

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	Lucila				Segundo Nombre				
Primer Apellido	Román				Segundo Apellido	Romero			
Tipo de Identificación	RC	TI	☒ XC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No. de ID	20347741
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AA	Edad	Sexo	H	☒ M	Género	☒ M ☐ F ☐ Otro
Localidad	Código	10							
Dirección	El Cúndio							Estrato	
Teléfonos									
3103951307									
Nombre de la Persona Cuidadora					Número de Dispositivos para seguimiento	2		Fecha de Visita	DD MM AA
DIAGNÓSTICO: GONORRUEA									

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	2	Nombre de la ayuda técnica	Colchon ortopédico sencillo - silla de ducha	
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.	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.	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.	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)

Usando de 84 niños con diagnóstico anteriormente mencionados, se le otorgan 2 dispositivos de asistencia personal contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Al momento de la visita de seguimiento se encuentran los dispositivos en buen estado, con funcionamiento adecuado y sin signos aparentes de mala gestión. Se dan recomendaciones para seguir con el cuidado adecuado.

Nombre del Candidato(a)	Lucila Roman	Firma	Lucila Roman	Tipo y No. de ID	CC 20347741	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	_____	Firma	_____	Tipo y No. de ID	_____	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sandoz	Firma	Natalia Sandoz	Tipo y No. de ID	CC 102348944	
Nombre del Gestor Com.	_____	Firma	_____	Tipo y No. de ID	_____	

10:36 a.m.
LUCILA ROMÁN 4-12-2024



