



Fecha: 09/05/2025

Hora: 13<sup>30</sup> - 17<sup>00</sup>

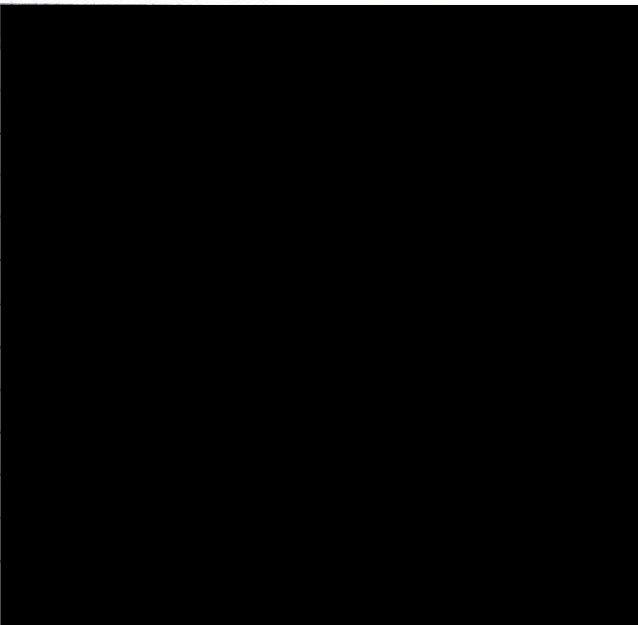
Comuna: Padre Hurtado

Lugar de realización: Oficina Beplan

Reg Local  
#Anova  
#Cuidados

Participantes

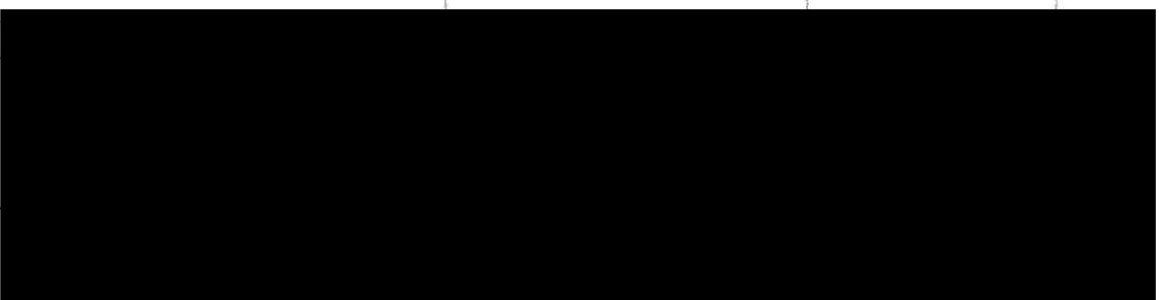
Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Alondra Letra	AC
Belen Lizama	AC
Deborah Martinez	AC
Carolina Jorillo	AC
Dame Canino	AC
Constanza Góngora	AC
Constanza Soto	AC
Monica Rivera	AC
Francis Nuñez	coordinadora SAD



N°	Temas a tratar en reunión
1	Impresa Información de servicios prestados a PLUTAFORTA MIDEBO
1	

Desarrollo

N°	Acuerdos/compromisos	Responsable	Plazos
1	Tener las Atenciones Integradas Al día	Equipo SAD	24 JUNIO.

