

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

06

Montserrat Aballoy Pilante
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional
Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

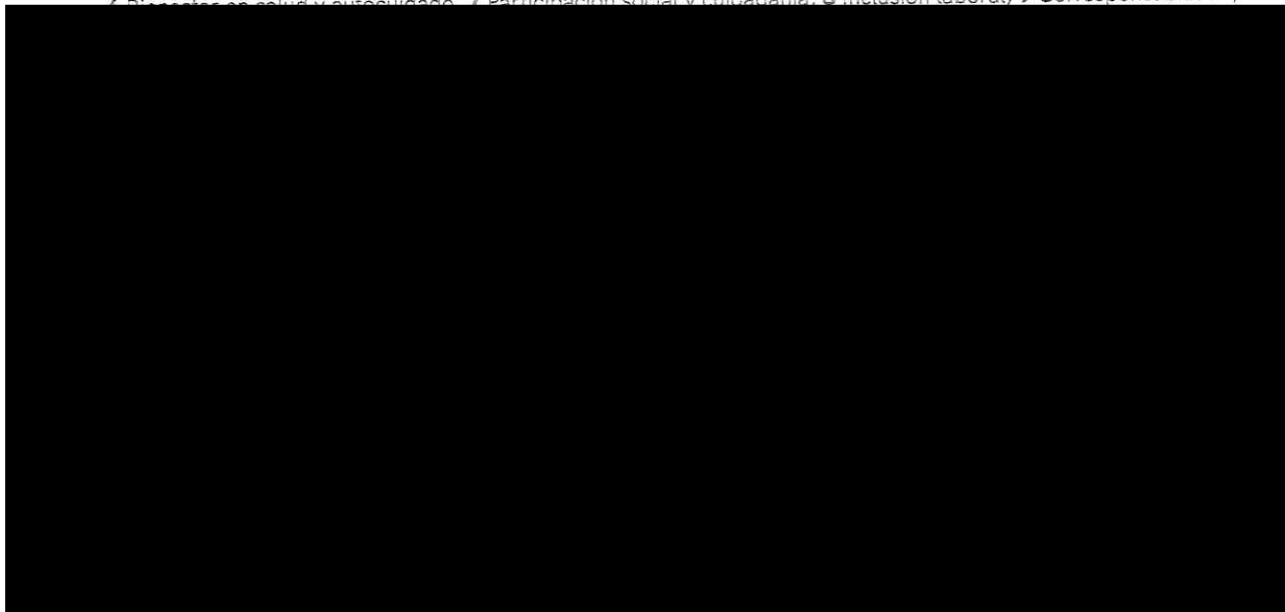
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Margarita Lineros ✓ ID HOGAR 23402 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>23 de abril</u> Horario: <u>12:40</u>	Observaciones se realiza evaluación con escalos de Lawton y Brody, Índice de Barthel y evaluación MOCA. - se realiza actividad de contar. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>6 de mayo</u> Horario: <u>12:05</u>	Observaciones se realizan los contenidos sobre los horas medicas, - se realiza AVDs, manejo de dinero; reconocimiento de valores. - Reconocimiento de vocal inicial. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Discapacidad en salud y autoayuda, 7 Participación social y ciudadanía, 8 Inclusión laboral, 9 Corresponsabilidad, E Evaluación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballay Pilcente

Nombre Profesional

Terapia Ocupacional

Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A <u>Hugo Espinoza /</u>	ID HOGAR <u>19041</u>	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>11 de abril 2025</u> Horario: <u>13:45</u>	Observaciones Se realiza evaluación con Escala de Louken y Brody, Índice de Barthel y escala de MOCA	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3-6</u> Fecha: <u>23 de abril</u> Horario: <u>13:30</u>	Observaciones Se realiza visita, en la cual se le consulta por control médico el día lunes; Se realiza actividad de coordinación, coordinación oculo-manual y orientación espacial.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>6 de mayo</u> / Horario: <u>13:15</u>	Observaciones Se realiza revisión de exámenes. Se realiza actividad de estimulación cognitiva, principalmente fluidez verbal y memoria a corto plazo	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Refuerzo de habilidades cognitivas y de comunicación. 2 Educación y entrenamiento. 3 Educación y entrenamiento. 4 Inclusión educativa. 5 Apoyo legal, 6 Bienestar emocional.



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballoy Píllante.
 Nombre Profesional
 Terapeuta Ocupacional.
 Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

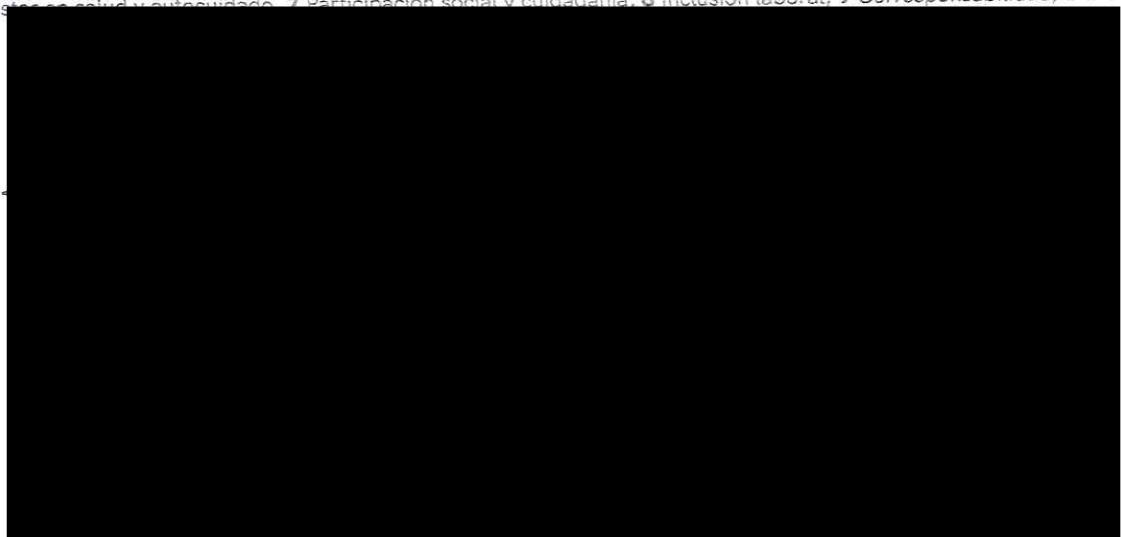
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Fresia Tobar. ✓ ID HOGAR 11523 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>11 de abril 2025</u> Horario: <u>10:30 - 11:15</u>	Observaciones Se realiza evaluación con escala de Lawton y Brody; Índice de Barthel y MOCA. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>6 de mayo</u> ✓ Horario: <u>11:10.</u>	Observaciones Se realizan actividad de reconocimiento de vocal inicial, motricidad fina, y seguimiento de instrucciones. Se trabaja coordinar el automatismo. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Bienestar psíquico y autoconciencia, 7 Participación social y ciudadanía, 8 Inclusión laboral, 9 Corresponsabilidad, E Evaluación



Fecha	14 mayo 2025
Hora	12:00
Comuna	T Padre Hurtado.
Lugar de realización	Casa Kaplan
Participantes	

Región de
Apoos
Colchagua

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Hellen Fuentes	Técnicas Enfermería
Carmelo Donoso	Diagnóstica
Maximiliano Alvarado	Terapeuta Ocupacional
Sebastian HOTZ	psicólogo
Patricia Testuz	Podólogo y T. Compu
Maria Polanco	Coordinadora SS.EE



N°	Temas a tratar en reunión
1	Se trabaja en ingresar información a la plataforma
2	Entrega de actualización salud universos

Desarrollo
Reunión en Kaplan.

N°	Acuerdos / compromisos	Responsable	Plazos
1	Ingreso a plataforma	SS. EE.	Kaplan
2	Entrega actualización	SS. EE.	2 sem. Kaplan



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 16/05/2025

Hora: 13:30 - 17:00

Comuna: Padre Hurtado

Lugar de realización: Oficina Chaplan

Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Ancus Nuñez	Coordinadora SPO
Johanne Soto	AC
Pedro Martínez	AC y psicólogo
Valentina González	AC
Monica Rivera	AC
Belen Izema	A.C.
Kensley Soto	AC
Paola Paz Escobar	AC
Flora Irujo	AC
Belen Fuentes	TENS
Carola Denavre	Psicóloga
Sebastian Hotz	Psicólogo
Patricia Abella	T.O
Patricia Bahamondes	Coordinadora SSEE
Christopher Morales	Gestor comunitario

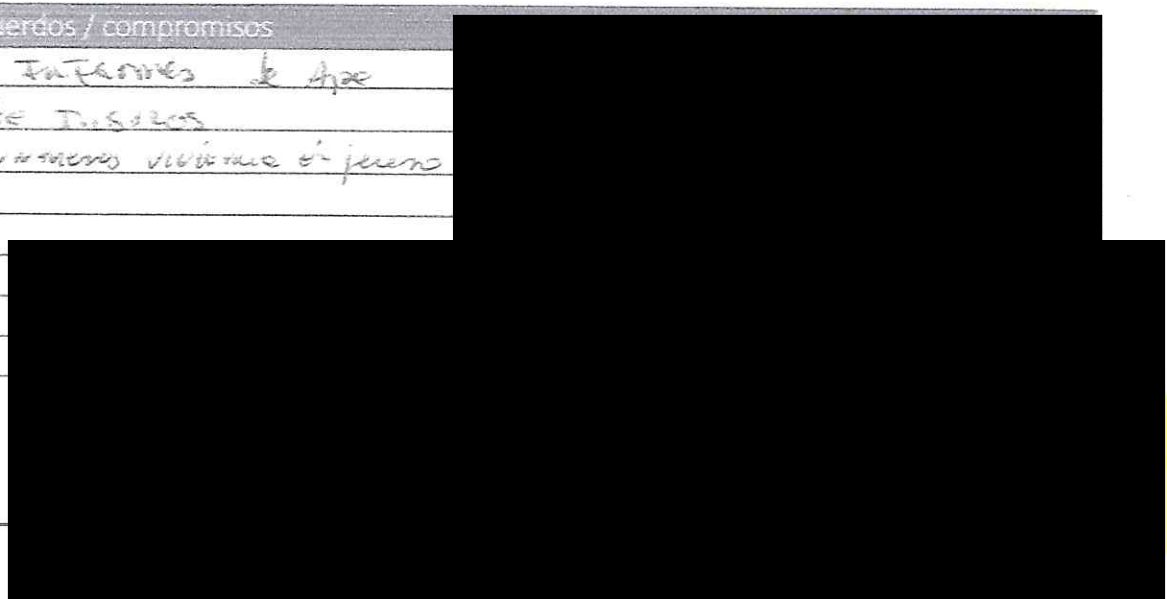


N°	Temas a tratar en reunión
1	Entrega de Informes de pago
2	Solicitudes de inscripciones para trabajo
3	Actualización de casos en los Registros
4	Se entrega información sobre protocolo de violencia de género
5	Solicitudes de ayuda técnica para usuarios

Desarrollo

1) Se entregaron nuevos teléfonos.

N°	Acuerdos / compromisos
1	entrega de Informes de pago
2	Solicitud de Inscripciones
3	entrega de números vivientes de jueces





DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

05





Calendario de actividades mes mayo

Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
6 de mayo Fresia Tobar ✓ Rosa Tobar ✓ Hugo Espinoza ✓ Margarita Lineros ✓ Julio Sánchez ✓	7 de mayo José Moris ✓ Sergio Salas ✓ Ana Gutiérrez ✓ Hermán Ortiz ✓ María Brizuela ✓		9 de mayo José Aguilera ✓ Carla Delgado ✓
13 de mayo Rosa Rivas ✓ Jorge Díaz ✓ Carlos Castillo ✓ Alicia Díaz ✓ María Nuñez ✓ Gladys Andrade ✓	14 de mayo Luis Martínez ✓ Rosalba Martínez ✓ Teobalda ✓ Altamirano ✓ Ana Zapata ✓ Segundo González ✓ Luis Velázquez ✓ Reunión equipo SS.EE.	Día Administrativo	16 de mayo Evaristo Cea ✓ Leónides Barrera ✓ Margarita Arroyo ✓ Alicia Lepe ✓ Juan Arenas ✓ Reunión equipo SNAC

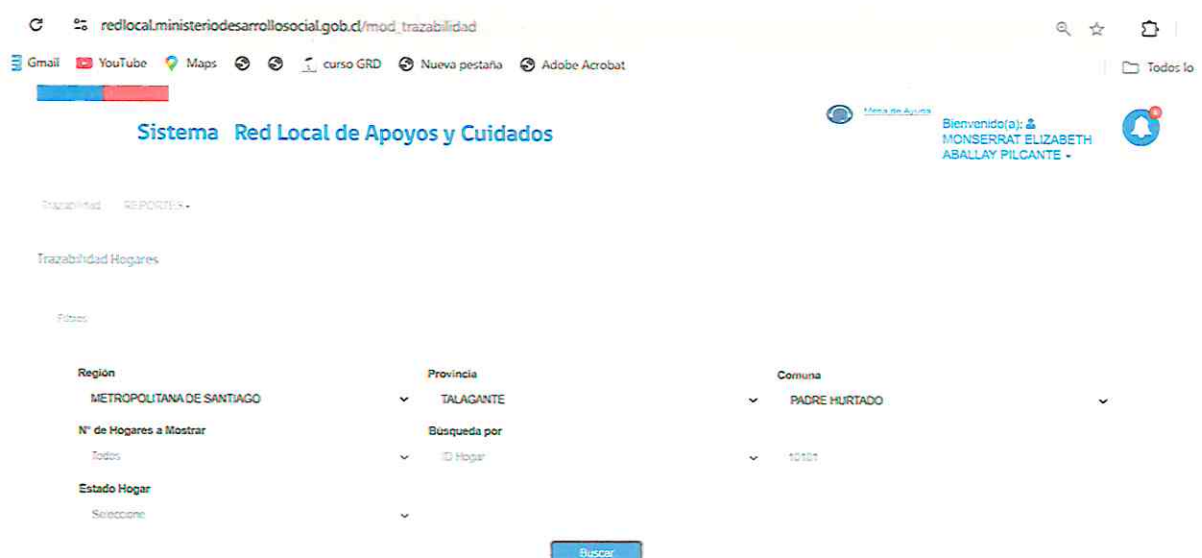
- La cobertura del programa se encuentra al 100%, pero no todos los usuarios requieren atención de Terapia Ocupacional.
- Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.

