

FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ – FUNDACIÓN SOCIAL VIVE COLOMBIA
CPS- 519 VIGENCIA 2023

FORMATO DE SEGUIMIENTO A DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL – AYUDAS TÉCNICAS

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Primer Nombre	Betty				Segundo Nombre	Adelina					
Primer Apellido	Campos				Segundo Apellido	Morales					
Tipo de Identificación	RC	TI	☒ CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	52094424			
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AA	Edad	Sexo	H	☒ Género	☒ M	T R	Otro	¿Cuál?
Localidad	Código	20									
Dirección	Nariño							Estrato	—		
Teléfonos	3203571396										
Nombre de la Persona Cuidadora	AUTOCUIDADORA				Número de Dispositivos para seguimiento	1		Fecha de Visita	DD	MM	AA
								03	12	24	
DIAGNÓSTICO:											

Nota 1: si se requiere actualice por favor los datos de ubicación del usuario y demás que se modifiquen en el momento de seguimiento y actualice base de datos.

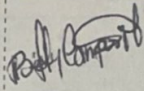
Nota 2: el seguimiento se realizará al(los) dispositivo(s) de Asistencia Personal – Ayudas Técnicas y al beneficiario.

2. SEGUIMIENTO A LA AYUDA TÉCNICA Y A LA PERSONA: Marque una x sobre el número relacionado con la situación encontrada en el seguimiento a la persona y a la ayuda técnica y resalte con otro color la razón específica de cada caso:

