ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ALCALDIA DE VALLEDUPAR
SECRETARIA LOCAL DE SALUD
LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL EVENTO: Jornada RBC
RESPONSABLE: IDREEC
LUGAR HEAD San Martin FECHA: 17-10-2025

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	Omaira Sierra Bayona	49.760.636	2	55	4		X		X	3024408940	si	Omaira Sierra B
2	Mª Alejandra Mieles Sierra	1.066.280.974	2	19	4			X		3024408940	si	Maria A. Mieles
3	Javier Alfonso Mieles	77036060	1	62	4			X		3024408940	si	Javier A Mieles.
4	Aura Rosa Bayona	27.012470	2	85	4			X		3024408940	si	Aura Rosa Bayona.
5	Tomas Sierra	5170009	1	81	4			X		3024408940	si	Tomas E Sierra
6	Osvaldo Sanchez	77151323	1	60	4				X	3187025659	si	Osvaldo Sanchez M.
7	Oswaldo Jesus Sanchez	1066869441	1	19	4			X		3187025659	si	Oswaldo Jesús Sanchez
8	Ines Margarita Ospino Rojas	49.734.739	2	65	4		X		X	3014096740	si	
9	Clara Elisa Ospino Robinson	49781590	2	54	4			X		3014096740	si	
10	Clara Emelda Rodriguez	26933215	2	94	4			X		3014096740	si	
11	Demetrio Padilla M	77023089	1	60	4			X		3104509912	si	Demetrio Padilla M.
12	Mª Mercedes Casas	36488845	2	68	4		X	X	X	3145237625	si	
13	Mª Elena Cotes Sierra	49743600	2	58	4		X	X	X	3168658227	si	Maria Cotes
14	Jose Carlos Mattos.	1065579549	1	38	4		X			3016868943	si	J. C. M
15	Andres Felipe Mattos Campo	1'066.898.281	1	5	4			X		3016868943	si	J. C. M
16	Eneida Diaz Espinosa	40923756	2	54	4				X	3017005277	si	Eneida Diaz E
17	Sirle Margenta Campo	1065636242	2	33	4		X		X	3006472704	si	Sirle M Campo.
18												
19												
20												

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Multiple

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	17	10	2025	Zona o sector seleccionado:	Hosp Eduardo Arredondo SAN.M.

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: Omaira Cecilia Sierra Bayona

3. Parentesco con la PcD: Madre

4. Teléfono: 302 440 8940

5. Dirección: Cra 20 N° 37-56 B. San Martin.

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Maria Alejandra

7. Apellidos: Mieles Sierra

8. Dirección: Cra 20 N° 37-56 B. San Martin

9: Teléfono: 302 440 8940

10. Documento de Identidad:

CC. X T.I ____ Registro Civil___ PPT__ No. 1066 280 914 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	01	3	2006		X		19 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: X	Nombre EPS: Nueva Eps.
B. Régimen Subsidiado: ____	Nombre ARS:

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

Omaira Cecilia Sierra Bayona.

II. SITUACIÓN DE SALUD

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

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

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___ ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(X) 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?_____ ( ) Educación Especial

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	Económica - Psicologica
	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

- Le gustaría pertenecer a un grupo de apoyo pero no le da tiempo por cuidar otros familiares con discapacidad.
- Le gustaría recibir capacitación o formación

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

SALUD MENTAL

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	27	10	2025	Zona o sector seleccionado:	Hospital Eduardo Arredondo San Martin

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: Oweira Cecilia Sierra Bayona.	
3. Parentesco con la PcD: Madre	4. Teléfono: 3024408940
5. Dirección: Car 20 N°37-56 B San Martin	

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD									
6.Nombres: Maria Alejandra				7. Apellidos: Mieles Sierra.					
8. Dirección: Cra 20 Nº 37-56 B. San Martin							9: Teléfono: 3024408940		
10. Documento de Identidad: CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No. 1.066.280.914 Ninguno___									
11. Fecha de Nacimiento:	Día: 01	Mes: 3	Año: 2006	12. Género:	F: X	M:	13. Edad: 19 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: X		Nombre EPS: Nueva Eps.							
B. Régimen Subsidiado: ___		Nombre ARS:							
17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad: Oweira Cecilia Sierra Bayona.									

