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	MAICOL						Segundo Nombre	SOAN									
Primer Apellido	ROMERO						Segundo Apellido	POVEDA									
Tipo de Identificación	RC	X	CC	CE	PEP	Otro	¿Cuál?	No de ID	1032656046								
Fecha de Nacimiento	DD 10	MM 04	AA 2005	Edad 19	Sexo	H	M	Género	F	M	T R	Otro	¿Cuál?				
Localidad	Código																
Dirección	VEREDA SAN JOSE											Estrato					
Teléfonos																	
Nombre de la Persona Cuidadora	FLOR SCIDA POVEDA SUSA						Número de Dispositivos para seguimiento	4			Fecha de Visita	D D 06	MM 12	AA 2023			
DIAGNÓSTICO: SINDROME DE Down																	

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	4	FICHAS DE CONSTRUCCION LOTERIA DE ASOCIACION	Nombre de la ayuda técnica - CUBO DE APRENDIZAJE MULTIPLE - TABLET

	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.	X	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.		

Scanned with CamScanner

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 CON DIAGNOSTICO ANTERIORMENTE MENCIONADO SE REALIZA ENTREGA DE KIT COGNITIVO FAVORECIENDO SU CALIDAD DE VIDA.

AL MOMENTO DE LA VISITA DE SEGUIMIENTO SE ENCUENTRAN LOS DISPOSITIVOS EN BUEN ESTADO, SIN DAÑOS EN SU FUNCIONAMIENTO NI GOLPES APARENTES. EL USUARIO EXPRESA QUE CON LOS DISPOSITIVOS A DISMINUIDO Y A REALIZADO SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS CON MAYOR FACILIDAD.
SE DAN RECOMENDACIONES PARA EL BUEN USO DE LOS DISPOSITIVOS

Nombre del Candidato(a)	Maicol Navarro	Firma		Tipo y No. de ID	CC 1032656096	Huella Digital del Candidato
Nombre del Cuidador(a)	Monserrat Poveda	Firma		Tipo y No. de ID	CC 52119694	
Nombre del Terapeuta	Natalia Sanabria	Firma		Tipo y No. de ID	CC 1022393444	
Nombre del Gestor Com.		Firma		Tipo y No. de ID		

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner