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 | Stefan | | | | | Segundo Nombre | | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | Rey | | | | | Segundo Apellido | Hurtado | | | | | | | | | | |
| Tipo de Identificación | RC | TI | X CC | CE | PEP | Otro | ¿Cuál? | No. de ID | 1022990750 | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | DD 06 | MM 06 | AA 92 | Edad 31 | Sexo | X | M | Género | F | X | T R | Otro | ¿Cuál? | | | | |
| Localidad | Código | 20 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | finca aguas claras rio blanco | | | | | | | | | | | Estrato | | | | | |
| Teléfonos | 3013161597 - 3102296791 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Persona Cuidadora | Diana gomez | | | Número de Dispositivos para seguimiento | 4 | | Fecha de Visita | D D 05 | MM 12 | AA 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 especifica de cada caso:

| Dispositivo de Asistencia Personal – Ayuda Técnica | 4 | Nombre de la ayuda técnica: colchon antiescaras, cojin antiescaras en gel. doble, silla de ruedas ejecutiva, silla sanitaria |
|---|---|---|

| | Seguimiento a la persona | | Seguimiento al Dispositivo de Asistencia Personal - Ayuda Técnica |
|---|---|---|---|
| 0 | Persona no ubicada. | 0 | 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. |
| X | 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. | 1 | 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. | X | 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 | | |



Escaneado con CamScanner

FUNDACIÓN FUNVIVE 2.0

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 en condición de discapacidad con limitación funcional para la movilidad se realiza seguimiento en el lugar de residencia del usuario y se realiza seguimiento de los dispositivos entregados a los cuales se encuentran los siguientes hallazgos: la silla sanitaria la utiliza y cumple con la función principal de facilitar actividades de aseo diario tanto para el usuario como para el cuidador el colchón antiescaras cumple con la función de prevención de ulceras y escaras debido a la dificultad en la movilidad, el cojín antiescaras de igual manera cumple con su función ya que el usuario no tiene ulceras recientes mas sin embargo se desliza hacia al frente, la silla de ruedas cumple con la función de traslado sin embargo se considera una nueva prescripción ya que por ajustes posturales el usuario se desplaza hacia adelante y no es comoda su estancia en la silla.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Candidato(a) | Stefan Rey | Firma | STEFANREY | Tipo y No. de ID | CC 1022990450 | Huella Digital del Candidato |
| Nombre del Cuidador(a) | N/A | Firma | N/A | Tipo y No. de ID | N/A | |
| Nombre del Terapeuta | Natalia Sanabria | Firma | Natalia SM | Tipo y No. de ID | CC 1022393 9914. | |
| Nombre del Gestor Com. | | Firma | | Tipo y No. de ID | | |

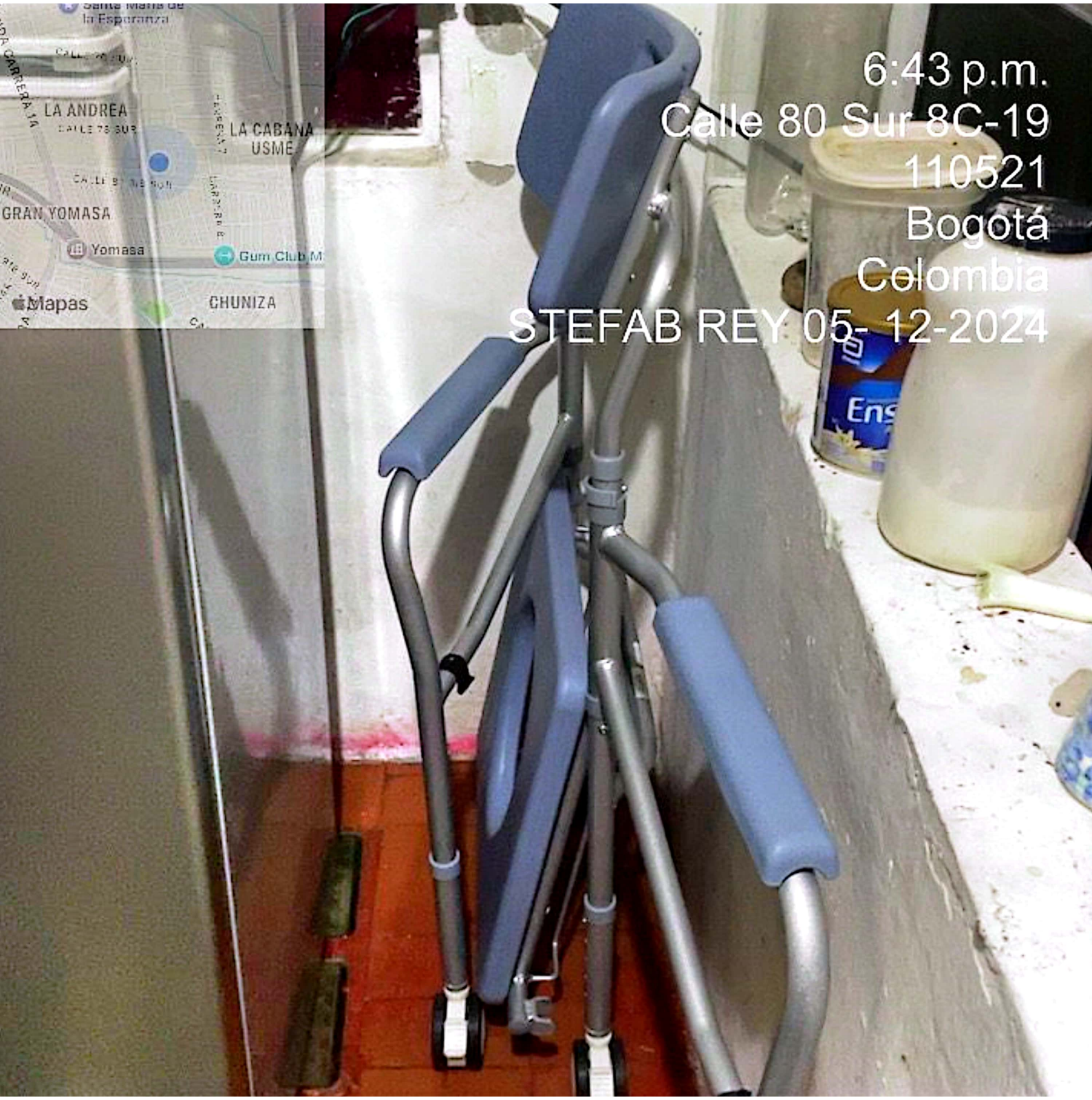
Escaneado con CamScanner




Escaneado con CamScanner




Escaneado con CamScanner




Escaneado con CamScanner