II. SITUACIÒN DE SALUD

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

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

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___ ¿Cuál?_____

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(X) 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?_____

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

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	Economica - Psicologica
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

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?		NO
¿Participa en actividades comunitarias (deportivas, culturales, sociales)?		NO
¿Recibe apoyo de redes familiares o comunitarias?		NO
4. FUNCIONALIDAD Y BIENESTAR		
¿Presenta mejoras en su autonomía y actividades de la vida diaria?		NO
¿Se encuentra integrado a espacios educativos o laborales?		NO
¿Se reportan barreras físicas o sociales que limitan su participación?	SI	

OBSERVACIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

Paciente con Discapacidad Multiple Cognitiva y Psicosocial en tratamiento.

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 17. 2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Ouaira Cecilia Sierra B.

Nombre de la PcD: María Alejandra Mieles 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 [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: Cra 20 N° 37-56- Barrio San Martin.

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: [19] Fecha de Nacimiento: [01] [03] [2006]

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

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 + Esquizofrenia Paranoide.

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☒

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☒

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☒

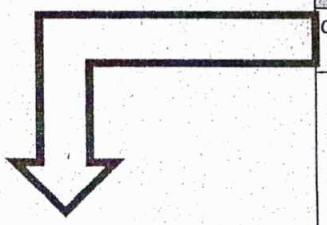
Discapacidad Visual ☐

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	

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	17	10	2025	Zona o sector seleccionado:	Hp Eduardo Arredondo San Martin.

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:	Omaira Cecilia Sierra Bayona.
3. Parentesco con la PcD: Esposa	4. Teléfono: 302 440 8940
5. Dirección: Cra 20 Nº 37-56 B. San Martin.	

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: Javier Alfonso		7. Apellidos: Mieles Castilla	
8. Dirección: Cra 20 Nº 37-56 B. San Martin		9: Teléfono: 302 440 8940	
10. Documento de Identidad: CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No. 77 036 060 Ninguno___			
11. Fecha de Nacimiento: Día 11 Mes 06 Año 1963	12. Género: F	M X	13. Edad: 62

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: X	Nombre EPS: Nueva Eps.
B. Régimen Subsidiado: ___	Nombre ARS:

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:
Omaira Cecilia Sierra Bayona.

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si X No___ ¿Cuál (es)? Cáncer de Pulmon

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

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?_____

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 ( ) Terapia Física ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición
(X) Otro Especialista ( ) Educación Especial
¿Cuál? Oncología

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 - Psicologica
ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
Otras, ¿Cuál (es)?_____	

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

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

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

→ Desearia pertenecer aun grupo de apoyo y recibir capacitación

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 - 17 - 2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Oneira Cecilia Siena.

Nombre de la PcD: Javier Alfonso Mieles Castilla

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: 56

3.- Genero ☐ Masculino ☐ Femenino X

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: K 20 #32-56 San Martin

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 62 Fecha de Nacimiento: 11 | 06 | 63

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: Cancer de Pulmón con metastasis.

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				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	

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	17	10	2025	Zona o sector seleccionado:	Hsp Eduardo Arredondo S. Martin

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: Omaira Cecilia Sierra Bayona
3. Parentesco con la PcD: Hija. 4. Teléfono: 302 440 8940
5. Dirección: Cra 20 Nº 37-56 B. San Martin.

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Aura Rosa 7. Apellidos: Bayona León
8. Dirección: Calle 37 Nº 22-50 B. S. Martin 9. Teléfono: 302 440.8940
10. Documento de Identidad:
CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No. 27012.470 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	13	3	1940		X		85.

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: ___	Nombre ARS:

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad:
Omaira Cecilia Sierra Bayona.

II. SITUACIÓN DE SALUD

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

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

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 ( )

Enfermedad profesional ( )

Violencia intrafamiliar ( ) ¿De quién?_____

Delincuencia común ( )

Violencia Social ( )

Arma de fuego ( )

Arma blanca ( )

Mina antipersonal ( ) Lugar_____

Bomba ( ) Lugar_____

Otra, ¿Cuál? infarto.

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 ( ) Terapia Física ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición

(X) Otro Especialista ( ) Educación Especial

¿Cuál? Cardiologo.

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

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 17-2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Omaira Cecilia Sierra Bayona

Nombre de la PcD: Aura Rosa Bayona León.