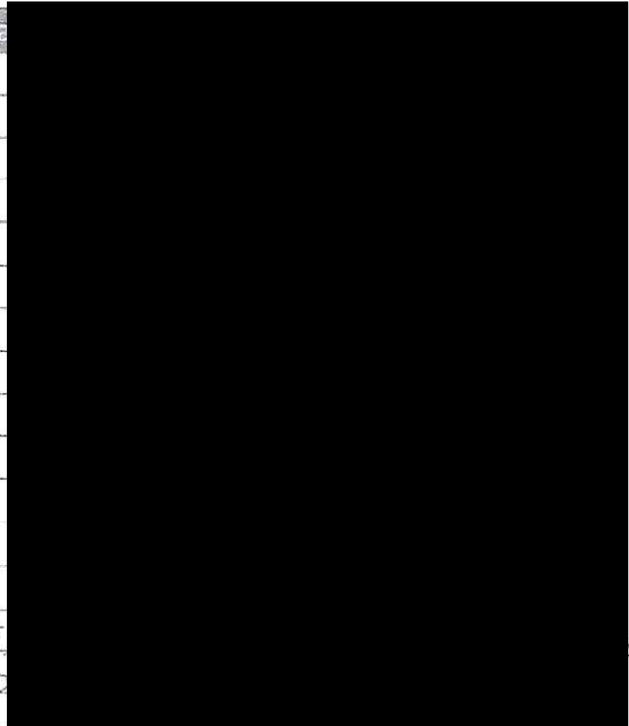


06

Fecha	16/05/2025
Hora	13:30 - 17:00
Conducido por	Vladimir Huchedo
Lugar de realización	Oficina Chaplan

Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Ancos Navarrete	Coordinadora SMO
Johanne Soto	AC
Patricia Restrepo	AC y psicólogo
Constanza Yungling	AC
Norma Uvare	AC
Belen Lizama	A.C.
Constanza Soto	AC
Patricia Jose Valencia	AC
Alfonso Lopez	AC
Helen Fuentes	TENS
Camilo Duque	Kinesicólogo
Sebastian Hotz	Psicólogo
Patricia Abadía	T.O
Marely Bohannon	Coordinadora SSZE
Christopher Morales	Gerente comunitario

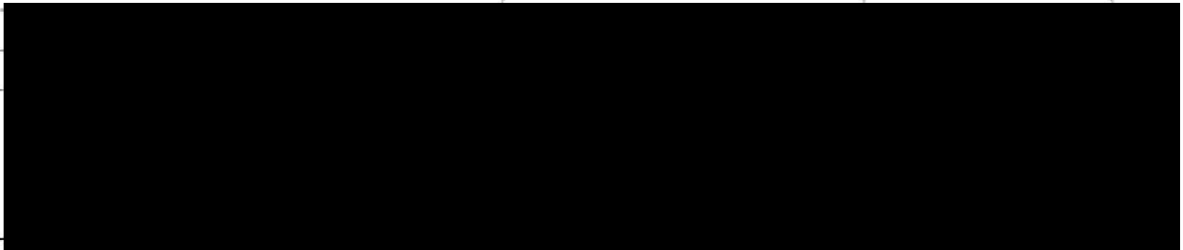


N°	Temas a tratar en reunión
1	Entrega de Informes de pago
2	Solicitudes de Insumos para trabajo
3	Actualización de casos en los hogares
4	Se entrega información sobre protocolo de violencia de género
5	Solicitudes de Ayuda técnica para usuarios

Desarrollo

④ Se entregan nuevos telefónicos.

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos
1	entrega de Informes de pago	Ancos Navarrete	Realizado
2	Solicitud de Insumos	Ancos Navarrete	Realizado
4	entrega de protocolos violencia de género	Christopher Morales	Realizado





PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

IN PC 01  
**ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APOYOS Y CUIDADOS**  
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA  
INSTRUMENTO TIPO B: 15+ AÑOS

07

ID HOGAR	18782				
FECHA ENTREVISTA	DIA	MES	AÑO		
	09	05	25		
EVALUACIÓN	SI	RE-EVALUACIÓN	SI	X	

**SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (índice)**

Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (D

NOMBRES	Eduardo					SEXO	M	
APELLIDO PATERNO	Robina					TELÉFONO 1	[REDACTED]	
APELLIDO MATERNO	Cosulichero					TELÉFONO 2	[REDACTED]	
FECHA NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	EDAD ACTUAL				
	19	11	1971	43				
DOMICILIO	CALLE	Río Doble			N°	1440	N° DPTO/CASA	
VILLA O POBLACIÓN	Los Alermos					OTRAS REFERENCIAS		
COMUNA	P.H.			REGIÓN	M			

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	X	NO	
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI		NO	X
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros				
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicta/a o en proceso de interdicción?	SI		NO	X
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	X	NO	N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	X	NO	N/A

**SECCION 2: Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.**

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	X	NO		2.1.7	Demencias	SI		NO	X
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	X	NO		2.1.8	Otra dificultad permanente	SI		NO	X
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI		NO	X	→ ¿Cuál? Secuestrado por Accidente					
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI		NO	X						
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI		NO	X						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI		NO	X						

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI		NO	X
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI		NO	X
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI		NO	X
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI		NO	X
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI		NO	X

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.