Asisto y participo en reuniones del equipo referentes a:

Reunión equipo SNAC, donde se registran nuevos ingresos y se entrega información relevante.

- Realizar ingresos de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Se realizan informes y se ingresa a plataforma Red Local de apoyos y Cuidados del Ministerio de Desarrollo social y Familia.



Martes	22 de abril Rosa Espinoza Guillermo Lara Eloisa Pérez Miguel Olmos Carla Delgado José Aguilera	29 de abril Manuel Naranjo Marcos Catalán
Miércoles	23 de abril Margarita Arroyo Margarita Línros Hugo Sánchez Juan Arenas	30 de abril Glady's Andrade Eduardo Molina Simón Sepúlveda Manuel Fajúndez
Jueves	24 de abril Daniel Peñailillo León Polanco Marcelo Zúñiga Juan Arriagada Cristian Venegas	1 de mayo de 2025 FERIADO

Calendario de actividades mes de abril

Se realizó atención de Terapia Ocupacional y plan de intervención asociado al programa usuarios de los cuales:

- Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de Terapia Ocupacional, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

Actividades de acuerdo a los cometidos:

- Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de Terapia Ocupacional, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.
- Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.
- Realizar ingresos de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

DESCRIPCIÓN DE COMETIDOS:

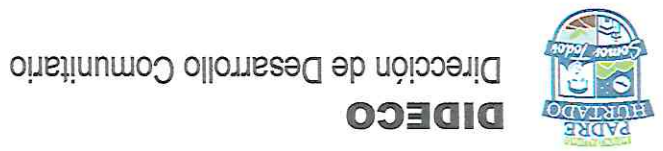
De acuerdo con la gestión encargada mediante contrato de honorarios suscrito con la Municipalidad de Padre Hurtado - Dirección de DIDECO se ha encomendado los siguientes cometidos para el año 2025:

Cargo: Terapeuta Ocupacional
Mes Correspondiente: Mayo

Rut: 18.661.597-2

Funcionario: Monserrat Elizabeth Aballay Pilcante

INFORME DEL MES MAYO AÑO 2025



SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

Manserrat Aballay Pileante
Nombre Profesional
Terapia Ocupacional
Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

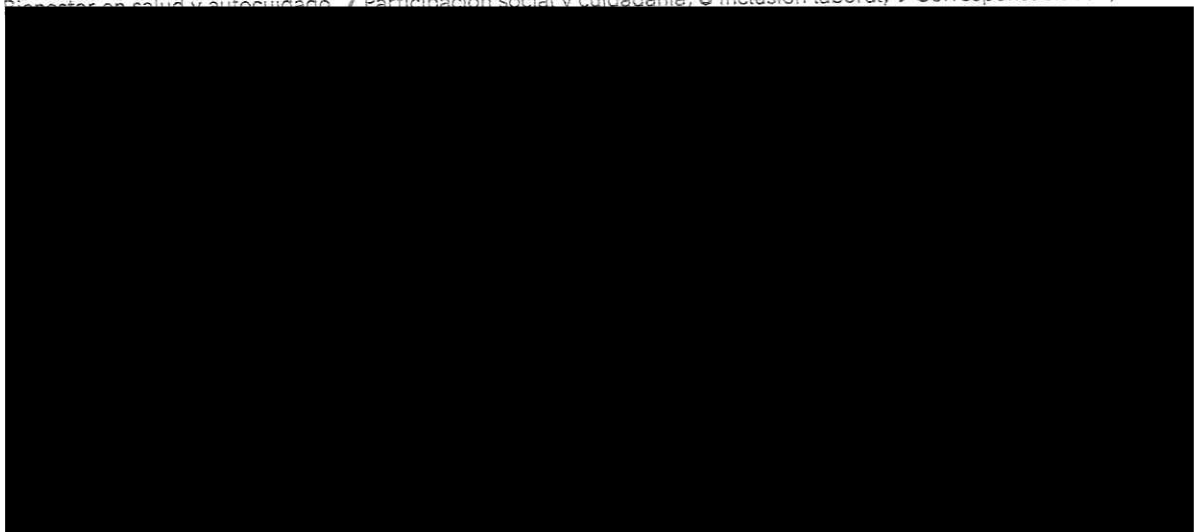
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Julio Sanchez /	ID HOGAR 10095	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
--	-----------------------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>16 de abril</u> Horario: <u>11:10</u>	Observaciones Se realiza evaluación con parte de MACA, Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody.	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>6 de mayo</u> ✓ Horario: <u>14:30</u>	Observaciones Se realiza intervención en la cual se trabajó fluidez verbal, reconocimiento de imágenes y cálculo mental.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Promoción en salud y autocuidado, 7 Participación social y ciudadanía, 8 Inclusión laboral, 9 Corresponsabilidad, E Evaluación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.Ministerio de
Desarrollo
Social y
Familia
Gobierno de ChilePROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Montserrat Abaloy

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

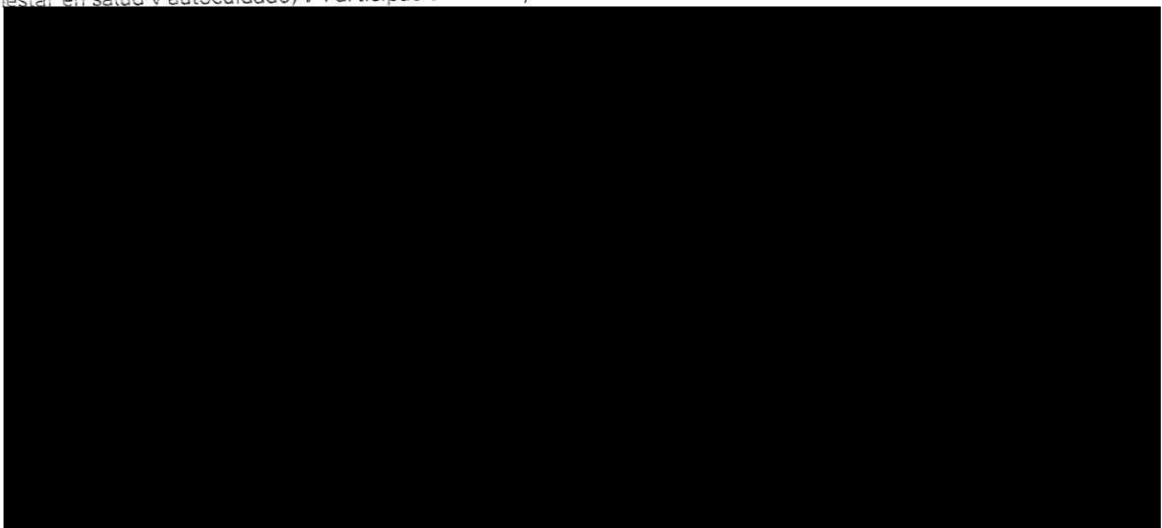
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Rosa Tobar ✓	ID HOGAR	11523	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------	--------------	----------	-------	-------------------------------	--

Nº de sesión: <u>1</u>	Observaciones Se realiza evaluación con escala de Lawton y Brody ; Índice de Barthel.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>11 de abril</u>		
Horario: <u>10:30</u>		
Nº de sesión: <u>2</u>	Observaciones Se realiza evaluación de MOCA, se trabaja estimulación cognitiva, fluidez verbal.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>6 de mayo</u> ✓		
Horario: <u>10:30</u>		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Bienestar en salud y autocuidado, 7 Participación social y ciudadanía, 8 Inclusión laboral, 9 Corresponsabilidad, E Evaluación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

13

Montserrat Aballoy Picante
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.
Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

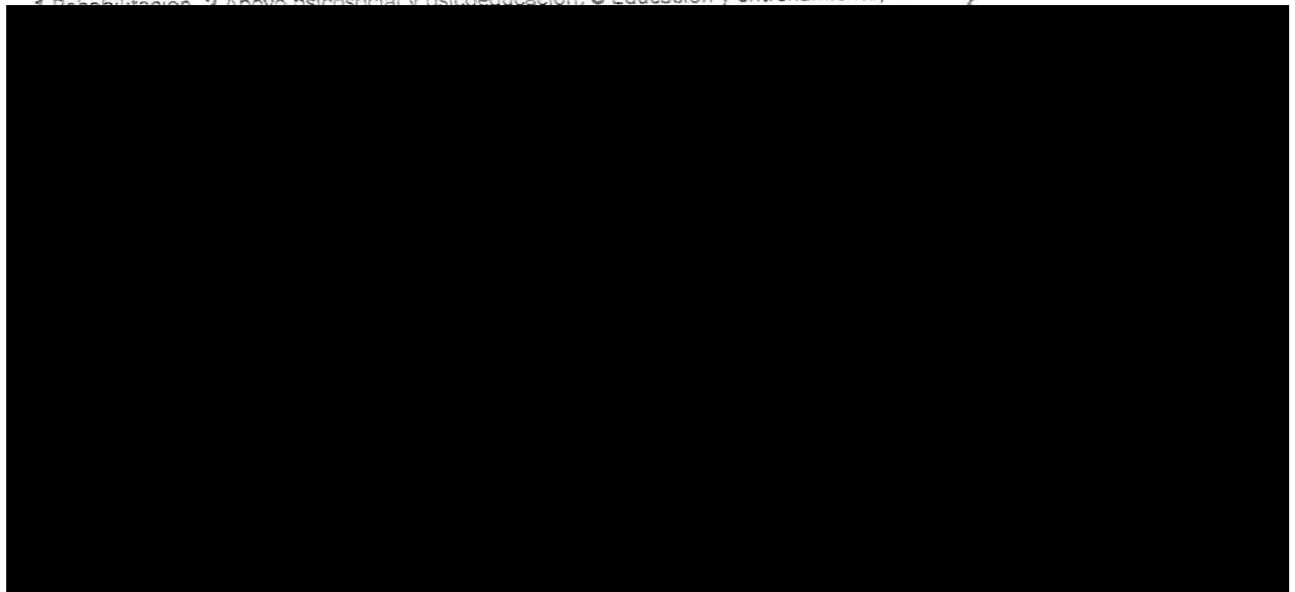
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Sergio Sales. ✓ ID HOGAR 44321 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>15 de abril</u> Horario: <u>10:45 - 11:30</u>	Observaciones Se realizó evaluación con escala de Lawton y Body, Índice de Barthel y Moca. Se realiza act de orientación. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>7 de mayo</u> / Horario: <u>12:00</u>	Observaciones Se realiza intervenciones de estimulación cognitiva, fluidez verbal. Se trabaja orientar uso-espacial, autonomía motricidad fina, y seguimiento de instrucciones. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal,





14

Monserrat Aballay Pilcante
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional,
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Jose Morris / ID HOGAR 19383 PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones se realiza evaluacion con escala de Leuter y Brody, Indice de Barthel y Moca. Individual
 Ámbito(s): E se realiza actividad de reconocimiento de objetos. Grupal
 Fecha: 15 de abril
 Horario: 9:30 - 10:30.