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: 36

3.- Genero ☐ Masculino ☐ Femenino X

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Cra 20 N° 37-56 B. San Martin

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 85 Fecha de Nacimiento: 13 | 03 | 1940

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: Cardiopatía

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

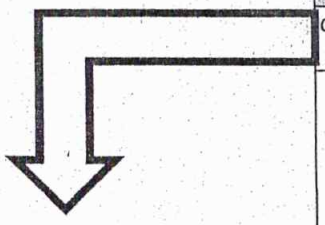
Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☒

Trastorno mental ☐

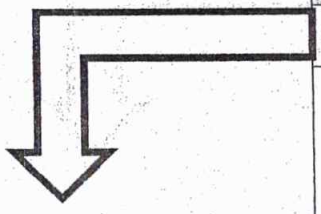
Otros (especifique): _____

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										

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	17	10	2025	Zona o sector seleccionado:	Hspt Eduardo Arredondo S. Martin.

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:	Omaira cecilia Sierra Bayona
3. Parentesco con la PcD: Hija	4. Teléfono: 302 440. 8940
5. Dirección: Cra 20 N° 37 - 56. B. San Martin.	

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: Tomás Emilio				7. Apellidos: Sierra Olmedo				
8. Dirección: Calle 37 N° 22-50 S.Martin						9: Teléfono: 302 440. 8940		
10. Documento de Identidad: CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT__ No. 5170009 Ninguno___								
11. Fecha de Nacimiento: Día 29 Mes 01 Año 1944				12. Género:		F	M X	13. Edad: 81
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: X		Nombre EPS: Nueva Eps.						
B. Régimen Subsidiado: ___		Nombre ARS:						
17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad: Omaira Cecilia Sierra Bayona.								

II. SITUACIÒN DE SALUD

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

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

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? Hipertensión.

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 ( ) Terapia Física ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición
(X) Otro Especialista ( ) Educación Especial
¿Cuál? Oftalmologo - Retinologo.

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	Psicológica.
	ONG´s, ¿Cuál (es) ?_____	
	Organizaciones sociales ¿Cuál (es)?_____	
	Otras, ¿Cuál (es)?_____	

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

Silla de ruedas	( )	Prótesis	( )	Anteojos	(X)
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

⇒ Desea pertenecer a un grupo de apoyo y Recibir Capacitación en derecho de las 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 - 17 - 2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Oceana Cecilia Sierra.

Nombre de la PcD: Tomás Emilio Sierra Olmedo.

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: 56

3.- Genero ☐ Masculino ☐ Femenino X

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Kr 20 #37 - 56 San Martin.

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 81 Fecha de Nacimiento: 29 | 1 | 1944

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: Glaucoma

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): _____

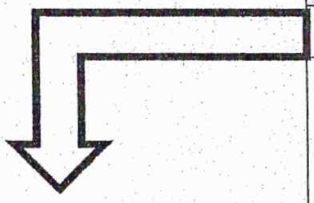
SALUD Y SEGURIDAD

		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				4					4	
2	Mi familia obtenga servicio medico cuando lo necesita				4					4	
3	Mi familia obtenga servicio odontologico cuando lo necesita				4					4	
4	Mi familia sea emocionalmente saludable				4					4	
5	Los miembros de mi familia nos cuidemos unos a otros cuando alguno esta enfermo				4					4	
6	Mi familia tenga servicio de entidades de salud que conozcan nuestras necesidades individuales de salud				4					4	
7	Mi familia se sienta segura en casa, trabajo, el colegio y en nuestro vencidario				4					4	
8	Mi famlina se realice chequeos regurales.				4					4	

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:	Cesar			Municipio:	Valledupar
Fecha	17	10	25	Zona o sector seleccionado:	San Martin

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Sí_____ 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: Oswaldo Sanchez Hernandez Guillot

3. Parentesco con la PcD: Padre	4. Teléfono:
5. Dirección:	

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: OSWALDO JESUS	7. Apellidos: Sanchez Guillot
8. Dirección: Cra 20 # 25-24	9: Teléfono: 3187025659