2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI		NO	X
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI		NO	X
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI		NO	X
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI		NO	X

Copia del Al original



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

IN PC 01  
**ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APOYOS Y CUIDADOS**  
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA  
INSTRUMENTO TIPO B: 15+ AÑOS

08

ID HOGAR	15105			
FECHA ENTREVISTA	DIA 15	MES 05	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	RE-EVALUACIÓN	SI	

**SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso Cuidados (índice)**  
Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátela por el vocativo que la persona indique (Don/Doña)

NOMBRES	Luis Maleno			SEXO	M	F
APELLIDO PATERNO	Rojas			TELÉFONO 1	[REDACTED]	
APELLIDO MATERNO	Vidal			TELÉFONO 2	[REDACTED]	
FECHA NACIMIENTO	DIA 30	MES 06	AÑO 1953	EDAD ACTUAL	71.5	
DOMICILIO	CALLE	Padre		N°	50	N° DPTO/CASA
VILLA O POBLACIÓN	Vila Esmeralda			OTRAS REFERENCIAS		
COMUNA	PH		REGIÓN	17		

1.1. ¿La PSDF vive con más adultos/as que compartan el presupuesto familiar? <i>Cohabita en el mismo domicilio en forma permanente con otros adultos/as</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
1.2. ¿La PSDF está en condiciones de responder a la entrevista en forma autónoma?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
→ Si la PSDF no vive con otros adultos/as y no hay persona asistente de la entrevista, omitir 1.4 y 1.5 y marcar N/A en los casilleros				
1.3. ¿La persona dependiente funcional se encuentra interdicto/a o en proceso de interdicción?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A
1.4. ¿La persona que asiste en la entrega de información proporciona cuidados a la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A
1.5. ¿La persona que asiste en la entrega de información vive en el mismo domicilio de la PSDF?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	N/A

**SECCION 2 : Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia funcional.**

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)

2.1.1 Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.7 Demencias	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.1.2 Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.8 Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.1.3 Dificultad psiquiátrica	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	→ ¿Cuál?	Descartado Parkinson		
2.1.4 Dificultad mental o intelectual	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO				
2.1.5 Sordera o dificultad para oír aun usando audifonos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>			
2.1.6 Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>			

2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.

2.2.1	Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIJD)	¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.2		¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.3	Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)	¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.4		¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.5		¿Puede controlar completamente esfínteres?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Actividades básicas e instrumentales complementarias para profundizar la valoración de la dependencia.

2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.8	Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2.9	Puede autoadministrar sus medicamentos correctamente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Copia Paul Morfinel

SAD

FO SA 01

Compromiso de participación



Red Local de Apoyos y Cuidados

18282

ID Hogar

Cayucano Hueruman

Nombre Hogar

OP

Le damos la bienvenida al Servicio de Atención Domiciliaria que se ejecuta en la comuna, a cargo de la Municipalidad de Padre Hurtado. Esta carta, establece su compromiso de participación en el servicio y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atinente al Servicio, además acepta la realización de actividades de cuidado por parte de la/el Asistente de Cuidados hacia la persona en situación de dependencia estando en pleno conocimiento de estas (damos a conocer sus derechos y deberes).

Aceptamos el apoyo y acompañamiento de la Asistente de cuidado en la realización de las siguientes actividades, así como también estamos en conocimiento que en ningún contexto hago responsable al equipo del programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

- Higiene y cuidado personal
- Actividades de participación e inclusión social
- Administración de medicamentos (con prescripción médica)

Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este, así como también con las actividades marcadas a realizar por la Asistente de Cuidados.