Nº de sesión: 2 Observaciones se realiza reconocimiento de imagenes y/o figuras. Individual
 Ámbito(s): 2 de trabajo de atencion donde el usuario se resiste. Grupal
 Fecha: 7 de mayo /
 Horario: 9:35

Nº de sesión: _____ Observaciones _____ Individual
 Ámbito(s): _____ Grupal
 Fecha: _____
 Horario: _____

Nº de sesión: _____ Observaciones _____ Individual
 Ámbito(s): _____ Grupal
 Fecha: _____
 Horario: _____

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Mediación, 5
 6 Bienestar



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballay Pilcoyte

Nombre Profesional

Tercera Asesora

Especialidad

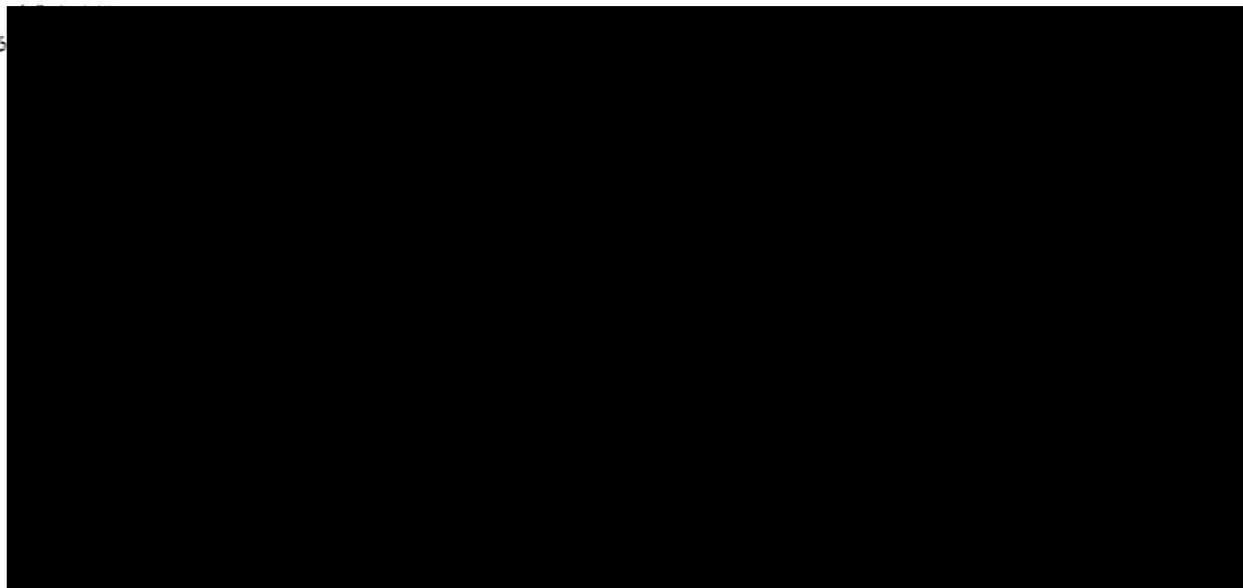
REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Maria Angelina Bizuela	ID HOGAR	23702	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------------	----------	-------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E.</u> Fecha: <u>11 de abril 2025</u> Horario: <u>12:30.</u>	Observaciones Se realiza evaluación con escalero de Louison y Brody - Índice de Barthel y MOCA.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>7 de mayo</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones Se realiza intervención en la cual se trabaja la memoria a largo plazo, fluidez verbal. Se conversa con cuidadores, por situación de salud.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN





Montserrat Aballay Pilante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

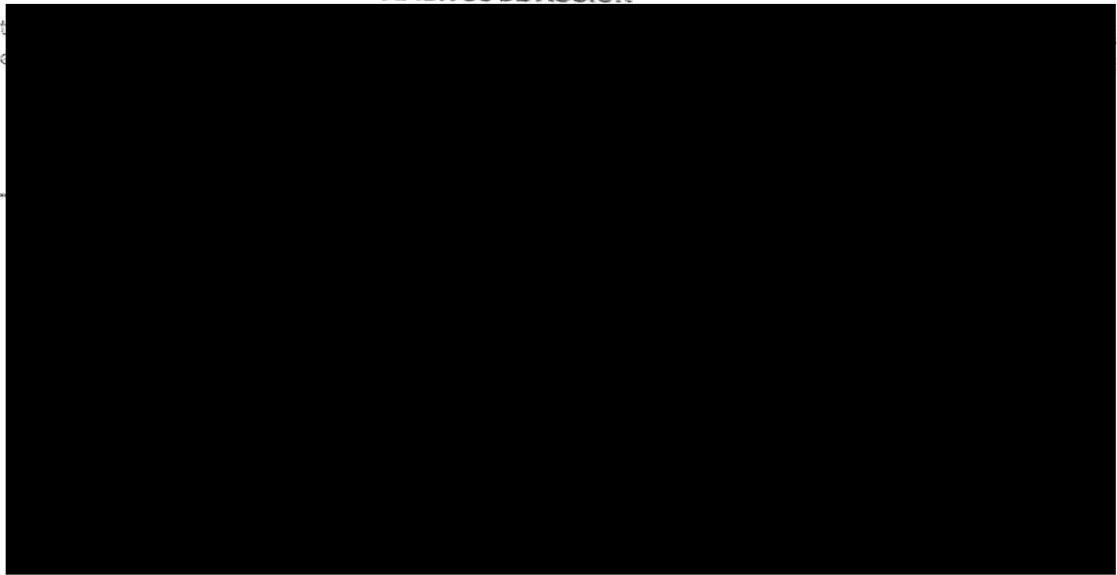
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Hermán Ortiz /	ID HOGAR	55520	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	----------------	----------	-------	--	-----------------------------

Nº de sesión: <u>1</u>	Observaciones Se realiza evaluación con escudo de Lauter y Brody, Índice de Barthel y Prueba de MCCA. Se realiza actividad de Orientación Especial.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>15 de abril</u>		
Horario: <u>13:10</u>		
Nº de sesión: <u>2</u>	Observaciones Se realiza intervención en la cual se trabaja fluidez verbal, tolerancia a la frustración, motricidad fina y coordinación automática, viso espacial.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>7 de mayo</u>		
Horario: <u>14:10</u>		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación
- 6 Bienestar



ión

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballe Filante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Carla Delgado. ✓	ID HOGAR	13031	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------	----------	-------	--	-----------------------------

Nº de sesión: <u>1</u>	Observaciones Se realiza evaluación con escala de Lawton y Brody e Índice de Barthel.	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>22 de abril</u>		
Horario: <u>11:35</u>		
Nº de sesión: <u>2</u>	Observaciones Se realiza actividad de motricidad fina, coordinación oculo-motora y respuesta refleja.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>2</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>9 de mayo</u> ✓		
Horario: <u>11:30</u>		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo profesional, 3 Intervención comunitaria, 4 Educación, 5 Promoción de la salud



ción

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballoy Pilcante
 Nombre Profesional
 Terapia Ocupacional
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Jose Aguilera / ID HOGAR 18261 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>22 de abril /</u> Horario: <u>10:00</u>	Observaciones Se realiza evaluación con escala de Louken y Brady, Índice de Barthel y prueba de Moca - se realizan actividades de estimulación cognitiva. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>9 de mayo /</u> Horario: <u>10:00</u>	Observaciones Se realiza actividad de estimulación cognitiva, fluidez verbal, cálculo mental. Se realiza control de tronco durante y lanzamiento con preforma. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

1 P
6 Bie



Apoyo legal,
, E Evaluación

SSEE

FO SE 02

**Registro de atención
profesionales SS.EE.**Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Montserrat Aballay

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.

Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

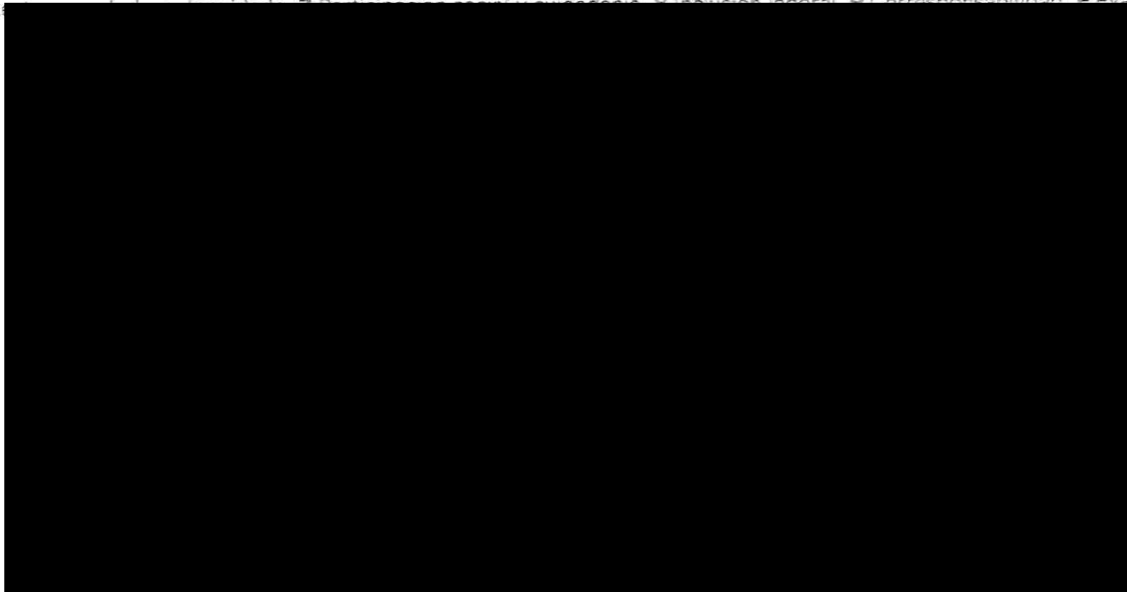
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Manuel Pachez ✓	ID HOGAR 80401	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
--	-----------------------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>30 de abril</u> ✓ Horario: <u>13:15</u>	Observaciones Se realizó evaluación utilizando los puntos de Lawton y Brody, Índice de Barthel y MCCA. Se realizó reconocimiento de imágenes	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal,
 6 Bienestar, 7 Participación comunitaria, 8 Inclusión laboral, 9 Corresponsabilidad, E Evaluación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Abalca, Pileante
 Nombre Profesional
 Terapia Ocupacional
 Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Alicia Diaz ✓ ID HOGAR 10193 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>5</u> Fecha: <u>17 de abril</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <u>se realizo evaluacion de Indice de Barthel, Escala de Louter y Brody, Moos.</u>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>13 de mayo ✓</u> Horario: <u>14:30.</u>	Observaciones <u>Se realizo intervencion en la cual se trabajo calculo mental, memoria y fluidez verbal.</u>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Bienestar en salud y autocuidado, 7 Participación social y ciudadanía, 8 Inclusión laboral, 9 Corresponsabilidad, E Evaluación



SSEE

FO SE 02

**Registro de atención
profesionales SS.EE.**Ministerio de
Desarrollo
Social y
Familia
Gobierno de ChilePROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

Monzerrat Abalía Pilante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Rosa Rilovs ✓		ID HOGAR 44350	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>1</u>	Observaciones Se realiza evaluación con punto de Índice de Barthel y escala de Lawton y Brody.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Ámbito(s): <u>E</u>			
Fecha: <u>17 de abril</u>			
Horario: <u>10:00 - 11:00</u>			
Nº de sesión: <u>2</u>	Observaciones Se realiza intervención en la cual se trabaja coordinación bimanual, reconocimiento de imágenes y categorías.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Ámbito(s): <u>3</u>			
Fecha: <u>13 de mayo</u> ✓			
Horario: <u>14:30</u>			
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Ámbito(s): _____			
Fecha: _____			
Horario: _____			
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Ámbito(s): _____			
Fecha: _____			
Horario: _____			

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal,
6 Bienestar

SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.
 PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

 Monserrat Aballá Ricante
 27

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

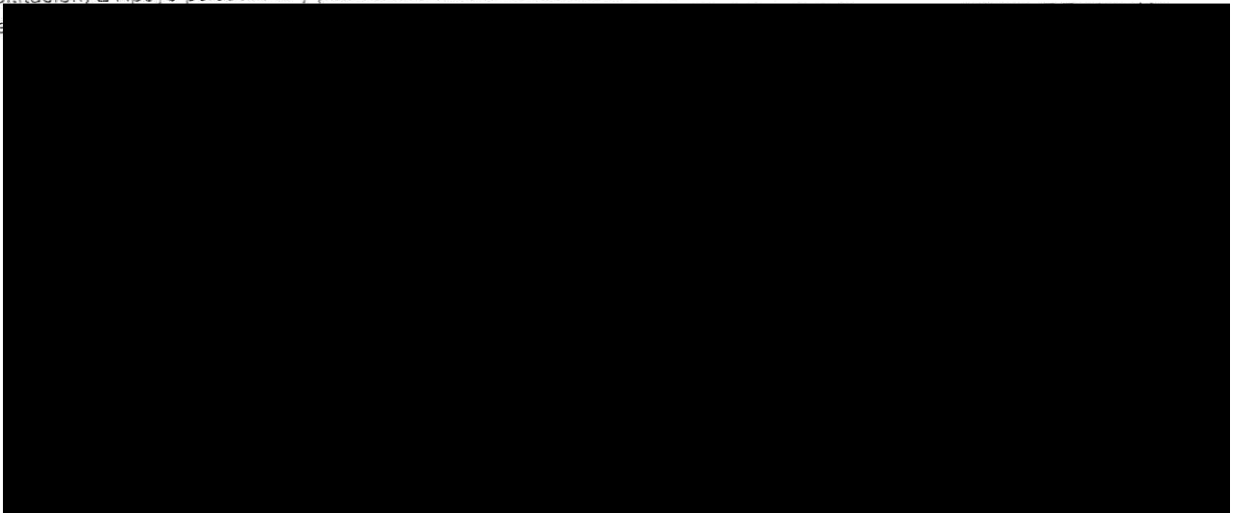
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Carlos Castillo. ✓	ID HOGAR	18141	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------	-----------------	-------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>14 de abril</u> Horario: <u>11:15</u>	Observaciones Se realiza evaluación con pruebas de índice de Barthel, escala de Lawton y brody y MOCA	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>13 de mayo</u> ✓ Horario: <u>13:30.</u>	Observaciones Se realiza intervención en la cual se trabaja orientación espacial, motricidad fina, cálculo mental y fluidez verbal.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal,
 6 Bienestar