10. Documento de Identidad:

CC.__X__ T.I ____ Registro Civil___ PPT__ No.__10__ Ninguno____

11. Fecha de Nacimiento:	Día: 22	Mes: 02	Año: 06	12. Género:	F	M: X	13. Edad: 19	
14. Estado Civil:	Casado (a)	Unión Libre	Separado (a)	Soltero (a): X	Viudo (a)			
15. Grupo social:	Afro: X	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: Mapa Copi

17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad: 1

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si X No___ ¿Cuál (es)? F20.0

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

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 (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 X No___ ¿Cuál?_____

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 ( ) Psiquiátrica ( ) Nutrición

( ) Otro Especialista ¿Cuál? Psiquiatria

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

25. ¿Ha recibido ayudas de organizaciones e instituciones? Si_1_ 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)?_____	Renta Ciudadana

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? Si____ 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?	X	
¿Se reportan barreras físicas o sociales que limitan su participación?	X	

OBSERVACIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

tiene dificultades en la integración social.
Se encuentra incluido en Estudio Semestralizado.
F 200 Esquizofrenia.

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: 17-10-2007

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Oswaldo Sanchez.

Nombre de la PcD: Oswaldo Sanchez Hernandez.

Información sobre la persona que contesta la Escala:

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

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

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

2.- Edad: [40]

3.- Genero [ ] Masculino [X] Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Loma #25-24

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: [60] Fecha de Nacimiento: [22 | 02 | 2006]

7.- Género: [ ] Masculino [X] 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]
[ ]

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Escuela X

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

Empleo ☐

Centro día, ocio ☐

Residencia ☐

Servicios de vivienda ☐

10.- Diagnostico: Esquizofrenia

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		

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	César			Municipio:	Valledupar
Fecha	17	10	25	Zona o sector seleccionado:	HEMOS sede San Martín

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: Inés Margarita Ospino Rodriguez	
3. Parentesco con la PcD: Hermana	4. Teléfono: 3014096440
5. Dirección: Calle 26 # 18-49 Barrio Simón Bolivar	

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD									
6.Nombres: Clara Elisa				7. Apellidos: Ospino Rodriguez					
8. Dirección: Calle 26 # 18-49 Barrio Simón Bolivar							9: Teléfono: 3014096440		
10. Documento de Identidad: CC.✓ T.I ____ Registro Civil___ PPT__No.49781590 Ninguno___									
11. Fecha de Nacimiento: Día 2 Mes 10 Año 1971				12. Género:		F ✓	M	13. Edad: 54 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	Ninguno			
		Etnia							
16. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):									
A. Régimen Contributivo: ✓		Nombre EPS: Salud total Eps.							
B. Régimen Subsidiado: ____		Nombre ARS:							
17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad: Inés Margarita Ospino Rodriguez									

II. SITUACIÓN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si ✓ No___ ¿Cuál (es)? Hipotiroidismo, esquizofrenia

19. ¿Toma algún medicamento? Si ✓ No___ ¿Cuál (es)? Eutirox, esomeprazol, prestiq, risperidona, Cogwan, clonazepam, risperidona

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 ( ) Educación Especial

¿Cuál? Medicina Interna

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	emocional Fisico.
	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? Sanitario (Baño)	

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

- Continuar controles medicos y de tratamiento.

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: 17 Octubre 2025.

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Inés Morgan de Ospina Rodríguez

Nombre de la PcD: Clara Elisa Ospina Rodríguez

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: [65]

3.- Genero [ ] Masculino [x] Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Calle 26 # 18-49 Barrio Sinaí Palmira

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: [54] Fecha de Nacimiento: [2 | 10 | 1971]

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 [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: síndrome de down + esquizofrenia

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				✓					✓	

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Multiple

Departamento: Cesar			Municipio: Valledupar
Fecha	17	10 2025	Zona o sector seleccionado: HEAD Sede San Martin

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: Mara Imelda					7. Apellidos: Rodriguez Anichanico				
8. Dirección: Calle 26 #18-49 B Simon Bolivar							9. Teléfono: 3196676496.		
10. Documento de Identidad: CC. ✓ T.I ____ Registro Civil___ PPT___ No. 26938215 Ninguno___									
11. Fecha de Nacimiento: Día 29 Mes 04 Año 1934				12. Género:		F ✓	M	13. Edad: 91	
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: Salud Total EPS.							
B. Régimen Subsidiado: ____		Nombre ARS:							
17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad: Ines Margarita Ospino Rodriguez									

II. SITUACIÓN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si ✓ No___ ¿Cuál (es)? Hipotiroidismo, osteoporosis, demencia senil.