- Sí, estoy de acuerdo
- No estoy de acuerdo en recibir el servicio

Confirmación de horarios

Disponibilidad horaria diaria

Patricio Martínez

Nombre Asistente de Cuidado

Horario disponible para recibir visitas de parte del equipo comunal (detalle hora)

Jornada	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana					
Tarde	X		X		
Frecuencia	Semanal	Quincenal	Mensual	Bimensual	Semestral
(Marcar con una X)	X				

Eduardo Molina

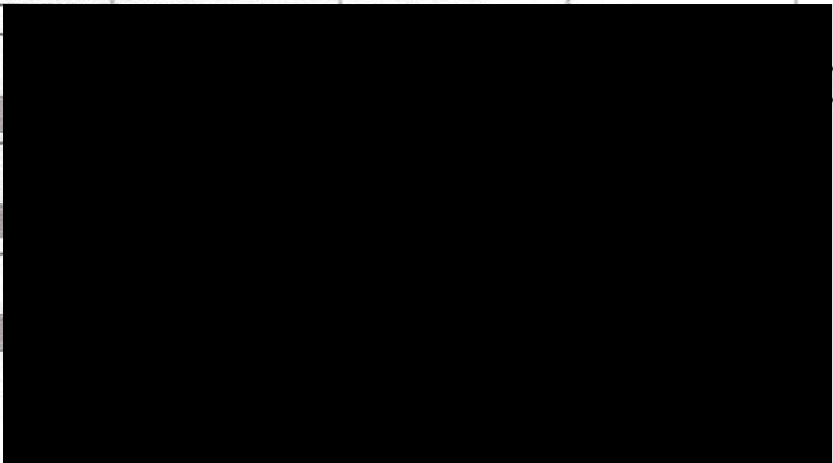
Persona en situación de dependencia

Mercedes Cayucano

Cuidador/a principal

Anaís Navarrete

Profesional de la Red



Copia fidel al original

10

# SAD

FO SA 01

## Compromiso de participación



Red Local de Apoyos y Cuidados

15105  
ID Hogar

Martinez Vidal  
Nombre Hogar

Le damos la bienvenida al Servicio de Atención Domiciliaria que se ejecuta en la comuna, a cargo de la Municipalidad de Padre Hurtado. Esta carta, establece su compromiso de participación en el servicio y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atingente al Servicio, además acepta la realización de actividades de cuidado por parte de la/el Asistente de Cuidados hacia la persona en situación de dependencia estando en pleno conocimiento de estas (damos a conocer sus derechos y deberes).

Aceptamos el apoyo y acompañamiento de la Asistente de cuidado en la realización de las siguientes actividades, así como también estamos en conocimiento que en ningún contexto hago responsable al equipo del programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

- Higiene y cuidado personal
- Actividades de participación e inclusión social
- Administración de medicamentos (con prescripción médica)

Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este, así como también con las actividades marcadas a realizar por la Asistente de Cuidados.

- Sí, estoy de acuerdo
- No estoy de acuerdo en recibir el servicio

### Confirmación de horarios

Disponibilidad horaria diaria  
Todos los días

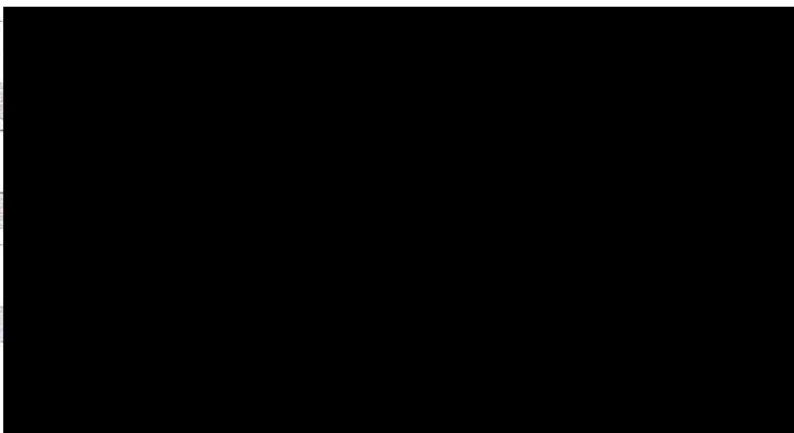
Constancia Gonzalez  
Nombre Asistente de Cuidado

Horario disponible para recibir visitas de parte del equipo comunal (detalle hora)						
Jornada	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
Mañana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frecuencia	Semanal	Quincenal	Mensual	Bimensual	Semestral	
(Marcar con una X)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Luis Felipe Martinez  
Persona en situación de dependencia

Rosalba Martinez  
Cuidador/a principal

Anous Nuñez  
Profesional de la Red



Copia del Al O.F. 151

**SAD**

IN SA 01

**Plan de Apoyo  
para la DÍada**
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

18282

ID Hogar

09/05/2025

Fecha Firma

Cayroqueo Huerfano

Nombre Hogar

**Listado de las 30 actividades.**

Área	Actividades	Apoyo Parcial	Apoyo Total
Higiene y Cuidado Personal	01- Baño/ducha.		
	02- Aseo corporal		
	03- Lavado de cabello en cama.		
	04- Aseo dental y bucal.		
	05- Higiene de los pies.		X
	06- Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.		X
	07- Aseo genital.		X
	08- Apoyo a la micción y defecación.		
	09- Uso de la chata o urinario.		X
	10- Cambio de pañal.		
	11- Lubricación y cuidado de la piel.		X
	12- Prevención de lesiones por presión.		
	13- Peinado y maquillaje.		
	14- Afeitado y depilación.		X
	15- Apoyo a la vestimenta.		X
Apoyo funcional	16- Estimulación cognitiva, sensorial y motora.		X
	17- Ejercicios físicos.		X
	18- Ejercicios respiratorios y de relajación.		X
	19- Apoyo en transferencias.		X
	20- Manejo postural.		X
	21- Prevención de caídas.		X
	22- Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.		X

Actividad N°14 Afeitado y depilación se debe realizar sólo con implementos adecuados y que estén presentes en el hogar para este efecto, está prohibido el afeitado con navaja y la depilación con cera o algún método que pueda producir daños o perjuicios hacia la PSDF.

*Copia del original*

# SAD

Formato N° 4

## Plan de Apoyo para la DÍADA



Red Local de Apoyos y Cuidados

12

ÁREA	Actividades	Apoyo Parcial	Apoyo Total
Apoyo en el uso correcto de los medicamentos	23- Apoyo a la organización de los medicamentos prescritos.		X
	24- Apoyar la correcta administración de los medicamentos prescritos.		X
Apoyo a la alimentación e hidratación	25- Manipulación y preparación de alimentos.		X
	26- Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.		X
Aseo y orden de la unidad	27- Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.		X
	28- Orden de la cama y cambio de ropa de cama.		X
Actividades de participación social	29- Apoyo o acompañamiento en actividades recreacionales, culturales, religiosas o de interés de la persona, que favorezcan la vinculación social, familiar y barrial.		X
Acompañamiento para la inclusión social y uso de servicios	30- Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso de los servicios sociales y de salud.		X

*Eduardo Molina*

Persona en situación de dependencia

*Mercedes Cayuqueo*

Cuidador/a Principal

*Rodrigo Martínez*

Asistente de Cuidado

*Anaís Navarrete*

Coordinador/a SAD

*Copia para el original*

**SAD**

IN SA 01

**Plan de Apoyo  
para la DÍADA**
 PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

INSTITUCIÓN DE CHILE

 15/05  
 ID Hogar

 15/05/2025  
 Fecha Firma

 Rortinez Udd  
 Nombre Hogar

13

**Listado de las 30 actividades.**

Área	Actividades	Apoyo Parcial	Apoyo Total
Higiene y Cuidado Personal	01- Baño/ducha.		X
	02- Aseo corporal		X
	03- Lavado de cabello en cama.		X
	04- Aseo dental y bucal.		X
	05- Higiene de los pies.		X
	06- Corte y arreglo de uñas, a excepción de usuarios diabéticos.		X
	07- Aseo genital.		X
	08- Apoyo a la micción y defecación.		X
	09- Uso de la chata o urinario.		X
	10- Cambio de pañal.		X
	11- Lubricación y cuidado de la piel.		X
	12- Prevención de lesiones por presión.		X
	13- Peinado y maquillaje.		X
	14- Afeitado y depilación.		X
	15- Apoyo a la vestimenta.		X
Apoyo funcional	16- Estimulación cognitiva, sensorial y motora.		X
	17- Ejercicios físicos.		X
	18- Ejercicios respiratorios y de relajación.		X
	19- Apoyo en transferencias.		X
	20- Manejo postural.		X
	21- Prevención de caídas.		X
	22- Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.		X

Actividad N°14 Afeitado y depilación se debe realizar sólo con implementos adecuados y que estén presentes en el hogar para este efecto, está prohibido el afeitado con navaja y la depilación con cera o algún método que pueda producir daños o perjuicios hacia la PSDF.

copia del original

PC  
IN PC 03

# Plan de Cuidados



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

El Plan de Cuidados es el resultado de un acuerdo entre la diada y la Red Local respecto del acceso a los servicios y prestaciones sociales, habiendo sido previamente identificadas las necesidades de apoyos y cuidados en el instrumento de evaluación.

