ Carro____ Otro____ Cuál?_____
Accidente de trabajo ( )
Enfermedad profesional ( )
Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____
Delincuencia común ( )
Violencia Social ( )
Arma de fuego ( )
Arma blanca ( )
Mina antipersonal ( ) Lugar_____
Bomba ( ) Lugar_____
Otra, ¿Cuál?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Sí___ No X ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

( ) Medicina General ( ) Terapia Ocupacional ( ) Trabajo social ( ) Vacunación
( ) Pediatría ( ) Terapia del Lenguaje ( ) Atención Psicológica ( ) Crecimiento y desarrollo
( ) Medicina Física y Rehabilitación (X) Terapia Física ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición
(X) Otro Especialista ( ) Educación Especial
¿Cuál? Control ortopedia.

24. ¿Sigue las orientaciones que le han dado? Si X No___ A veces____

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si___ No X

26. ¿De cuáles instituciones y qué tipo de ayuda?

	Instituciones:	Tipo de ayuda
	Comité Departamental de Atención Integral a la discapacidad	
	Comité Municipal de Atención Integral a la discapacidad	
	Iglesia, ¿Cuál? _____	
	Pastoral Social	
	Amigos	
	Familiares	
	ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
	Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
	Otras, ¿Cuál (es)?_____	

27. ¿Cuál (es) ayuda(s) técnica(s) utiliza?

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	( )
Caminador	( )	Ortesis	( )	Aditamento	( )
Bastón	( )	Zapatos Ortopédicos	( )	Ninguno	( )
Muletas	( )	Audífonos	( )	Otro, ¿Cuál?_____	

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica?. Sí___ No X ¿Cuál? _____
¿Para qué?_____

29. ¿Utiliza sonda? Sí____ No X

Seguimiento en la Estrategia RBC

Pregunta	Respuesta (marque con X)	Observaciones
Anteriormente a participado en actividades de rehabilitación basada en la comunidad	☐ Sí ☒ No	
¿Actualmente recibe servicios de salud relacionados con su discapacidad?	☒ Sí ☐ No	
¿Participa en actividades de rehabilitación (física, ocupacional, psicosocial)?	☒ Sí ☐ No	física
¿Cuenta con ayudas técnicas o tecnológicas (silla de ruedas, bastón, audífonos, etc.)?	☐ Sí ☒ No	
¿Su familia participa en procesos de orientación o apoyo relacionados con la discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Recibe apoyo de la comunidad o redes vecinales en su proceso de inclusión?	☒ Sí ☐ No	
¿Pertenece actualmente a algún grupo de apoyo o asociación de personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	

En caso de pertenecer a un grupo de apoyo, ¿con qué frecuencia participa?	☐ Nunca ☒ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☐ Siempre	
Desearia pertenecer a un grupo de apoyo y auto ayuda	☒ Sí ☐ No	
¿Percibe que la participación en grupos de apoyo ha mejorado su calidad de vida?	☒ Sí ☐ No	
¿Ha recibido capacitación o formación en derechos de las personas con discapacidad?	☐ Sí ☒ No	
¿Considera que la comunidad en general es incluyente con las personas con discapacidad?	☐ Sí ☐ No	Algunas

Observaciones adicionales

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

Con la finalidad de poder implementar la información de la Escala, a continuación, encontrará algunas preguntas que están relacionadas a:

- Información sobre el familiar que contesta la escala.
- Información sobre el familiar con Discapacidad

Indique con una cruz la respuesta que más defina su situación actual. En caso de que su situación se ajuste a la respuesta, por favor, especifique la respuesta en el apartado "otros".

Fecha: 15-10-2025.

Nombre de la persona que contesta la encuesta: María Paula Toledo.

Nombre de la PcD: Sora Ines Viña

Información sobre la persona que contesta la Escala:

1.- Relación con la persona con Discapacidad (por favor, marque tan sólo una casilla).

Padre ☐ Madre ☐ Hermano/a ☐

Otro miembro de la familia (por favor, especifique) Nieta.

2.- Edad: 22

3.- Genero ☐ Masculino ☐ Femenino X

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Calle 7C 43-21 Lanevada.

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 64 Fecha de Nacimiento: 09 07 62

7.- Género: ☐ Masculino ☐ Femenino X

8.- ¿Cuál es el nivel de discapacidad según el carnet o Certificado de discapacidad?

Leve ☐
Moderada ☐
Severa ☐
En tramite ☒
No Solicitado ☐

9.- Servicios que recibe actualmente la persona con discapacidad:

Intervención/ Atención Temprana ☒
☐

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO

PERSONA CON DISCAPACIDAD

REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela

Formación ocupacional (Trabajo con apoyo; centro especial de empleo; centro ocupacional; etc. ☐

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Ceguera total - Astasis.

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

Discapacidad Visual ☒

Discapacidad Física ☒

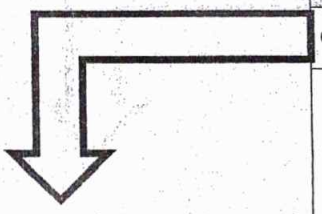
Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia sea fisicamente sana					X					X
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita					X			X		
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita					X			X		
4	Mi familia sea emocionalmente saludable					X				X	
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo					X		X			
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud					X		X			
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario					X				X	
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.					X				X	

APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD



		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el colegio o en el lugar de trabajo					X				X	
2	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para progresar en el hogar					X				X	
3	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para hacer amigos					X				X	
4	El miembro de mi familia con discapacidad tenga apoyo para ser incluido en actividades comunitarias					X			X		
5	Mi familia tenga apoyo para conseguir beneficios del gobierno que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X				X	
6	Mi familia tenga apoyo de las entidades locales para conseguir los servicios que necesita el miembro de nuestra familia con discapacidad					X			X		
7	Mi familia tenga apoyo para obtener un buen cuidado médico para el miembro de nuestra familia con discapacidad					X				X	
8	Mi familia tenga una buena relación con los profesionaes de las instituciones de salud y educativas que trabajan con el miembro de nuestra famila con discapacidad					X			X		

ROL PARENTAL

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños con las tareas y actividades escolares					X					X
2	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como ayudar en los trabajos de la casas.					X					X
3	los adultos de mi familia conozcamos otras personas en la vida de lso niños (amigos, profesores, etc.					X					X
4	Los miembros de mi familia enseñemos a los niños como llevarse bien con otros					X					X
5	Los adultos de mi familia tengamos la información la información necesaria para tomar decisiones acerca de los niños					X					X
6	Los adultos en mi familia enseñamos a los niños a tomar buenas decisiones					X					X
7	Los adultos en mi familia tengamos tiempo para atender las necesidades individuales de cada niño					X					X
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X					X
9	Los miembros de mi familia ayudemos a los niños a aprender a ser independientes					X					X

INTERACIÓN FAMILIAR

		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Mi familia disfrute el tiempo que pasa reunida					X			X		
2	Mi familia sea capaz de manejar los altibajos de la vida					X			X		
3	Mi familia tenga esperanza en el futuro					X				X	
4	Los miembros de mi familia nos apoyemos unos a otros para lograr metas					X			X		
5	los miembros de mi familia conversamos abiertamente unos con otros					X				X	
6	Mi familia resuelva los problemas juntos					X				X	
7	Los miembros de mi familia mostremos que nos queremos y cuidamos mutuamente					X				X	
8	Los miembros de mi Familia tengamos buenas relaciones con la familia extensa (abuelos, cuñados, primos, entre otros					X				X	
9	Los miembros de mi familia estemos orgullos unos de los otros					X				X	