19. ¿Toma algún medicamento? Si ✓ No___ ¿Cuál (es)? Ectirox, Bupx, morfina (parche), Solicato (FOR 2)

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? Edad (Geriatría)

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
( ) Educación Especial

¿Cuál? Medico Internista, Médico dolor ortopedia traumatología

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? Resaman en el oído.	

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: 17 Oct /25

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Inés Margarita Ospino Rodriguez

Nombre de la PcD: Clara Amelia Rodriguez Arechavico.

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: 91

3.- Genero ☐ Masculino ☑ Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: Calle 26 # 18 49 Barrio Simón Bolivar

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 91 Fecha de Nacimiento: 19 | 04 | 1934

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: Demencia Senil / Hipotiroidismo Osteoporosis

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☑

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

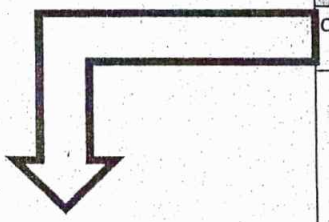
Discapacidad Visual ☐

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				✓					✓	

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

SALUD MENTAL

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar	
Fecha	D: 17	M: 10	A: 2025	Zona o sector seleccionado: HEAD sede San Martín.	

I. INFORMACIÒN 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:

3. Parentesco con la PcD:	4. Teléfono:

5. Dirección:

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: Clara Imelda	7. Apellidos: Rodriguez Anchavico
8. Dirección: Calle 26 #18-49B Simón Bolivar	9: Teléfono: 3196676496.

10. Documento de Identidad:

CC.__✓__ T.I ____ Registro Civil___ PPT__ No.__26938215__ Ninguno____

11. Fecha de Nacimiento:	Día: 29	Mes: 04	Año: 1934	12. Género:	F ✓	M	13. Edad: 91		
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: Salud Total eps.
B. Régimen Subsidiado: ____	Nombre ARS:

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

Inés Margarita Ospino Rodriguez.

II. SITUACIÒN DE SALUD

18. ¿Padece alguna enfermedad? Si___ No___ ¿Cuál (es)? Hipotiroidismo Osteoporosis. Demencia senil

19. ¿Toma algún medicamento? Si___ No___ ¿Cuál (es)? Eutirox + Tramadol morfina (parches) Salicato (gotas).

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? Edad (Senilidad)

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? Medico Internista, Medico dolor, ortopedia y traumatología

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? pasamano en el baño	
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:

_____

_____

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento:	Cesar			Municipio:	Uar
Fecha	17	10	2025	Zona o sector seleccionado:	San Martin

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:

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

5. Dirección:

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: Reinaldo | 7. Apellidos: Padilla

8. Dirección: Cra 5A#45-46 | 9: Teléfono: 3104509912

10. Documento de Identidad:

CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT___ No. 77023089 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	23	03	1975			X	60

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	Mestizo
		Etnia				

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

A. Régimen Contributivo: X | Nombre EPS: Nueva EPS

B. Régimen Subsidiado: ___ | Nombre ARS:

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

Vive Solo.

II. SITUACIÓN DE SALUD

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

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: (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? Poliomielitis.

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

28. ¿Le han sugerido algún tipo de ayuda técnica? Sí X No ¿Cuál? Silla de Ruedas
¿Para qué? Desplazamiento

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	Silla de Ruedas.
¿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	NO Pertenezco
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

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar	
Fecha	17	10	2025	Zona o sector seleccionado:	Hospt Eduardo Arenas S. Martin

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:

3. Parentesco con la PcD:	4. Teléfono:

5. Dirección:

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6.Nombres: Maria Mercedes	7. Apellidos: Casas Sanchez.

8. Dirección: Mz 6 casa 3 Alamos 3	9: Teléfono: 3145237625

10. Documento de Identidad:

CC. X T.I ____ Registro Civil___ PPT__ No. 36488858 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día: 24	Mes: sep	Año: 1956	12. Género:	F X	M	13. Edad: 68

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: X	Nombre EPS: Fomag
B. Régimen Subsidiado: ____	Nombre ARS:

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

Yo misma.

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? 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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

SALUD MENTAL

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar
Fecha	17	10	25	Zona o sector seleccionado: Head San Martin.

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:

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

5. Dirección:

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Maria Elena | 7. Apellidos: Cotes Saenz.

8. Dirección: Calle 18 Bis 1 # 3AA - 32 Francisco de Paula Salcedo | 9: Teléfono: 3168658227

10. Documento de Identidad:

CC. X T.I ___ Registro Civil___ PPT__ No. 49743600 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	18	Oct	1967		X		58

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: X | Nombre EPS: Fomag

B. Régimen Subsidiado: ___ | Nombre ARS:

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

Mis hijos y Esposo.

II. SITUACIÓN DE SALUD

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

19. ¿Toma algún medicamento? Si X No___ ¿Cuál (es)? Ponsono, Sertralina

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? Despues de la segunda dosis de la vacuna de Pfaizer.

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

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(✓) Medicina General
( ) Pediatría
( ) Medicina Física y Rehabilitación
( ) Otro Especialista ¿Cuál? Ginecologo - gastro.
( ) Terapia Ocupacional
( ) Terapia del Lenguaje
( ) Terapia Física
( ) Trabajo social
(✓) Atención Psicológica
(✓) Psiquiátrica
( ) Vacunación
( ) Crecimiento y desarrollo
(✓) Nutrición

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

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?		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?	✓	
¿Se encuentra integrado a espacios educativos o laborales?		X
¿Se reportan barreras físicas o sociales que limitan su participación?	✓	

OBSERVACIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

_____

_____

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: 17-10-2025.

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Tatiana Milena Argüello-

Nombre de la PcD: Maria Elena Cortes.

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: 28

3.- Genero ☐ Masculino ☐ Femenino X

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

5.- Su lugar de residencia: Calle 18 Bis 1#34A-32 Francisco de Paula.

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 58 Fecha de Nacimiento: 18 | 07 | 1967.

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 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: Parkinson

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

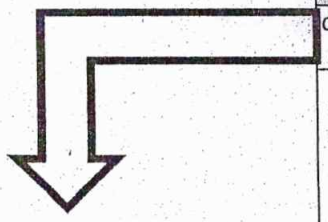
Discapacidad Visual ☐

Discapacidad Física ☒

Trastorno mental ☐

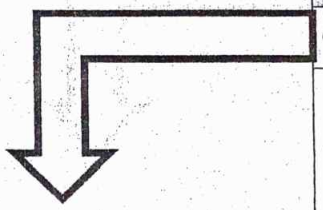
Otros (especifique): _____

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					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	

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

SALUD MENTAL

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar.
Fecha	17	10	2025	Zona o sector seleccionado: #CAD San Martín.

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿La PcD puede responder las preguntas? Sí____ 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: Jose Carlos Mattos.
3. Parentesco con la PcD: Padre — 4. Teléfono: 3016868943
5. Dirección: Kr 4F # 20E-14 San Antonio

DATOS PERSONA CON DISCAPACIDAD

6. Nombres: Andres Felipe — 7. Apellidos: Mattos Campos
8. Dirección: Kr 4F #20E-14 San Antonio — 9: Teléfono: 3016868943
10. Documento de Identidad:
CC.___ T.I ___ Registro Civil X PPT__ No. 1066898281 Ninguno___

11. Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	12. Género:	F	M	13. Edad:
	30	sep	2020			X	5

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: X	Nombre EPS: Salud Total.
B. Régimen Subsidiado: ___	Nombre ARS:

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

II. SITUACIÒN DE SALUD

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

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

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?_____

22. ¿Asiste a un centro de rehabilitación? Sí X No___ ¿Cuál? Inaras

23. ¿Qué otros servicios de salud recibe?

(✓) Medicina General
(✓) Pediatría
(✓) Medicina Física y Rehabilitación
(✓) Terapia Ocupacional
(✓) Terapia del Lenguaje
(✓) Terapia Física
( ) Trabajo social
(✓) Atención Psicológica
( ) Psiquiátrica
(✓) Vacunación
(✓) Crecimiento y desarrollo
( ) 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 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

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?	X	
¿Se reportan barreras físicas o sociales que limitan su participación?	X	

OBSERVACIONES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

Ya tiene certificado de Discapacidad.
Desean auxilio para la cuidadora.