## 1. Información sobre Dependencia y Sobrecarga del Cuidador/a

Información que corresponde al nivel de dependencia (moderado o severo) de la/las personas en situación de dependencia funcional (PSDF) y al nivel de sobrecarga del cuidador/a principal.

a) Nivel de dependencia PSDF	Severa
b) Nivel de sobrecarga cuidador/a	Intensa

## 2. Objetivos de la intervención

Objetivos de la intervención a realizar con la diada, con metas claras tanto para la persona con dependencia como para la persona cuidadora (si corresponde).

- Potenciar la autonomía física, sensorial y motora
- Fortalecer actividades de la vida diaria
- Realizar Inclusiones Sociales

Copia Red al original.

**5. Compromiso de participación, derechos y deberes**

Por medio de este instrumento se establece su compromiso de participación en el programa y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atinente al Servicio. A continuación, damos a conocer sus derechos y deberes:

**DERECHOS DE USUARIO/A**

- Ser informado/a sobre características de servicios y prestaciones:
- Ser tratado/a con respeto y profesionalismo, sin discriminación.
- Respeto de su intimidad personal y familiar e individualidad.
- Recibir servicio en día y hora programados según acuerdo.
- Expresar su opinión respecto de atención recibida. Garantizar su participación en actividades que le involucren.
- Ser informado/a oportunamente sobre eventos que afecten provisión de servicios o prestaciones, o cambio de estos.
- Comunicarse con Coordinador/a de servicio, para dudas, horarios, o cualquier problema que afecte el servicio.

**DEBERES DE USUARIO/A**

- Facilitar acceso de Asistentes de Cuidado, profesionales y/o técnicos/as a su hogar.
- Facilitar y apoyar el trabajo que desarrollarán Asistentes de Cuidado y profesionales en su domicilio o lugar informado.
- Informar cambios, imprevistos o situaciones que lo aquejen y afecten cumplirdel horarios o su participación en el servicio.
- Mantener trato respetuoso hacia las y los prestadores del servicio.
- Otorgar la información que sea necesaria para la correcta realización del Programa.
- Comprometerse y participar de acciones del Programa.
- No ofrecer dinero, regalos, préstamos de cualquier especie. Especialmente dinero, a prestadores/as del servicio.

El incumplimiento de estos acuerdos puede significar el término de participación en el Programa. Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este.

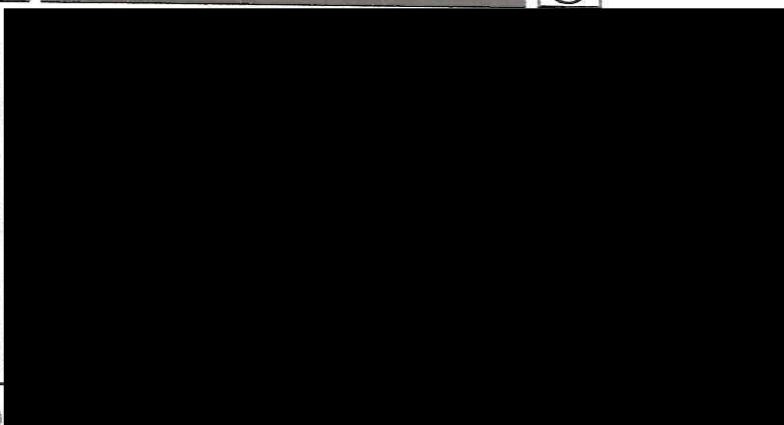
Sí, estoy de acuerdo  No estoy de acuerdo en recibir el servicio

Eduardo Molino  
Nombre (Persona en situación de dependencia)

Mercedes Cordero  
Nombre (Cuidador/a principal)

Anous Navarrete  
Nombre (Profesional integrante de la Red)

09 05 2025  
Día Mes Año



*Copia real al original*



El Plan de Cuidados es el resultado de un acuerdo entre la diada y la Red Local respecto del acceso a los servicios y prestaciones sociales, habiendo sido previamente identificadas las necesidades de apoyos y cuidados en el instrumento de evaluación.