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Gobierno de Chile

PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Abalaya

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

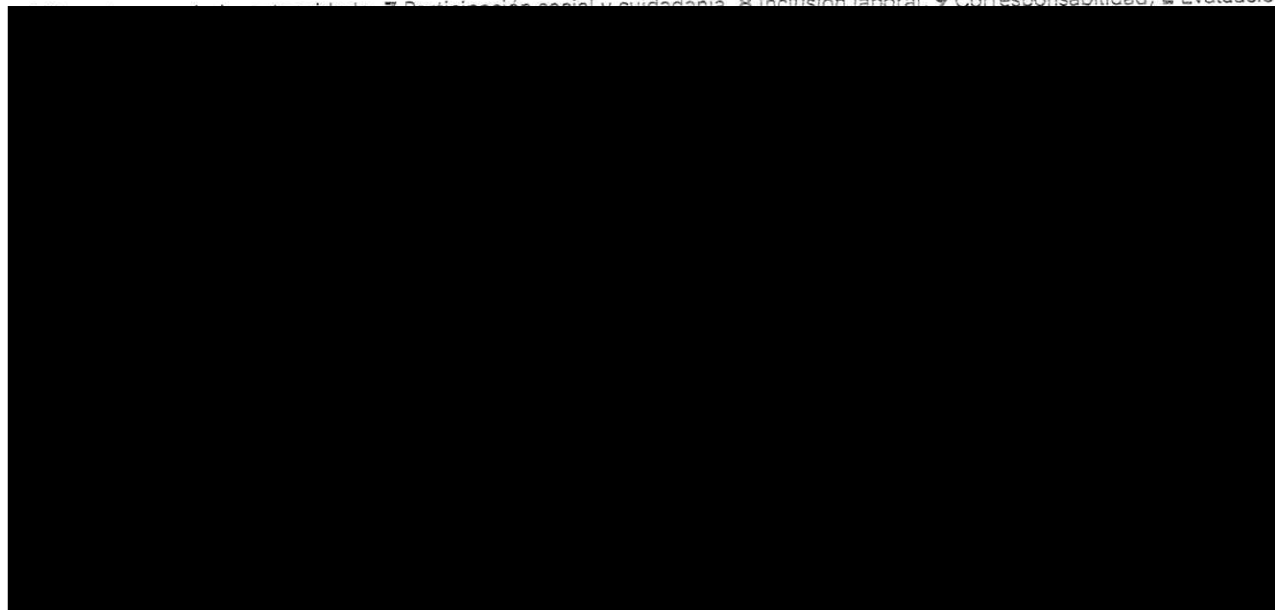
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Gladys Andrade ✓	ID HOGAR	44340	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------	----------	-------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>30 de abril</u> ✓ Horario: <u>11:05</u>	Observaciones Se realiza evaluación con escala de Lawton y Brody, Índice de Barthel y MoCA - se revisa exámenes y horas médicas	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>13 mayo</u> ✓ Horario: <u>10:30</u>	Observaciones Se realiza intervenciones en la cual se trabaja la memoria, fluidez verbal y cálculo mental.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 Participación social y ciudadanía, 7 Participación social y ciudadanía, 8 Inclusión laboral, 9 Corresponsabilidad, E Evaluación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballa

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A

Marcelo Zúñiga

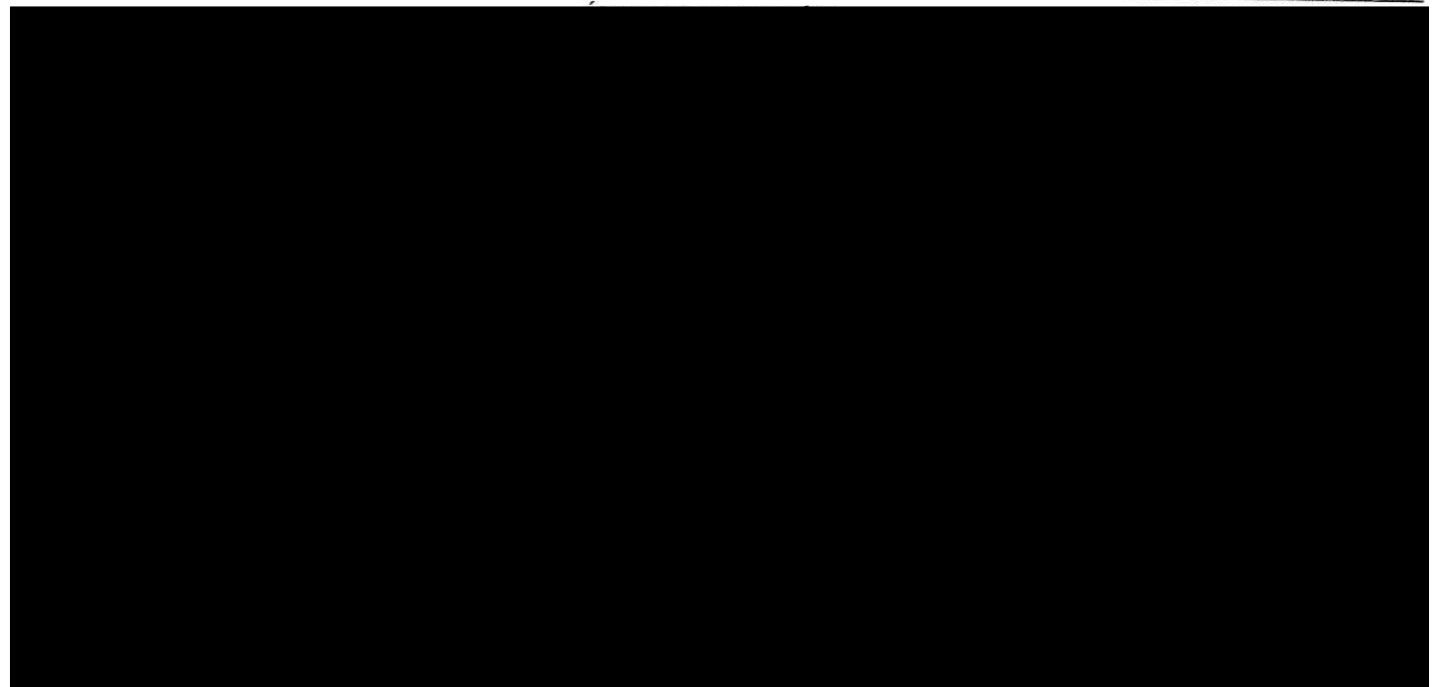
ID HOGAR

40200

PSDF

CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de abril</u> Horario: <u>12:55</u>	Observaciones Se realiza evaluación utilizando Escala de Lawton y Brody, Índice de Barthel y Pauta de MOCA. <div style="text-align: right;"> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> </div>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones <div style="text-align: right;"> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> </div>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones <div style="text-align: right;"> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> </div>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones <div style="text-align: right;"> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> </div>



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballa Picante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

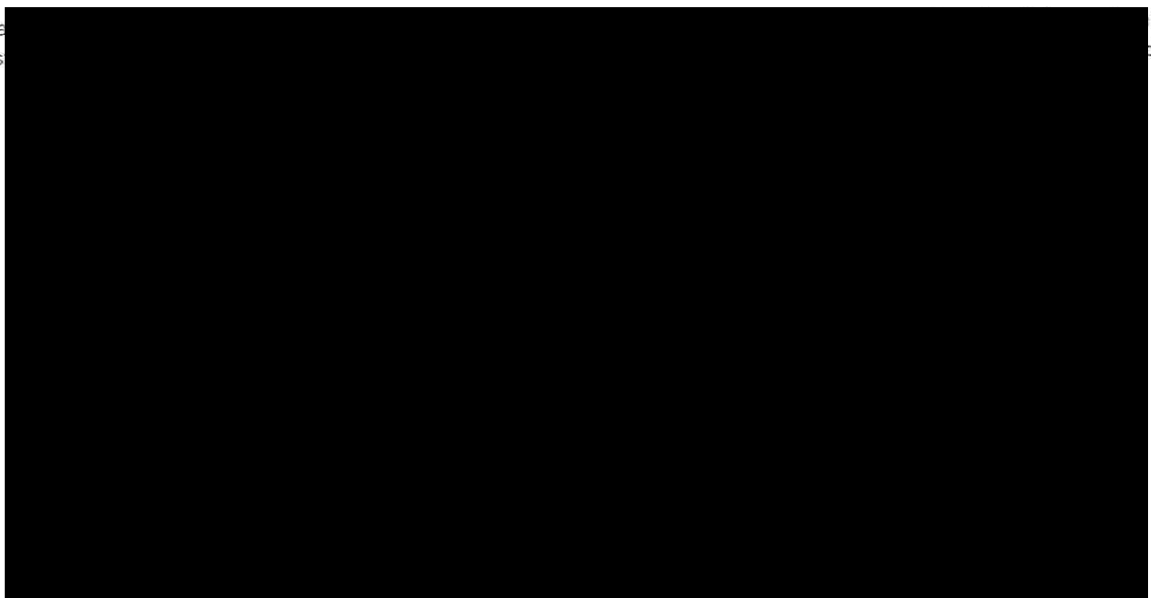
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Daniel. Peñañillo!	ID HOGAR	70181	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------	----------	-------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de abril</u> ✓ Horario: <u>10:25</u>	Observaciones Se realiza evaluación con Índice de Barthel y Escala de Louisa y Brody	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Reha
6 Bienes



t,
ción

SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.



PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Montserrat Aballay

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

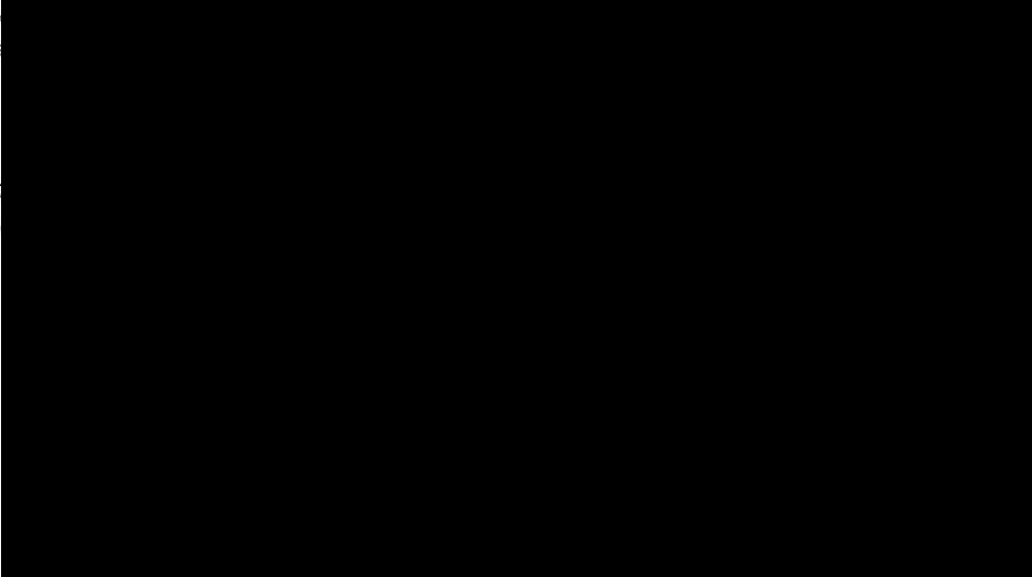
NOMBRE BENEFICIARIO/A Simon Sepulveda /	ID HOGAR 21961	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
--	-----------------------	--

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>30 de abril</u> Horario: <u>14:30.</u>	Observaciones Se realiza evaluación a nivel motor e Índice de Barthel	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación
6 Bienestar en s

legal,
situación



SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.
 PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

Montserrat Aballa

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A

Eduardo Molina!

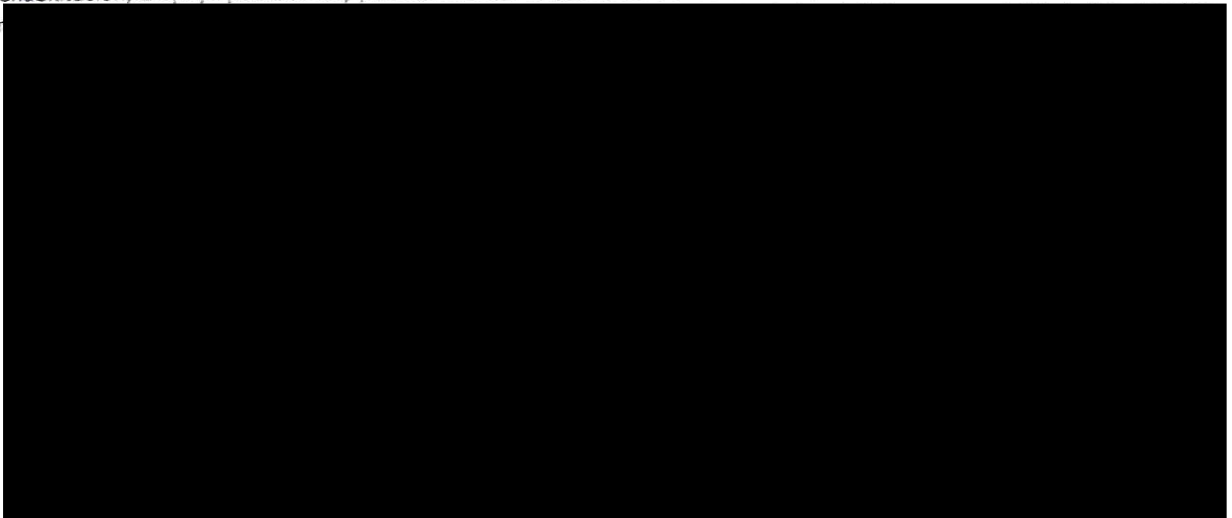
ID HOGAR 19282

PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>30 de abril</u> ✓ Horario: <u>12:10.</u>	Observaciones Se realiza evaluaciones con escalas de Lawton y Brody, Índice de Barthel y Puerto de Moca. : Calculo mental.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal,
6 Bien



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Konserrat Abadley Pizante
 Nombre Profesional
Terapeuta Ocupacional.
 Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Eloísa de Carmen Perez* ID HOGAR *80400* PSDF CP

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>22 de abril</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <i>Se realiza evaluación utilizando escalas de Loukas y Brody, Índice de Barthel y escalas de MOCA</i>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación
6 Bienestar



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballar

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.

Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

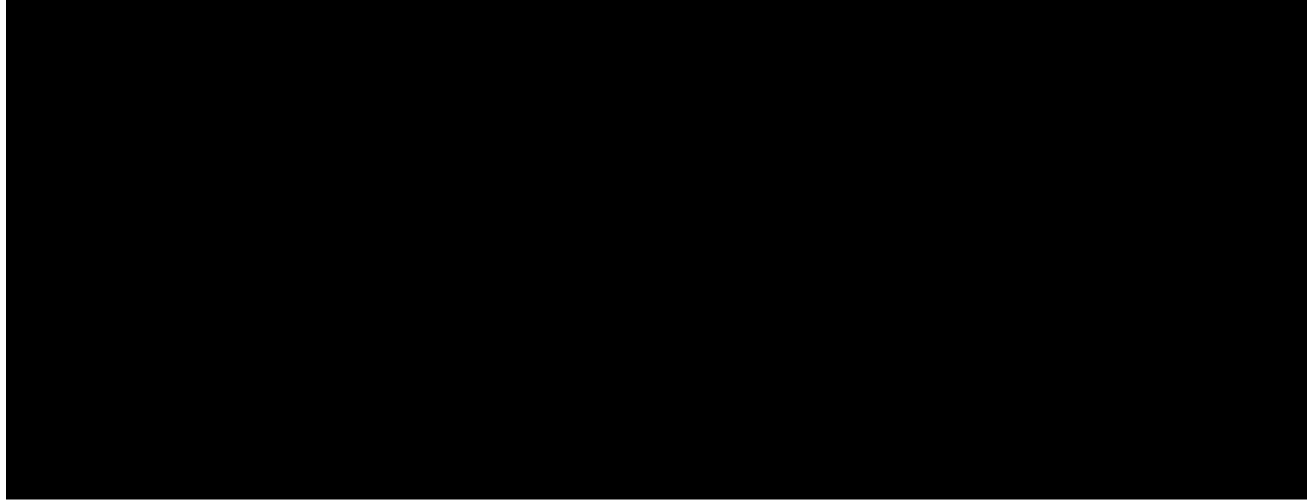
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Cristian Venegas ✓	ID HOGAR	11321	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------	----------	-------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de abril ✓</u> Horario: <u>14.55</u>	Observaciones Se realiza evaluación con Escala de Lawton y Brody e Índice de Barthel.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal,





Nombre Profesional	Montserrat Aballay
Especialidad	Terapeuta Ocupacional.

REGISTRO DE ATENCIÓN

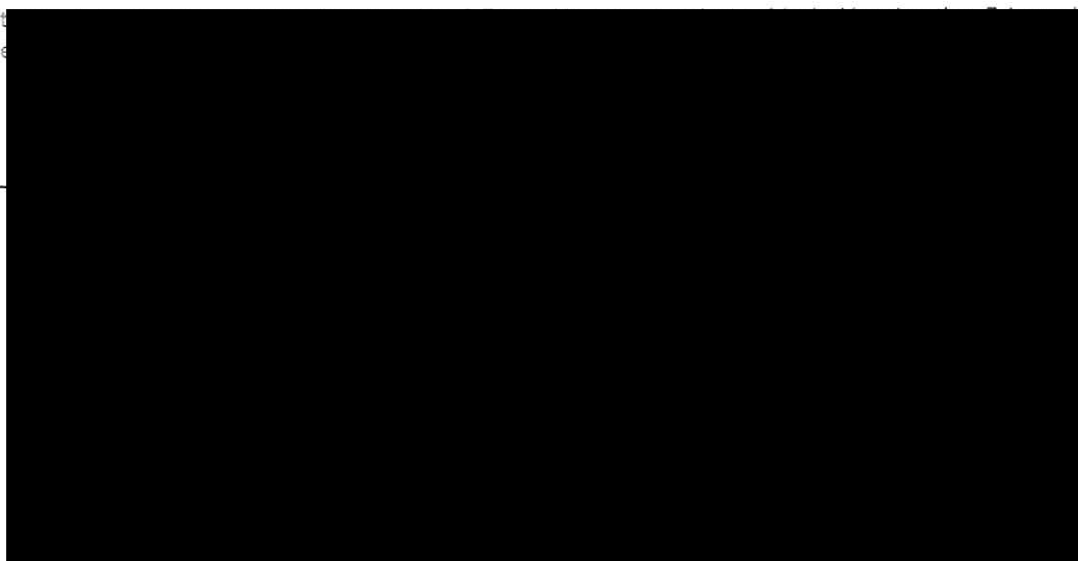
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Juan Arriagada. ✓	ID HOGAR	62420	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	-------------------	----------	-------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de abril ✓</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones Se realiza evaluación con escala de Louter y Brody, Índice de Barthel y Pauta de MOCA.	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación
- 6 Bienestar emocional



Legal, situación

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballay Pilcare
 Nombre Profesional
 Terapia Ocupacional
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

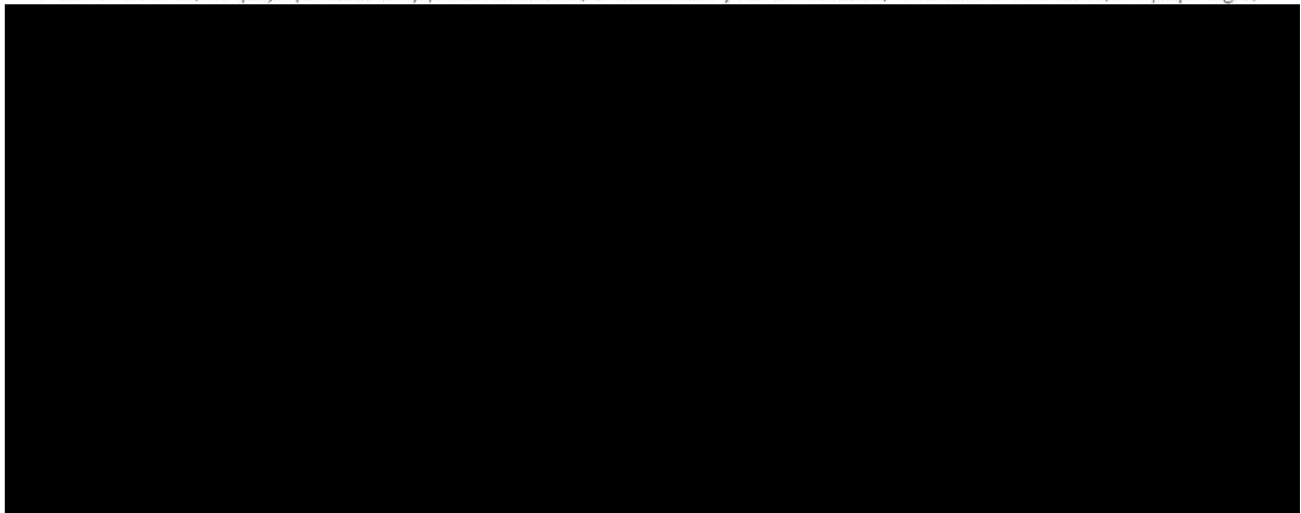
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A: Rosa Espinoza ✓ ID HOGAR: 18401 PSDF CP

N° de sesión: 1 Ámbito(s): E Fecha: 22 de abril Horario: 12:45	Observaciones Se realizó evaluación utilizando lo escalas de Lawton y Brody, Índice de Barthel y MOCA de forma verbal. <p style="text-align: right;">Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones <p style="text-align: right;">Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones <p style="text-align: right;">Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones <p style="text-align: right;">Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal.



SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

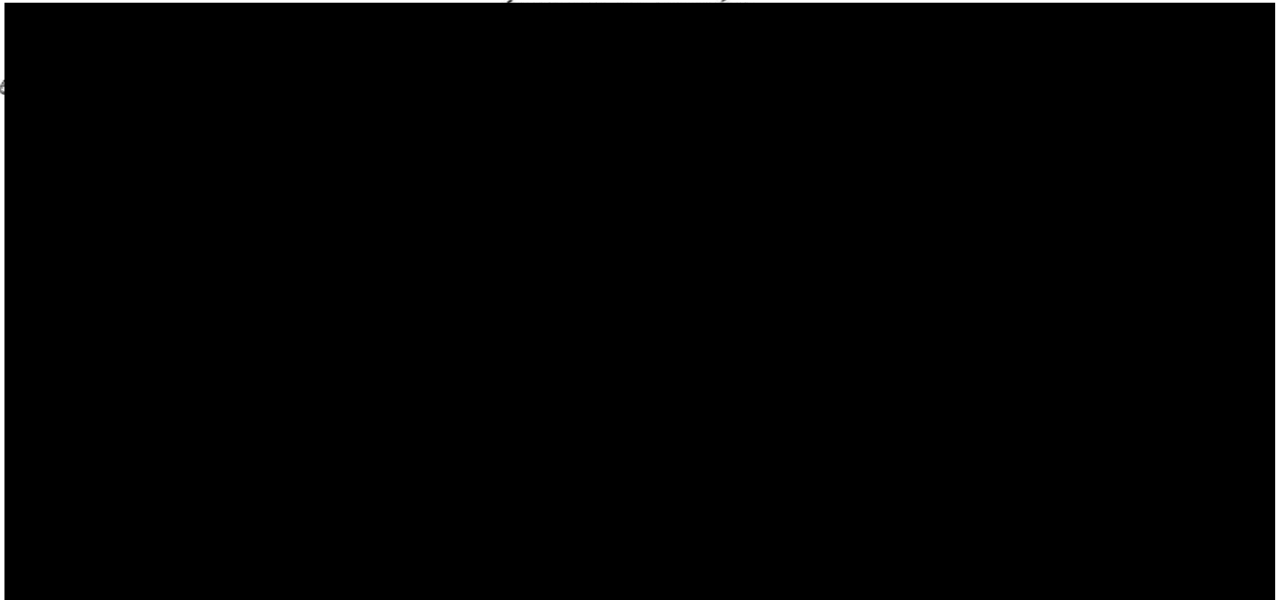
Montserrat Aballoy Pilante
Nombre Profesional
Terapeuta Ocupacional
Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Guillemira Lara	ID HOGAR	18401	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------	----------	-------	-------------------------------	--

Nº de sesión: <u>1</u>	Observaciones se realiza evaluación con Escala de Linton y Brody, Índice de Barthel y MOCA	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>22 de abril</u>		
Horario: <u>13:10</u>		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

37

Montserrat Aballa Pilcente
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.
Especialidad

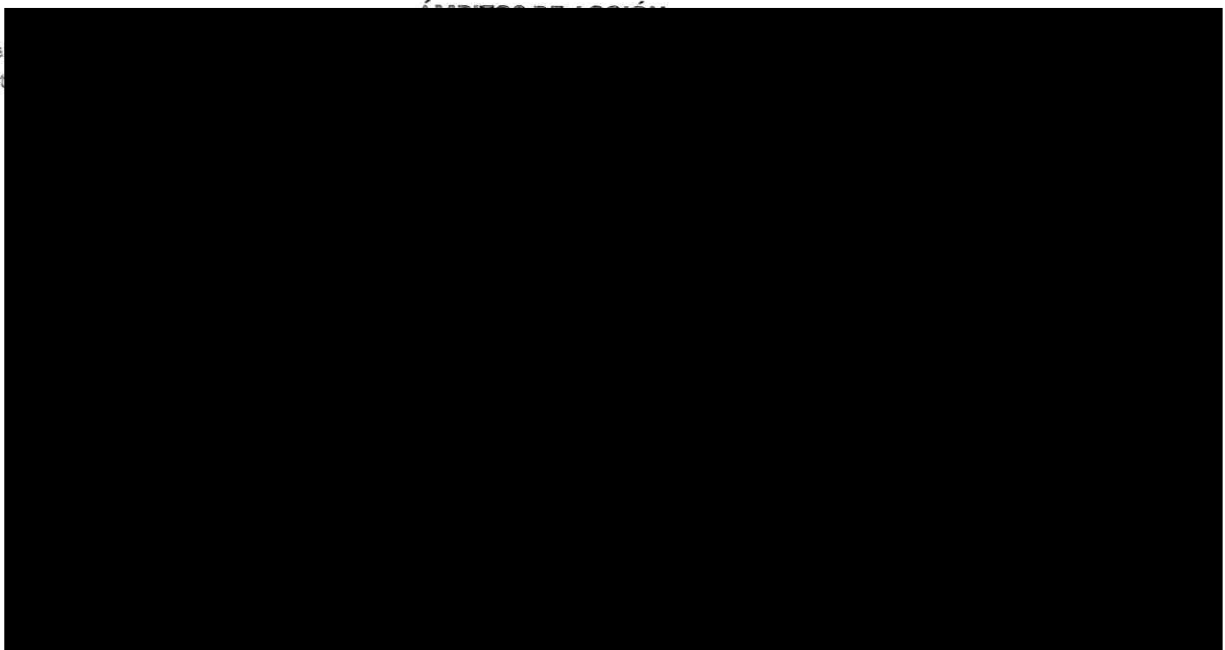
REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Luis Martinez ✓ ID HOGAR 15605 PSDF CP

N° de sesión: 1 Ámbito(s): E Fecha: 10 de abril Horario: 10:05 - 10:55	Observaciones Se realiza evaluación utilizando los puntajes de Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Pauta de MOCA. <p style="text-align: right;">Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
N° de sesión: 2 Ámbito(s): 1 Fecha: 14 de mayo ✓ Horario: 9:30	Observaciones Se realiza intervención a la cual se hace reconocimiento de la local inicial además de cálculo mental y orientación temporal. <p style="text-align: right;">Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones <p style="text-align: right;">Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones <p style="text-align: right;">Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>

1 Reha
6 Bienest



SSEE

FO SE 02

**Registro de atención
profesionales SS.EE.**
 PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

Nombre Profesional Monserrat Aballoy Pileante
Especialidad Terapia Ocupacional.

