Alcaldía de Neira	**ACTA No. 1**	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ NEIRA - CALDAS

NOMBRE DE LA REUNIÓN: RBC PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD

CIUDAD Y FECHA: Neira 17/05/2026	**HORA DE INICIO: 1:00 P.M**	**HORA FIN: 1:30 P.M**
LUGAR: Domicilio de la persona		

TEMAS:

1. Valoración integral en salud
2. Evaluación del nivel de independencia
3. Identificación de riesgos en salud
4. Evaluación del entorno familiar
5. Acceso a rutas de promoción y mantenimiento de la salud (RIAS)

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

Realizar intervención desde enfermería mediante la aplicación de escalas de valoración, con el fin de identificar el estado general de salud, nivel de independencia y necesidades de cuidado de Iván Darío Álvarez, usuario con diagnóstico de síndrome de Down, evaluando además las condiciones del entorno familiar, acceso a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud (RIAS) y otros programas de atención.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Durante la visita domiciliaria, el profesional de enfermería realizó valoración integral al usuario Iván Darío Álvarez, evidenciando un adecuado estado general de salud y un alto nivel de funcionalidad.

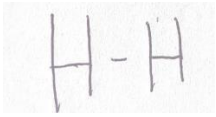
Se aplicaron escalas de valoración que permitieron identificar que el usuario es independiente en la realización de actividades básicas de la vida diaria, tales como alimentación, higiene personal y desplazamiento, destacándose por su autonomía y buena comprensión de indicaciones.

No se evidencian limitaciones físicas que interfieran significativamente en su desempeño diario. Asimismo, se identifican bajos riesgos en salud, con adecuada adherencia a hábitos de autocuidado.

CONCLUSIONES

Desde enfermería, el usuario presenta un estado de salud estable, con adecuada funcionalidad e independencia en sus actividades diarias. No requiere apoyo permanente de cuidador, aunque cuenta con una red familiar que favorece su bienestar. Se recomienda continuar con el seguimiento en salud, fortalecimiento del autocuidado y mantenimiento de estilos de vida saludables.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Realizar seguimiento de enfermería según programa. 2. Promover hábitos de vida saludable.	**Enfermero** **Hemerson Herrera**	
➢ **REGISTRO FOTOGRAFICO** ➢ 		



FIRMA PROFESIONAL

Alcaldía de Neira	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC ESCALA DE VALORACIÓN	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ

ESCALA DE VALORACIÓN INTEGRAL

Persona con Discapacidad y Núcleo Familiar

I. Datos Generales

- Nombre del usuario: Ivan dario Alvarez
- N° Identificación: 1058878990
- Fecha de valoración: 17/05/2026
- Profesional responsable: Hemerson Herrera

II. Valoración de la Discapacidad

Tipo de discapacidad (marcar):

- ☐ Física
- ☐ Sensorial (visual/auditiva)
- ☒ Cognitiva
- ☐ Psicosocial
- ☐ Múltiple

Grado de discapacidad:

- ☐ Leve
- ☒ Moderada
- ☐ Severa

A. Funcionalidad (Actividades de la Vida Diaria - AVD)

Actividad	Independiente (2)	Requiere ayuda (1)	Dependiente (0)
Alimentación	☒	☐	☐
Higiene personal	☒	☐	☐
Vestido	☒	☐	☐
Movilidad	☒	☐	☐
Uso del baño	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 10 /10

Scanned with CamScanner

B. Comunicación y Cognición

Ítem	Adecuado (2)	Limitado (1)	No funcional (0)
Comprensión	☒	☐	☐
Expresión	☒	☐	☐
Orientación	☒	☐	☐
Memoria	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 8 /8

C. Participación Social

Ítem	Activa (2)	Parcial (1)	Nula (0)
Integración familiar	☒	☐	☐
Participación comunitaria	☒	☐	☐
Actividades recreativas	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 6 /6

III. Valoración del Núcleo Familiar

A. Composición Familiar

- Número de integrantes: 6
- Tipo de familia:

  ☒ Nuclear: Familia conformada por padres e hijos.

  ☐ Extensa: Incluye además de padres e hijos, otros familiares como abuelos, tíos o primos.

  ☐ Monoparental: Familia integrada por uno de los padres y sus hijos.

  ☐ Reconstituida: Familia formada después de una nueva unión de pareja, donde uno o ambos miembros tienen hijos de relaciones anteriores.

B. Dinámica Familiar

Scanned with CamScanner

Alcaldía de Neira	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC ESCALA DE VALORACIÓN	SAN JOSÉ

Ítem	Adecuado (2)	Regular (1)	Deficiente (0)
Comunicación	☒	☐	☐
Apoyo emocional	☒	☐	☐
Resolución de conflictos	☒	☐	☐
Roles definidos	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 8 /8

C. Apoyo al Cuidador

Ítem	Sí (2)	A veces (1)	No (0)
Cuenta con red de apoyo	☒	☐	☐
Recibe descanso (respiro)	☒	☐	☐
Conocimiento del cuidado	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 6 /6

D. Condiciones Socioeconómicas

Ítem	Adecuado (2)	Regular (1)	Deficiente (0)
Vivienda	☒	☐	☐
Ingresos	☒	☐	☐
Acceso a salud	☒	☐	☐

Puntaje subtotal: 6 /6

IV. Interpretación de Resultados

- **Discapacidad (Total: /24).** 19–24: Funcionalidad conservada, 13–18: Dependencia moderada, 0–12: Alta dependencia
- **Núcleo Familiar (Total: /20).** 16–20: Funcionalidad familiar adecuada, 10–15: Riesgo familiar, 0–9: Disfunción familiar.

H - H
FIRMA PROFESIONAL

FIRMA CUIDADOR

Scanned with CamScanner

Ruben Dario Alvarez

ESCALA DE SOBRECRAGA DE CUIDADOR DE ZARIT

	Pregunta	Nunca	Rara vez	Alguna veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	X				
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	X				
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras resposabilidades (trabajo, familia)?	X				
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	X				
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?	X				
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?		X			
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?		X			
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	X				
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiarr?	X				
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustarñia debido a tener que cuidar a su familiar?	X				
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	X				
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?		X			
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X				
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X				
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	X				
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	X				
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	X				
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	X				

Ausencia de sobrecarga	≤46
Sobrecarga ligera	47-55
Sobrecarga intensa	≥56

H-H

FIRMA PROFESIONAL

Ruben Dario Alvarez

FIRMA USUSARIO

Scanned with CamScanner