**1. Información sobre Dependencia y Sobrecarga del Cuidador/a**

Información que corresponde al nivel de dependencia (moderado o severo) de la/las personas en situación de dependencia funcional (PSDF) y al nivel de sobrecarga del cuidador/a principal.

a) Nivel de dependencia PSDF	Severo
b) Nivel de sobrecarga cuidador/a	Intensa

**2. Objetivos de la intervención**

Objetivos de la intervención a realizar con la diada, con metas claras tanto para la persona con dependencia como para la persona cuidadora (si corresponde).

- potenciar habilidades físicas sensorial y motora.
- Apoyar a la cp con Actividades de Alto Impacto para Aliviar sobrecarga.
- Terapia psicológica.
- 
- 
- 
- 

Copia del original

**5. Compromiso de participación, derechos y deberes**

Por medio de este instrumento se establece su compromiso de participación en el programa y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atinente al Servicio. A continuación, damos a conocer sus derechos y deberes:

**DERECHOS DE USUARIO/A**

- Ser informado/a sobre características de servicios y prestaciones.
- Ser tratado/a con respeto y profesionalismo, sin discriminación.
- Respeto de su intimidad personal y familiar e individualidad.
- Recibir servicio en día y hora programados según acuerdo.
- Expresar su opinión respecto de atención recibida. Garantizar su participación en actividades que le involucren.
- Ser informado/a oportunamente sobre eventos que afecten provisión de servicios o prestaciones, o cambio de estos.
- Comunicarse con Coordinador/a de servicio, para dudas, horarios, o cualquier problema que afecte el servicio.

**DEBERES DE USUARIO/A**

- Facilitar acceso de Asistentes de Cuidado, profesionales y/o técnicos/as a su hogar.
- Facilitar y apoyar el trabajo que desarrollarán Asistentes de Cuidado y profesionales en su domicilio o lugar informado.
- Informar cambios, imprevistos o situaciones que lo aquejen y afecten cumplimiento de horarios o su participación en el servicio.
- Mantener trato respetuoso hacia las y los prestadores del servicio.
- Otorgar la información que sea necesaria para la correcta realización del Programa.
- Comprometerse y participar de acciones del Programa.
- No ofrecer dinero, regalos, préstamos de cualquier especie. Especialmente dinero, a prestadores/as del servicio.

El incumplimiento de estos acuerdos puede significar el término de participación en el Programa. Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este.

Si, estoy de acuerdo  No estoy de acuerdo en recibir el servicio

Luis Valeriano Martínez  
Nombre (Persona en situación de dependencia)

Rosalba Martínez  
Nombre (Cuidador/a principal)

Anais Nouvenete  
Nombre (Profesional integrante de la Red)

15 05 20  
Día Mes Año



Cofis Redalargina

PC  
IN PC 04

# Encuesta de Satisfacción Usuaría



PROGRAMA  
**Red Local de Apoyos y Cuidados**

44 343  
ID Hogar

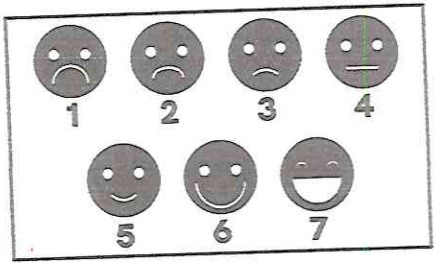
PSDF  CP   
Quién Participó

08  
Día

MAYO  
Mes

2025  
Año

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.  
• Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.  
• Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



## ¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

- SAD
- Nutrición
- Terapia Ocupacional
- Psicología
- Kinesiología
- Fonoaudiología
- Podología
- Peluquería
- Otro TENS

## ¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

### Ayudas Técnicas

- Bastón
- Andador
- Silla de rueda estándar
- Silla de ducha
- Lavapelo
- Barras de apoyo
- Alza WC
- WC portátil
- Confección ayudas técnicas
- Reparaciones
- Mantenciones