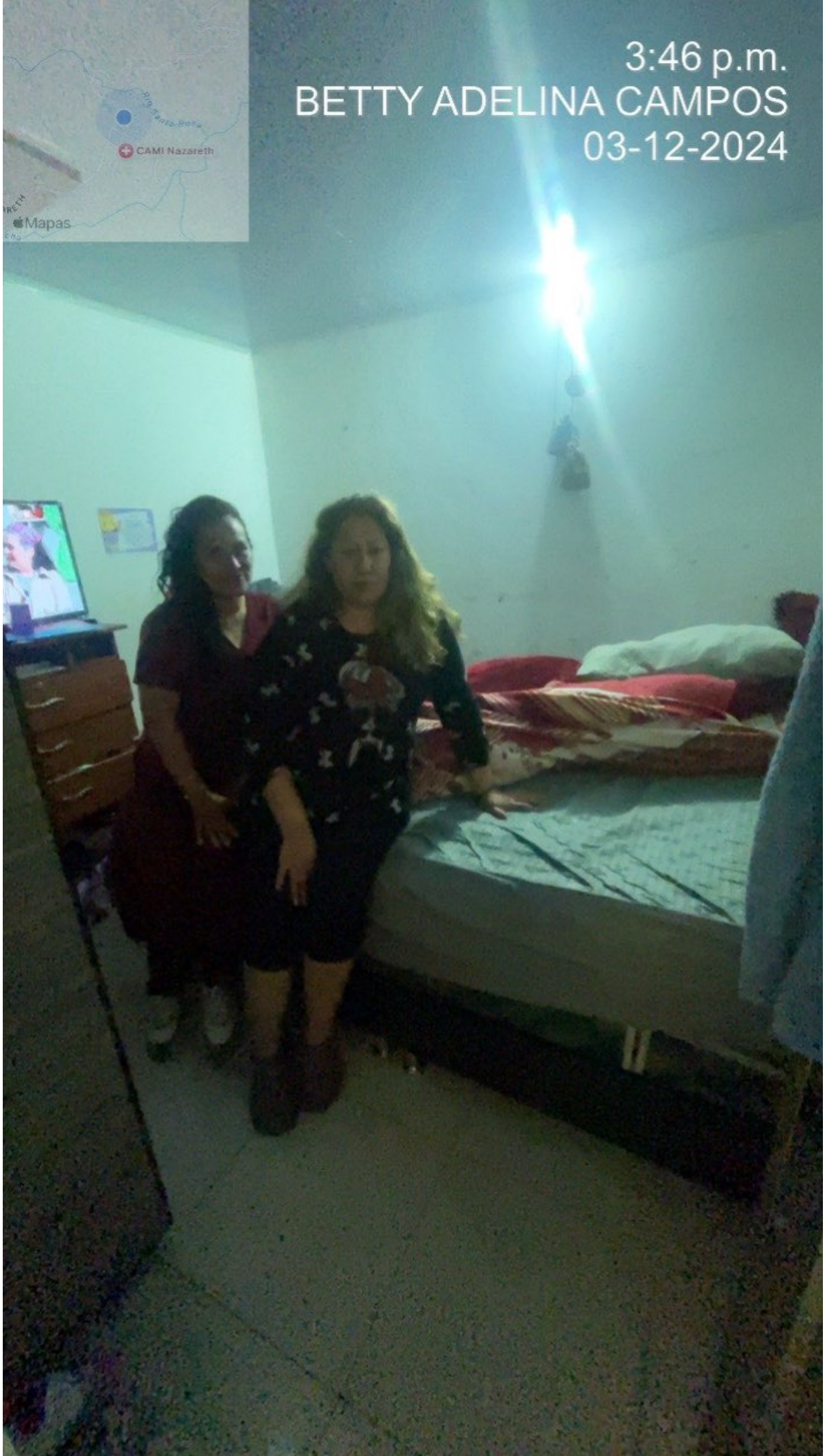
Dispositivo de Asistencia Personal – Ayuda Técnica	Nombre de la ayuda técnica	
	Colchon ortopedico doble	
Seguimiento a la persona	Seguimiento al Dispositivo de Asistencia Personal – Ayuda Técnica	
0 Persona no ubicada.	El dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica no ha sido ubicado en la residencia de la persona con discapacidad, sea porque manifiesta haberlo perdido por alguna razón o la persona no fue ubicada.	
☒ La persona usa el dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica de acuerdo con lo esperado/necesitado. El uso de la ayuda técnica ha incrementado su independencia funcional y participación social.	☒ El dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica continúa sin cambios, se encuentra en buenas condiciones y cumpliendo con su objetivo funcional.	
2 La persona ya no requiere el dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica otorgado, por factores como crecimiento, cambio en el compromiso de la limitación, deterioro de la ayuda técnica o fallas en la prescripción cambio definitivo en la limitación, fallecimiento.	2 El dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica requiere ser prescrito de nuevo por factores como crecimiento, cambio en el compromiso de la limitación, deterioro o fallas en la prescripción.	
3 La persona no usa la ayuda técnica, por factores como crecimiento, cambio en el compromiso de la limitación, deterioro de la ayuda técnica o fallas en la prescripción que hacen que la persona sienta dolor, incomodidad, estigma o rechazo social, entre otros.	3 El dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica puede ser retornado al proyecto para reasignación, por factores como crecimiento, cambio en el compromiso de la limitación, nueva prescripción, persona no ubicada, la persona ya no lo requiere o no desea seguir usando el dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica.	
4 La persona usa el dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica, pero su uso amerita un nuevo proceso de entrenamiento.	4 El dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica debe ser dado de baja.	
5 La persona la persona traslada su domicilio a otra localidad.		

3. **ANÁLISIS TÉCNICO** (El análisis del seguimiento se debe relacionar con el impacto alcanzado en la calidad de vida del beneficiario con los dispositivos de asistencia personal – ayudas técnicas, otorgados – De igual manera en este espacio se debe reportar el resultado alcanzado de la autogestión que se realizó por parte del usuario y/o su cuidador y/o gestión adelantada por el ejecutor, en relación a la activación de rutas)

Usuario de 44 años con diagnóstico artroscopia meniscales, le
le otorga a dispositivo de asistencia personal favoreciendo su
calidad de vida (colchon ortopédico doble)
Al momento de la visita de seguimiento se observa el colchon en
buenas condiciones, sin daños ni alteraciones en su funcionamiento,
por lo que se refiere que es un buen dispositivo y que no
cumple sus expectativas. Se dan recomendaciones para
continuar con el buen uso de los mismos

Nombre del Candidato(a)	Betty Campos	Firma		Tipo y No. de ID	cc 52094424	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	—	Firma	—	Tipo y No. de ID	—	
Nombre del Terapeuta	Natalio Sarmiento Molina	Firma	Natalio Sm	Tipo y No. de ID	cc 1022343944	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

3:46 p.m.
BETTY ADELINA CAMPOS
03-12-2024



3:47 p.m.
BETTY ADELINA CAMPOS
03-12-2024

