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: 12:00 P.M**	**HORA FIN: 12:30 P.M**
LUGAR: Domicilio de la persona	**Jostin Montoya**	

TEMAS:

1. Valoración integral en salud
2. Evaluación del nivel de dependencia
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 dependencia y necesidades de cuidado de Jostin Montoya, usuario con diagnóstico de trastorno del espectro autista, evaluando además las condiciones del entorno familiar, acceso a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud (RIAS) y otros programas de atención.

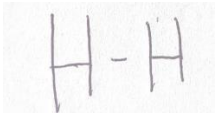
DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Durante la visita domiciliaria, el profesional de enfermería realizó valoración integral al usuario Jostin Montoya, evidenciando que no presenta dificultades en la movilidad ni limitaciones físicas que afecten su desplazamiento.

Se aplicaron escalas de valoración que permitieron identificar que el usuario presenta dependencia parcial, principalmente asociada a su condición, requiriendo apoyo del cuidador/a para la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria como higiene, alimentación y supervisión general.

Asimismo, se realizó valoración del entorno familiar, evidenciando una red de apoyo presente y cuidador comprometido. Se brindó educación en temas de autocuidado asistido, establecimiento de rutinas, prevención de riesgos en el hogar y reconocimiento de signos de alerta en salud.

CONCLUSIONES		
Desde enfermería, el usuario no presenta limitaciones físicas ni problemas de movilidad, evidenciando un estado general de salud estable. Sin embargo, debido a su diagnóstico de trastorno del espectro autista, requiere apoyo del cuidador/a para la realización de actividades básicas y supervisión constante. Se recomienda continuar con el acompañamiento familiar y el seguimiento en salud para mantener su bienestar y calidad de vida.		
COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Realizar seguimiento de enfermería domiciliario. 2. Fortalecer educación al cuidador/a en rutinas de cuidado. 3. Promover adherencia a controles y programas de salud.	**Enfermero Hemerson Herrera**	
➢ **REGISTRO FOTOGRAFICO** 		



FIRMA PROFESIONAL

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

ESCALA DE VALORACIÓN INTEGRAL

Persona con Discapacidad y Núcleo Familiar

I. Datos Generales

- Nombre del usuario: Josfin Montoya
- N° Identificación:
- Fecha de valoración: 17/06/2026
- 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: 8 /10

Scanned with CamScanner

B. Comunicación y Cognición

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

Puntaje subtotal: 6 /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: ___
- 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

Magdeline Montoya.
FIRMA CUIDADOR

Scanned with CamScanner

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	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?					
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

Magdeline Montoya

FIRMA USUSARIO

Scanned with CamScanner