### Adaptaciones

- Nivelación pisos
- Receptáculo baño
- Pasamanos pasillos
- Rampas de acceso
- Ampliación puertas
- Aseo personal**
- Crema piel sensible
- Cepillos de dientes
- Pastas de dientes
- Shampoo lavado seco
- Pañales y/o sabanillas

### Jabón / jabón gel

- Jabón / jabón gel
- Peine adaptado

### Artículos de cuidado

- Gasa
- Algodón
- Alcohol
- Cremas antiescaras

### Indumentaria usuario/a

- Ropa interior
- Ropa abrigo
- Calzado
- Pijama

### Alimentación complementaria

- Suplementos Alimenticios

### Aseo vivienda/hogar

- Limpia pisos
- Mopa o escobillón
- Paños de limpieza
- Desinfectante y cloro

### Equipamiento vivienda/hogar

- Implementos de cocina
- Mobiliario con escotaduras
- Ropa de cama
- Colchón

Otro \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

### Observaciones

- Mejorar la calidad de pañales

Valoración	
SAD	7
Promedio SS.EE*	7
	7

Coordinador Anous Navamete PRLAC SAD SSEE

\*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, por lo que el promedio de calificaciones, dividido por la cantidad de servicios evaluados en este caso.

Copia en el original

PC

IN PC 04

# Encuesta de Satisfacción Usuaría



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

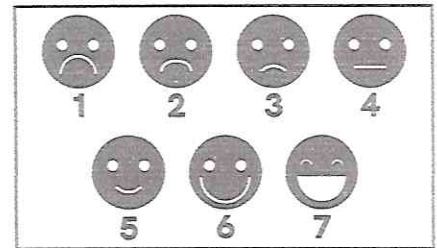
20

ORIGINAL

59041	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
ID Hogar	Quién Participó	
13	MAYO	2025
Día	Mes	Año

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/> Psicología
<input type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	<input type="checkbox"/> Podología	<input type="checkbox"/> Peluquería
<input type="checkbox"/> Otro <u>TENS</u>			

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

<b>Ayudas Técnicas</b>	<b>Adaptaciones</b>	<input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel	<b>Alimentación complementaria:</b>
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Nivelación pisos	<input type="checkbox"/> Peine adaptado	<input type="checkbox"/> Suplementos Alimenticios
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Receptáculo baño	<b>Artículos de cuidado</b>	<b>Aseo vivienda/hogar</b>
<input type="checkbox"/> Silla de rueda estándar	<input type="checkbox"/> Pasamanos pasillos	<input type="checkbox"/> Gasa	<input type="checkbox"/> Limpia pisos
<input type="checkbox"/> Silla de ducha	<input type="checkbox"/> Rampas de acceso	<input type="checkbox"/> Algodón	<input type="checkbox"/> Mopa o escobillón
<input type="checkbox"/> Lavapelo	<input type="checkbox"/> Ampliación puertas	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Paños de limpieza
<input type="checkbox"/> Barras de apoyo	<b>Aseo personal</b>	<input type="checkbox"/> Cremas antiescaras	<input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro
<input type="checkbox"/> Alza WC	<input type="checkbox"/> Crema piel sensible	<b>Indumentaria usuario/a</b>	<b>Equipamiento vivienda/hogar</b>
<input type="checkbox"/> WC portátil	<input type="checkbox"/> Cepillos de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa interior	<input type="checkbox"/> Implementos de cocina
<input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas	<input type="checkbox"/> Pastas de dientes	<input type="checkbox"/> Ropa abrigo	<input type="checkbox"/> Mobiliario con escotadura
<input type="checkbox"/> Reparaciones	<input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco	<input type="checkbox"/> Calzado	<input type="checkbox"/> Ropa de cama
<input type="checkbox"/> Mantenciones	<input type="checkbox"/> Pañales y/o sábanas	<input type="checkbox"/> Pijama	<input type="checkbox"/> Colchón
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

Observaciones

Usuarías en buenas condiciones ya

Anaís Navarrete

Coordinador

PRLAC - SAD - SS

\*En el caso de los SSEE, se evalúa más de un servicio, por lo que el puntaje se divide por la cantidad de servicios evaluados en este ítem.

Copia en el M de Pina