REGISTRO DE ATENCIÓN

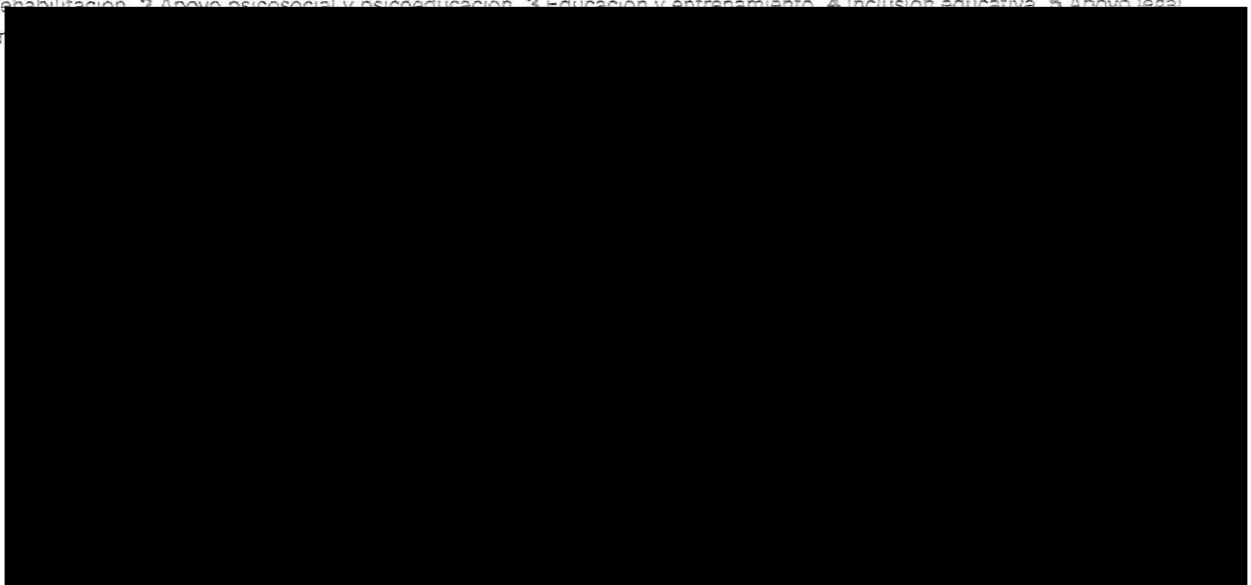
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Miguel Olmos ✓	ID HOGAR 44349	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
---	-----------------------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>22 de abril</u> ✓ Horario: <u>14:35</u>	Observaciones Se realiza evaluación utilizando Escala de Louisa y Brody Índice de Barthel y Pauta de MCCA. - se realiza actividades de cálculo y de Orientación espacial.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y emprendimiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal
6 Bienestar





Montserrat Aballa
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

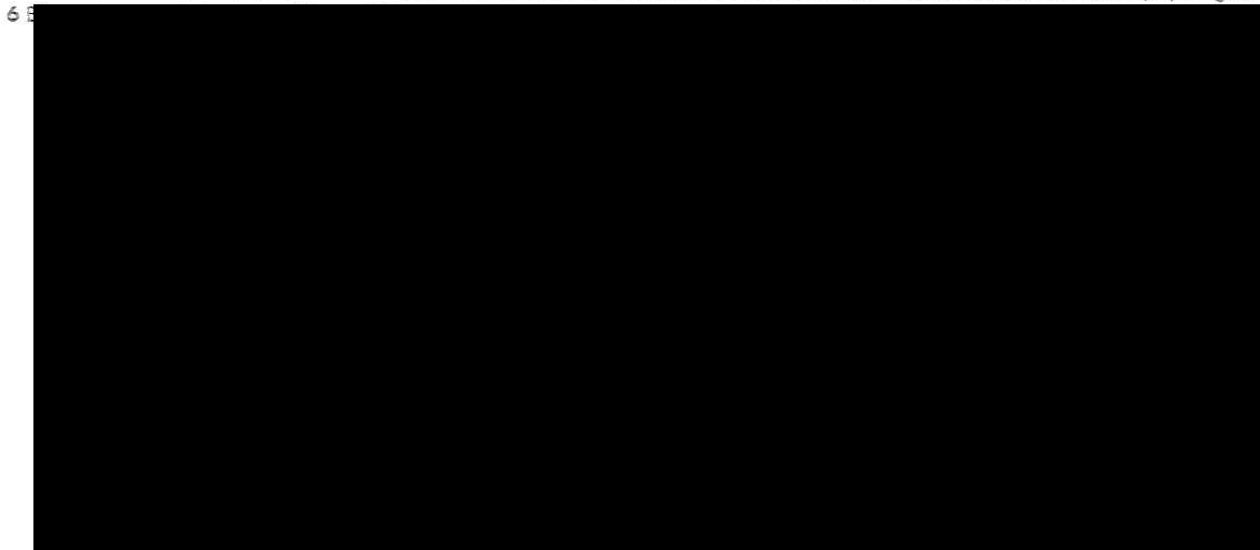
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Marcos catalan **ID HOGAR** 44341 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>5</u> Fecha: <u>29 de abril</u> Horario: <u>12:30</u>	Observaciones Se realiza evaluación con Escala de Lawton y Brody, Índice de Barthel y MOCA. Se le entrega material de orientación especial. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal,





Monserrot Aballoy Pilcente
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Jorge Diaz / ID HOGAR _____ PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>17 de abril</u> Horario: <u>12:00</u>	Observaciones Se realizó evaluación en la cual se utilizan puntos de Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Moca. Se realizó reconocimiento de imágenes Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>13 de mayo</u> Horario: <u>12:30</u>	Observaciones Se realiza intervención trabajando el reconocimiento de imágenes, con memoria a largo plazo, orientación espacial y motricidad fina Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación
6 Bienestar



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserat Abaluy Pilcente
 Nombre Profesional
 Terapia Ocupacional
 Especialidad

37

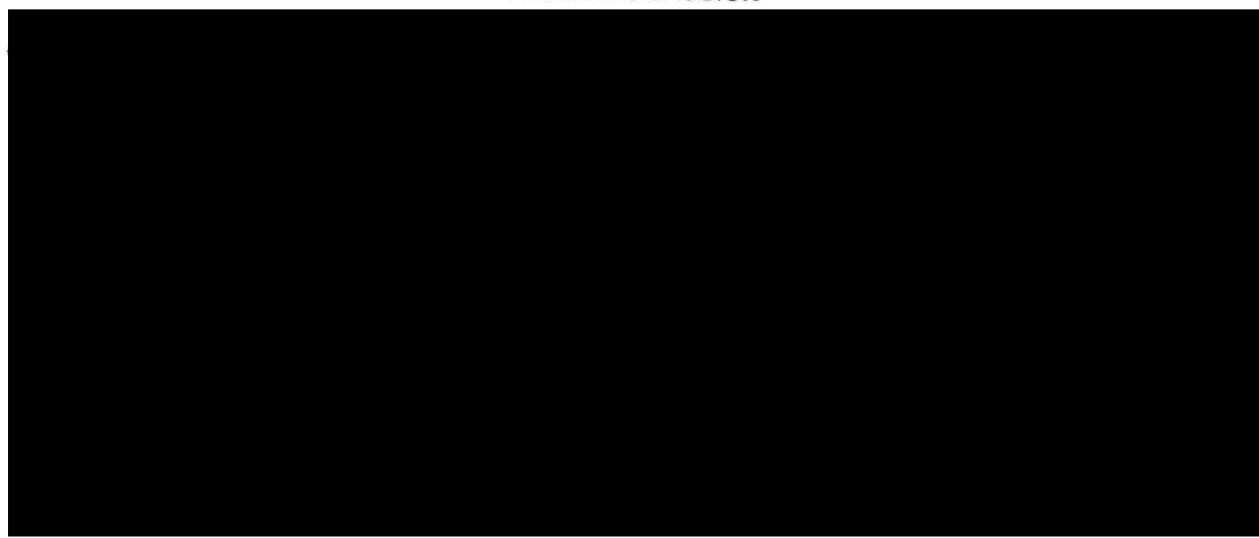
REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Rosalba Martinez ✓ ID HOGAR 15105 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E.</u> Fecha: <u>10 de abril 2025</u> Horario: <u>10:55 - 11:55</u>	Observaciones . Se realiza evaluación de índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Evaluación MOCA. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>14 de mayo</u> ✓ Horario: <u>10:15</u>	Observaciones Se realiza intervención de categorización, fluidez verbal y cálculo mental. Se trabaja además tolerancia a la frustración Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballar Aicante

Nombre Profesional

Terapia Ocupacional

Especialidad

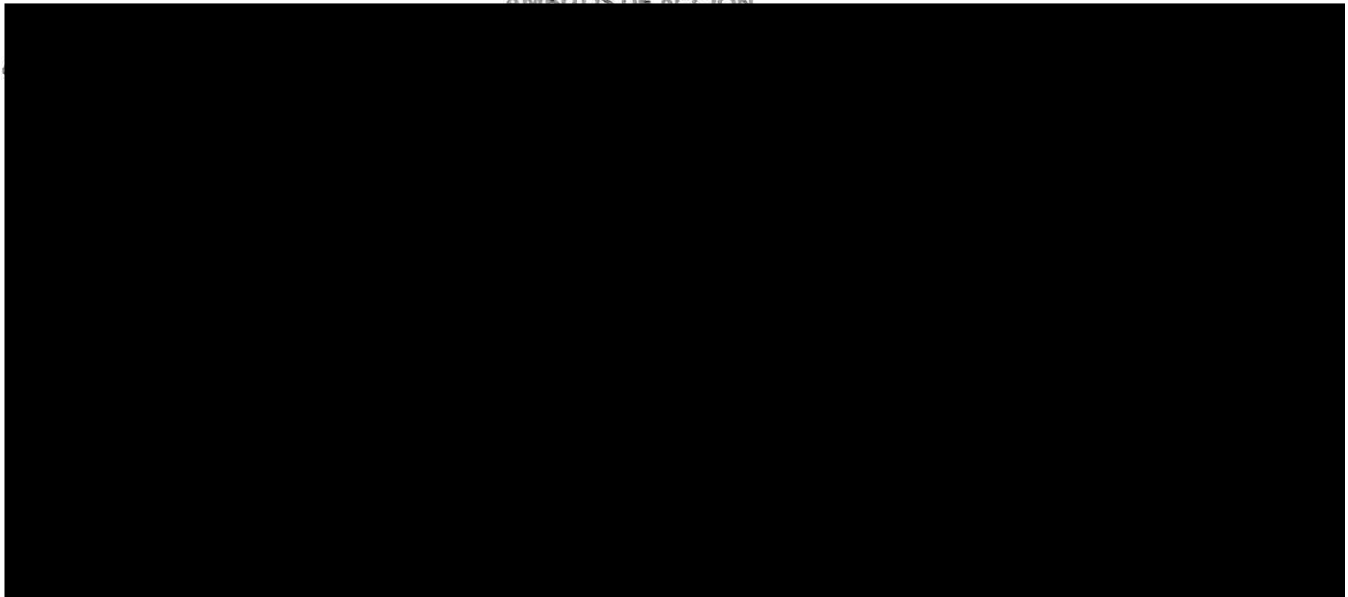
REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Teobaldo Altamirano ✓	ID HOGAR	10181	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------	----------	-------	--	-----------------------------

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>10 de abril</u> Horario: <u>9:00 - 10:00</u>	<p>Observaciones</p> <p>Se realiza evaluación del índice de Barthel, Escala de Loustan y Brody y evaluación MOCA.</p> <p>Se realiza actividad de reconocimiento de imágenes.</p>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>14 de mayo</u> ✓ Horario: <u>11:30</u>	<p>Observaciones</p> <p>Se realiza intervenciones en lo cual se trabajó la fluidez verbal, memoria a corto y largo plazo y orientación espacial.</p>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<p>Observaciones</p>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<p>Observaciones</p>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserat Aballay Pileante
 Nombre Profesional
 Terapia Ocupacional.
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Luis Velasquez ID HOGAR 44334 PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones Se realizó evaluación de Índice de Barthel, escala de Lawton y Brody y evaluación MOCA. Reconocimiento de verduras y sombras.
 Individual
 Grupal

Ámbito(s): E

Fecha: 10 de abril

Horario: 12:15 - 13:05

Nº de sesión: 2 Observaciones se realiza intervenciones, a lo cual se potenció un sistema de comunicación aumentativa, se trabaja orientación espacial, motricidad fina: Co-ordinación Automotor, tolerancia a la frustración.
 Individual
 Grupal

Ámbito(s): 2

Fecha: 14 de mayo

Horario: 12:35

Nº de sesión: Observaciones
 Individual
 Grupal

Ámbito(s):

Fecha:

Horario:

Nº de sesión: Observaciones
 Individual
 Grupal

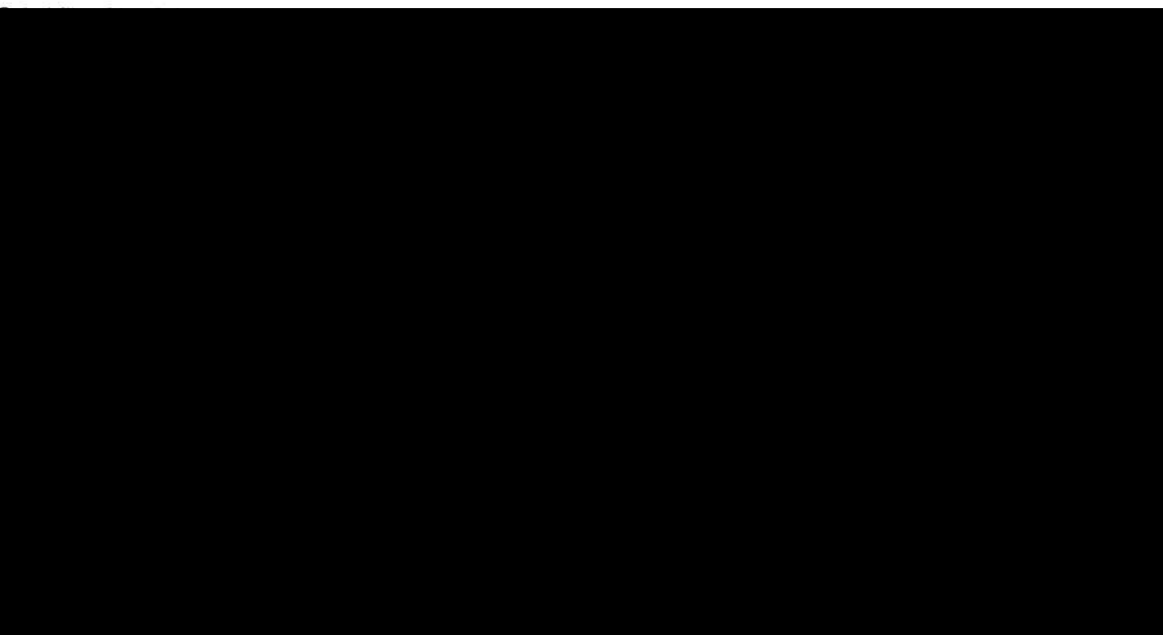
Ámbito(s):

Fecha:

Horario:

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1
6 B



gal,
ación



Monserat Aballar Picante.
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.
Especialidad

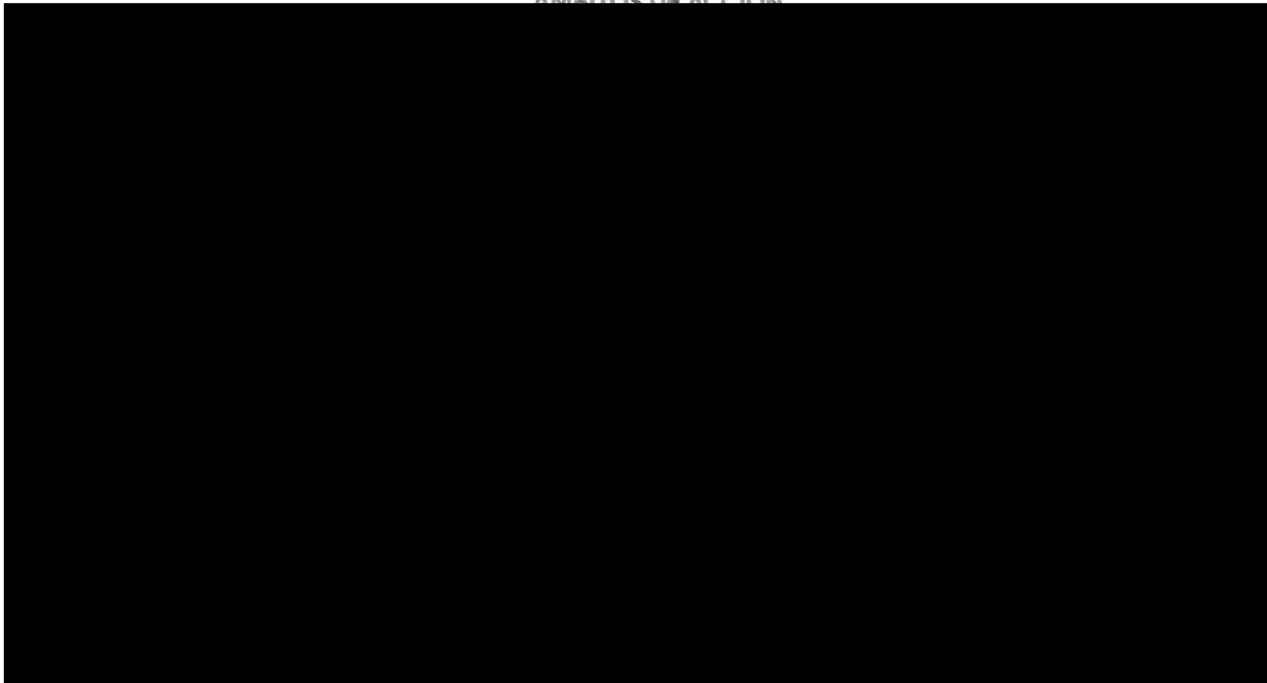
REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Ana Zapata / ID HOGAR 18623 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>10 de abril 2025</u> Horario: <u>14:00 - 15:00</u>	Observaciones <u>Se realiza evaluación con el Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Moco.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>14 de mayo /</u> Horario: <u>14:45 - 15:30.</u>	Observaciones <u>Se realiza intervención en la cual se trabaja categorización, coordinación oculo motor y espacial, seguimiento de patrones y fluidez verbal y memoria a corto plazo.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN



ión

SSEE

FO SE 02

**Registro de atención
profesionales SS.EE.**
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

Montserrat Aballay Picante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

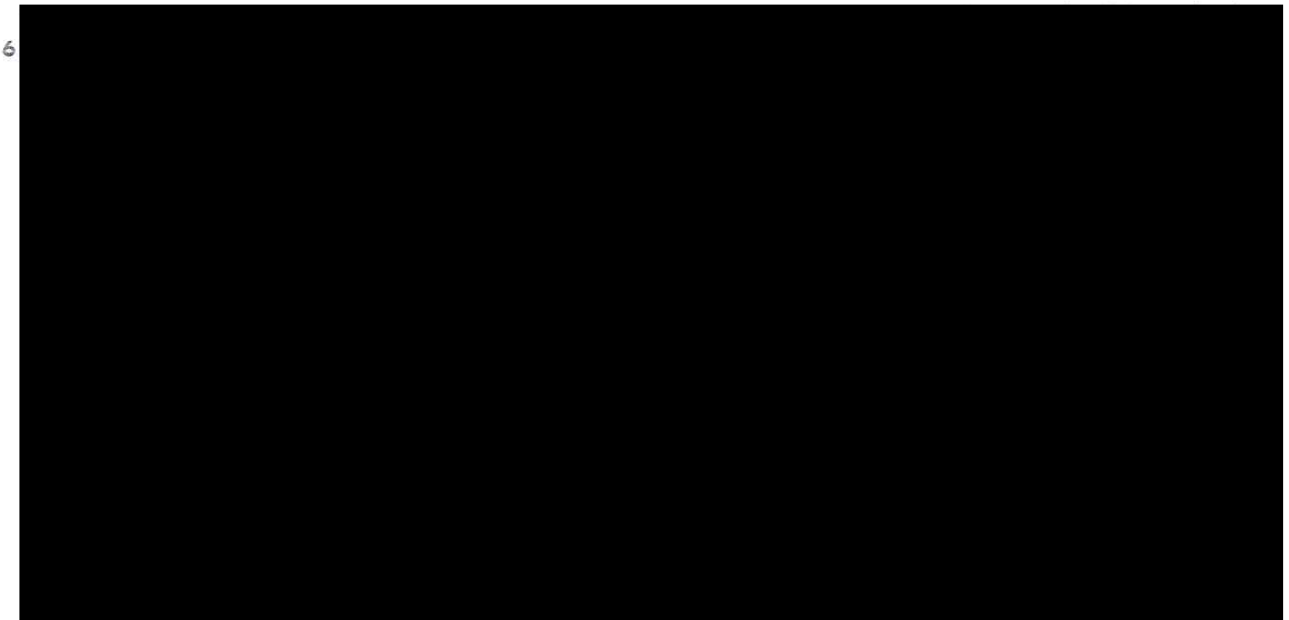
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Segundo Antonio González	ID HOGAR 18623	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
---	-----------------------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>10 de abril 2025</u> Horario: <u>13:10 - 14:00</u>	Observaciones Se realiza evaluación con pruebas de evaluación Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody. y MOC4.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2.</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>14 de mayo</u> Horario: <u>13:50 - 14:45</u>	Observaciones Se realiza intervención en la cual se trabaja coordinación visomotora, motricidad fina, orientación viso-espacial. y cálculo mental.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN



46

Montserrat Aballoy Pilante
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.
Especialidad

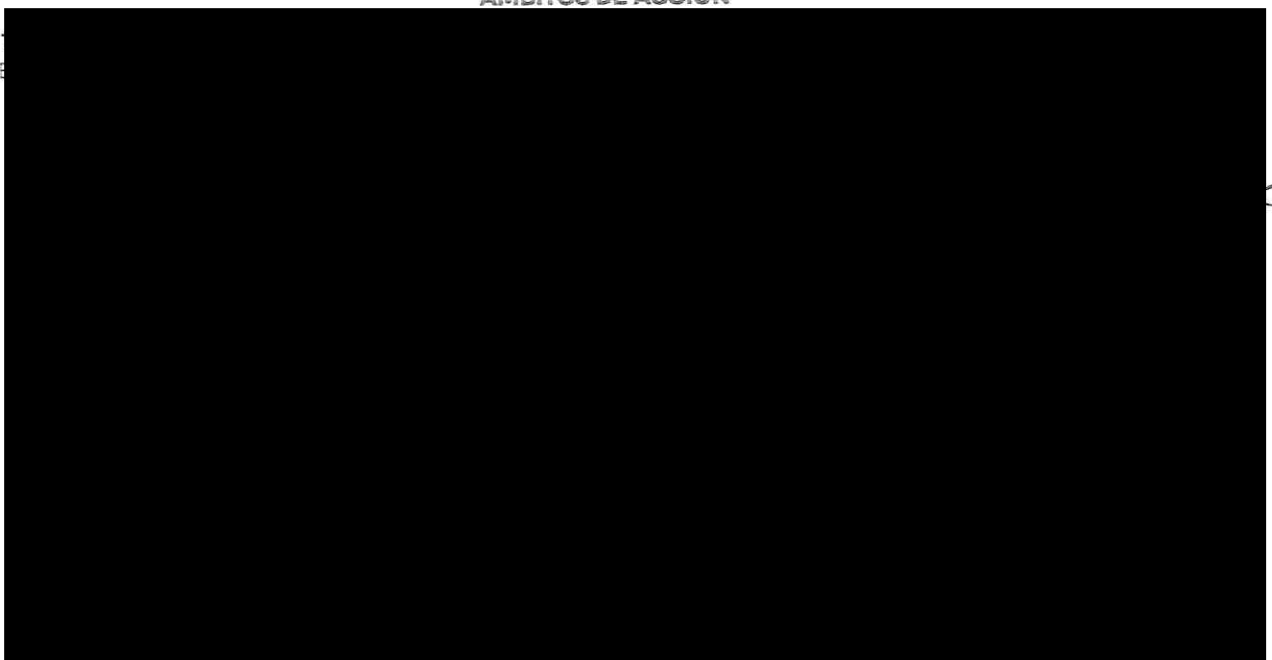
REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Ara Gutierrez ID HOGAR 18662 PSDF CP

<p>Nº de sesión: <u>1</u></p> <p>Ámbito(s): <u>E</u></p> <p>Fecha: <u>15 de abril</u></p> <p>Horario: <u>11:35 - 12:45</u></p>	<p>Observaciones <u>se realiza evaluación. con escala de Lawton y Brody - Índice de Barthel y drcocA.</u></p> <p>Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
<p>Nº de sesión: <u>2</u></p> <p>Ámbito(s): <u>1</u></p> <p>Fecha: <u>7 de mayo</u></p> <p>Horario: <u>11:00</u></p>	<p>Observaciones <u>se realiza actividad de Orientación especial, seguimiento de instrucciones. Se realiza estimulación cognitiva con fluidez verbal.</u></p> <p>Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
<p>Nº de sesión: _____</p> <p>Ámbito(s): _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Horario: _____</p>	<p>Observaciones _____</p> <p>Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
<p>Nº de sesión: _____</p> <p>Ámbito(s): _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Horario: _____</p>	<p>Observaciones _____</p> <p>Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

43

Montserrat Abella Pizarro
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

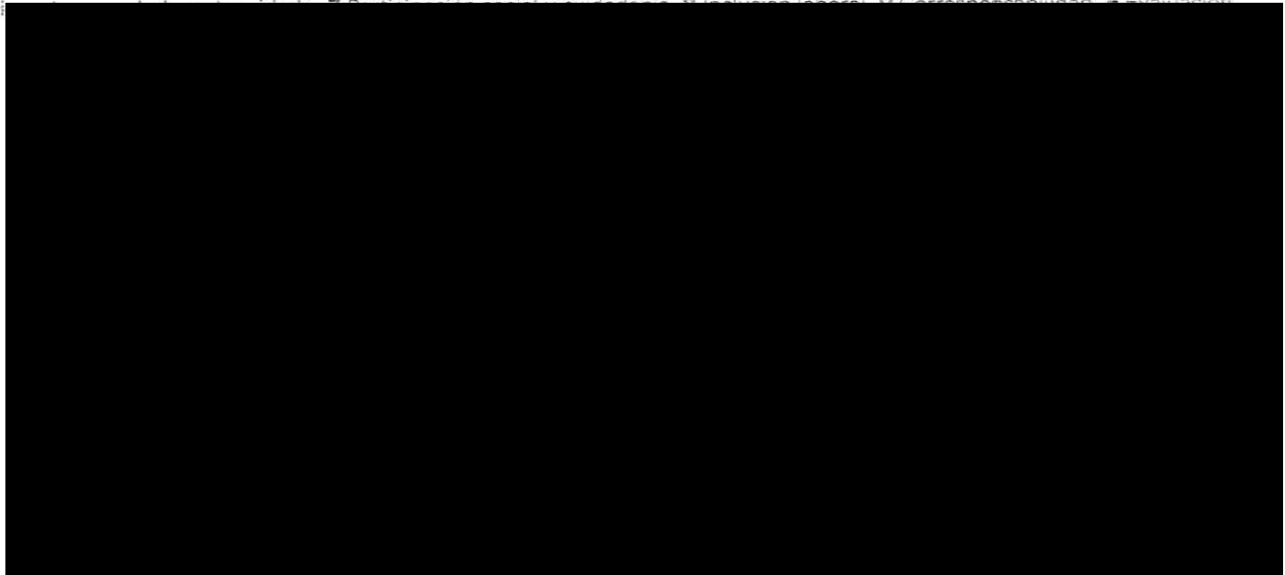
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A León Polanco ID HOGAR 44330 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de abril</u> Horario: <u>11:45</u>	Observaciones <u>se realiza evaluación en pauta de Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 B, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Gobierno de Chile

PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballay

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

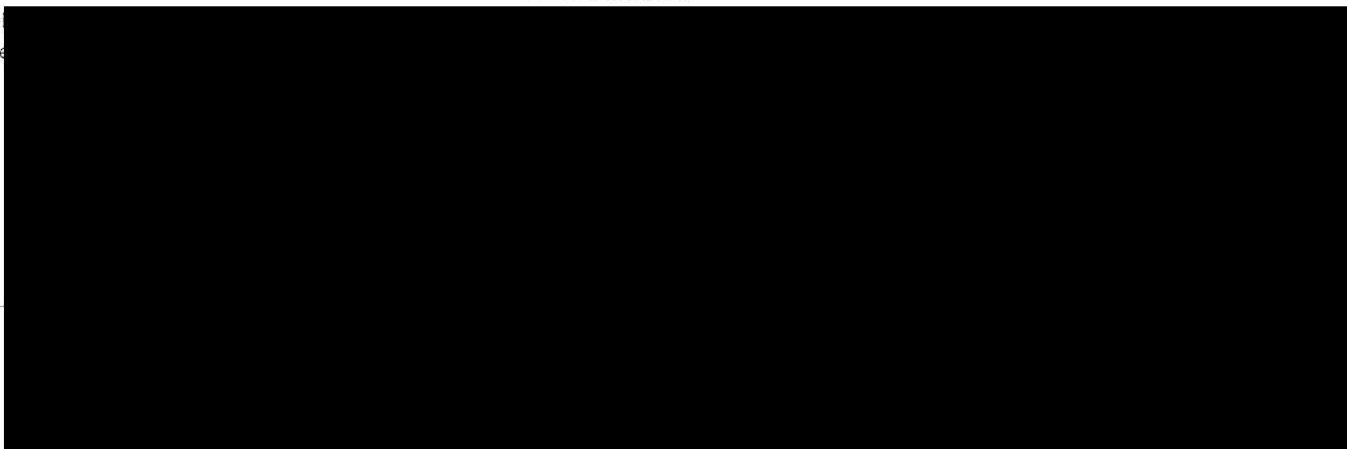
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Manuel Narando ✓	ID HOGAR	18622	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------	----------	-------	--	-----------------------------

Nº de sesión: 1	Observaciones - se realiza evaluación en escuela de Guiton y Brody, Inelice de Barthel y MCAF. - se realiza actividad de motricidad Fino y Rojo.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): E		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: 29 de Abr. 1		
Horario: 10:00		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Re
6 Bien



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Gobierno de Chile

PROGRAMA

Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballay

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

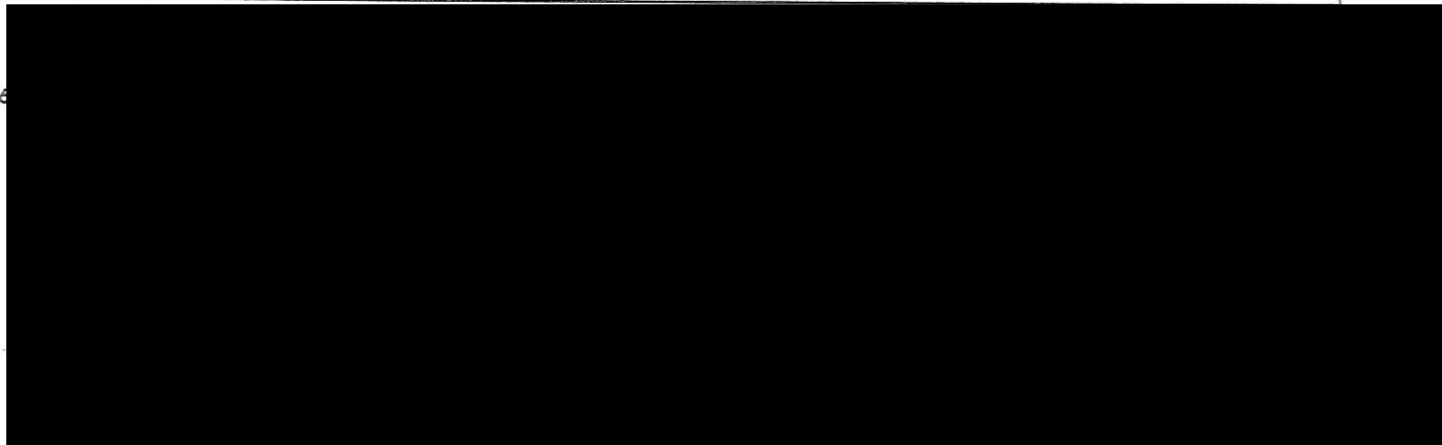
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Maria Nuñez ✓	ID HOGAR	10193	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	---------------	----------	-------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>13 de mayo</u> Horario: <u>12:20</u>	Observaciones se realizó psicoeducación a la usuaria re, situaciones de riesgo, se le entregó un libro a seguir si la lesión se llegara a afectar, se recalca la importancia de si genera molestias o dolor	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Gobierno de Chile

PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Anabella Pilarte

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

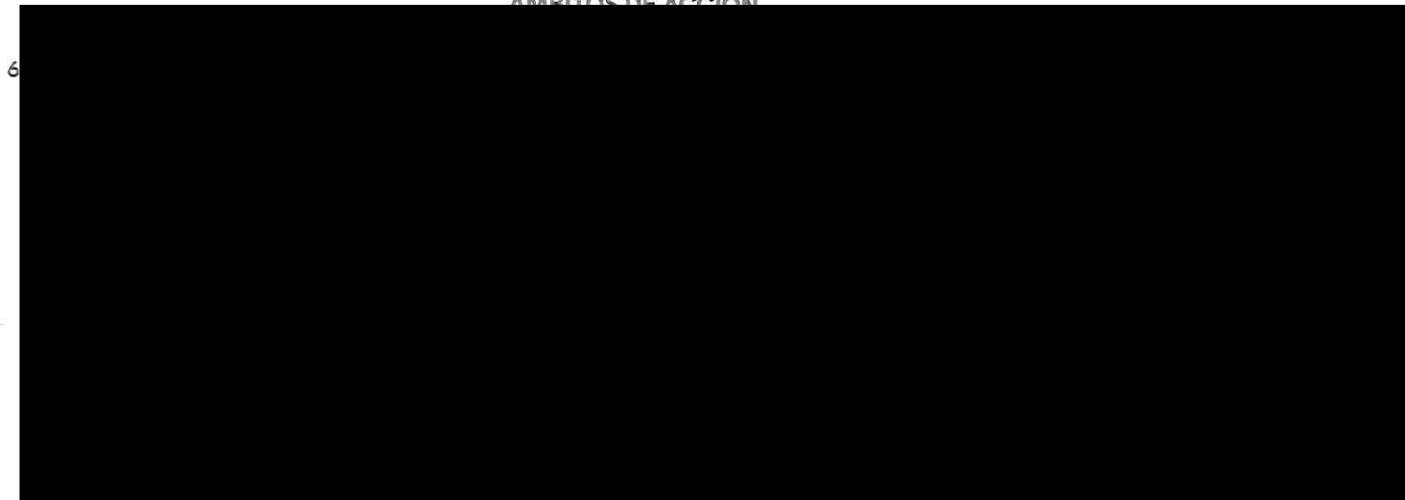
REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Alicia Lepe Lepe ✓	ID HOGAR	18621	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------	-----------------	-------	--

Nº de sesión: <u>1</u>	Observaciones Se realiza evaluación con puntas de índice de Barthel, escala de Lawton y Brody y Moca.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>16 de abril</u>		
Horario: <u>13:35.</u>		
Nº de sesión: <u>2</u>	Observaciones se realiza contenido objetivo a duelo, se conversa sobre sus dolores y diagnósticos. se trabaja categorización	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>2</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>16 de mayo</u> ✓		
Horario: <u>13.10.</u>		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN



al

SSEE
FO SE 02
Registro de atención profesionales SS.EE.



Ministerio de Desarrollo Social y Familia
 Gobierno de Chile

PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballoy Pileante
 Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.
 Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

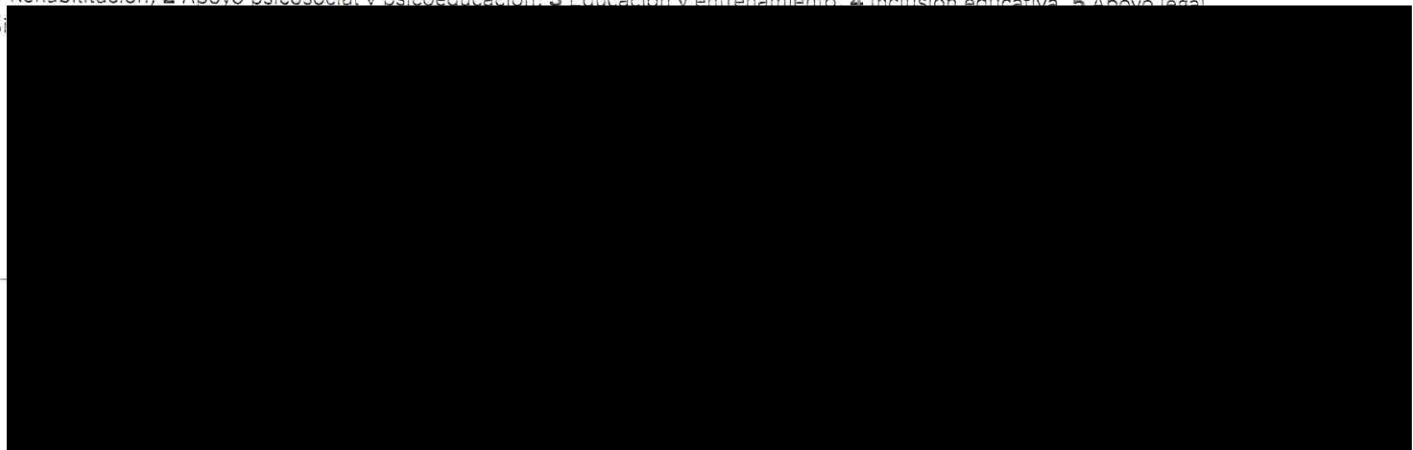
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Margarita Arroyo ✓ **ID HOGAR** 10 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>23 de abril</u> ✓ Horario: <u>10:15 -</u>	Observaciones Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza evaluación a la cuidadora se utiliza la evaluación de Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Evaluación MOCA.
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>16 de mayo</u> ✓ Horario: <u>12:05</u>	Observaciones Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza intervención en la cual se trabaja orientación espacial, memoria a corto y a largo plazo.
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación, 2 Apoyo psicosocial y psicoeducación, 3 Educación y entrenamiento, 4 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal, 6 B...



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Gobierno de Chile

PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballeo Pileante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Evaristo Cea ✓	ID HOGAR	19261	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
------------------------------	----------------	-----------------	-------	--

Nº de sesión: <u>1</u>	Observaciones Se realizó evaluación con instrumento de MORA, Índice de Barthel y escala de Louton y Brody. Se realizó actividades de orientación espacial.	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>16 de abril</u>		
Horario: <u>12:50</u>		

Nº de sesión: <u>2</u>	Observaciones Se realizó intervención en la cual se trabajó, motricidad fina, orientación espacial, fluidez y velocidad en el labio, tolerancia a la frustración y categorización.	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1</u>		Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha: <u>16 de mayo</u>		
Horario: <u>11:15</u>		

Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

1 Ref
6 Bien

SSEE
FO SE 02

Ministerio de Desarrollo Social y Familia
GOBIERNO DE CHILE

PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

Registro de atención profesionales SS.EE.

Monserrat Aballos Pilcoate
Nombre Profesional

Terapia Ocupacional
Especialidad

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Leonides Barrero ✓ ID HOGAR 19261 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>16 de abril</u> Horario: <u>12:10.</u>	Observaciones Se realiza evaluación con instrumento de MOCA, Escala de Lawton y Brody e Índice de Barthel. • Dinámica de orientación espacial. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>16 de mayo</u> ✓ Horario: <u>10:35</u>	Observaciones Se realiza intervención en la cual se trabaja la orientación espacial, tolerancia a la frustración, categorización y flexibilidad verbal. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Rehabilitación
6 Bienes



SSEE
FO SE 02
Registro de atención profesional SS.EE.



PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballay Pilcante
 Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A Juan Arenas. ✓ **ID HOGAR** 55521 **PSDF** **CP**

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>23 de abril ✓</u> Horario: <u>11:30</u>	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> - se realiza evaluación con Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody. - se realiza actividad de reconocimiento de imágenes
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>16 de mayo. ✓</u> Horario: <u>14:20.</u>	Observaciones Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza intervención en la cual se trabaja reconocimiento de imágenes, motricidad fina en la mano dominante, Alcance, Postorno.
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

1 Reha
 6 Bienes