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: _____

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Sirla Margarita Campo Diaz

Nombre de la PcD: Andres Felipe Matos

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: [33]

3.- Genero [ ] Masculino [X] Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: Si

5.- Su lugar de residencia: K4F # 20E-14 San antonio

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: [5] Fecha de Nacimiento: [30 | sep | 2020]

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]
[ ]

ALCALDÍA DE CALOCEBUM

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. [X]

Empleo [ ]

Centro día, ocio [ ]

Residencia [ ]

Servicios de vivienda [ ]

10.- Diagnostico: Autismo

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista [X]

Discapacidad Auditiva [ ]

Trastorno del Lenguaje [ ]

Trastorno déficit de atención (TDAH) [ ]

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta [ ]

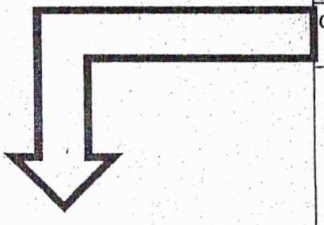
Discapacidad Visual [ ]

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

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

FICHA DE SEGUIMIENTO
PERSONA CON DISCAPACIDAD
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

IDREEC

Departamento: Cesar				Municipio: Valledupar	
Fecha	17	10	2025	Zona o sector seleccionado:	HEAD Sede San Martín

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: Ines Margarita					7. Apellidos: Ospino Rodriguez.				
8. Dirección: Calle 26 #18-44 B. Simon Bolivar							9: Teléfono: 3014098740		
10. Documento de Identidad: CC. ✓ T.I ____ Registro Civil___ PPT__ No. 49734739 Ninguno___									
11. Fecha de Nacimiento: Día 23 Mes 12 Año 1959				12. Género:		F ✓	M	13. Edad: 65	
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: Salud Total							
B. Régimen Subsidiado: ____		Nombre ARS:							
17. Personas de la familia encargadas del cuidado de la persona con discapacidad: Ines Margarita Ospino Rodriguez									

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?_____	( ) Educación Especial		

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? Plantilla pie izquierdo.
¿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 la utilización de ayuda técnica como bastón y plantilla en pie izquierdo
- Valoración médica para que remita a atención de rehabilitación física.

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: 17 Oct 2025

Nombre de la persona que contesta la encuesta: Inés Margarita Ospino Rodriguez

Nombre de la PcD: Inés Margarita Ospino Rodriguez

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) Autocuidadora

2.- Edad: 65

3.- Genero ☐ Masculino ☑ Femenino

4.- ¿ Es usted el cuidador Principal: SI

5.- Su lugar de residencia: Calle 26 #18-49 Barrio Simón Bolivar

Información sobre el familiar con discapacidad

6.- Edad: 65 Fecha de Nacimiento: 23 12 1959

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: Secuelas de Poliomielitis

Deficiencias asociadas:

Trastorno del Espectro autista ☐

Discapacidad Auditiva ☐

Trastorno del Lenguaje ☐

Trastorno déficit de atención (TDAH) ☐

Salud: (especifique): _____

Trastorno de la Conducta ☐

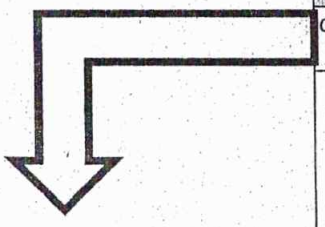
Discapacidad Visual ☑

Discapacidad Física ☑

Trastorno mental ☐

Otros (especifique): _____

SALUD Y SEGURIDAD

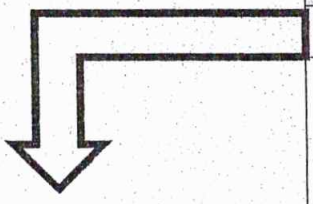


		PARA QUE MI FAMILIA TENGA UNA BUENA VIDA VIDA JUNTOS									
		QUE TAN IMPORTANTE ES QUE ...					QUE TAN SATISFECHO ESTOY YO CON ELLO...				
		Poco importante	algo importante	medianamente importante	Muy importante	Crucialmente importante	muy insastifecho	Insastifecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
		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				✓						✓