



INFORME DE PAGO MENSUAL

Funcionario: Patricia Martínez Rubilar

Cargo: Podóloga y Terapeuta de terapias complementarias
Mes correspondiente: Junio 2025

Cometidos solicitados según contrato:

DESCRIPCIÓN DE COMETIDOS:

- Entregar servicios domiciliarios de podología y terapias complementarias, incluyendo los insumos necesarios para esta labor, a los usuarios asignados por el programa Red Local de Apoyo y Cuidados, entregando un informe mensual con los registros de asistencia de cada domicilio.
- Se realiza educación al usuario y/o cuidador sobre la onicotomía, patologías de pie, hidratación de la piel y hábitos de higiene.

Calendario del mes de Junio, se adjuntan registro de atención.

| LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|------------------------------------|---|--|--|--|---|---|
| | | | | | | 01 Elizabeth Reyes María Allende Mónica Vásquez Blanca González |
| 02 Ana Zapata Claudina Opazo | 03 | 04 Elizabeth Peña Rafael San Martín Vicente Pineda Ana Alicia González | 05 Marco Catalán Patricia San Martín | 06 Mercedes Cayuqueo Ana Gutiérrez | 07 Gloria Neira Jorge Díaz Andrea Díaz María Inés Alfaro | 08 María Sonia Riveros Margarita Moripangue Carmen Neira Angela Navarrete |
| 09 | 10 Silvia Fuentes Miguel Fuentes Juan Arenas Miguel Olmos | 11 María Garay Yolanda Padilla | 12 | 13 Eduardo Molina Segundo González María Nuñez Alicia Díaz | 14 Nadia Flores Olivia Lazo Hipólito Guajardo Olivia San Martín | 15 Rosa Reyes Lucinda Fuenzalida Teresa González |
| 16 | 17 | 18 Simón Sepúlveda Ximena Seguel | 19 | 20 Feriado | 21 | 22 |



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

04



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

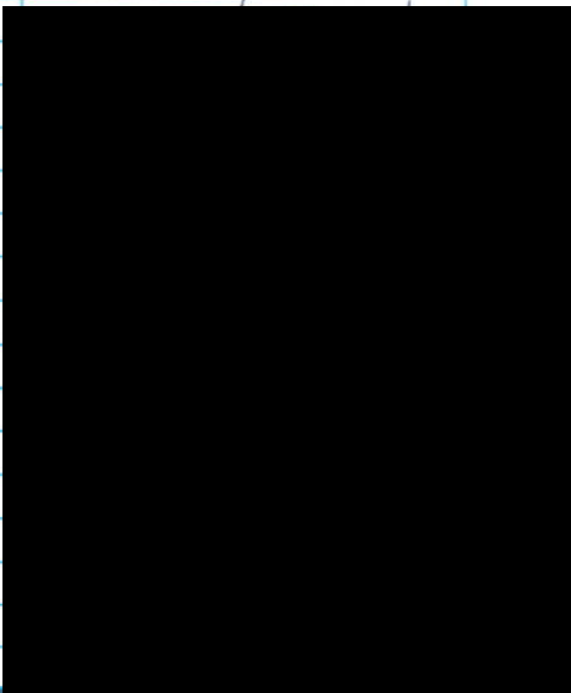
Fecha: 06/06/2025.
 Hora: 13⁰⁰.
 Comuna: Padre Hurtado
 Lugar de realización: Oficina Kepler



Red Local de Apoyos y Cuidados

Participantes

| Nombre Apellido | Cargo, institución o Programa | Correo electrónico |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|
| Anais Navarrete. | Coordinadora SAD. | |
| Patricia Martinez. | AC y pedagoga | |
| Ronice Rivera | AC | |
| Johanna Rutis | AC | |
| Constanza Gonzalez | AC | |
| Constanza Soto. | AC | |
| Lena Canino. | AC | |
| Hellen Fuentes | TENS | |
| Alondra LFno. | AC | |
| Belen Lizama | AC | |
| Camilo Donaire. | Kinesidlogia. | |
| Marcos Behamondes | Kinesidloga | |
| Cristopher Morales. | Gestor Comunitario | |
| Sebastian Hotz | Psicologo | |
| Monserrat Aballay | Terapeuta ocupacional. | |
| Hernan de Quesne. | Coordinador PRAC. | |



| N° | Temas a tratar en reunión |
|----|--|
| 1 | gestión de casos y derivaciones |
| 2 | Reforzar lineamientos de programa. |
| 3 | Salvavidua de materiales cognitivo para SAD. |
| | |
| | |

Desarrollo

| N° | Acuerdos / compromisos | Responsable | Plazo |
|----|------------------------|-------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Raice Martinez R

Nombre Profesional

Raice / Profesor de Montar

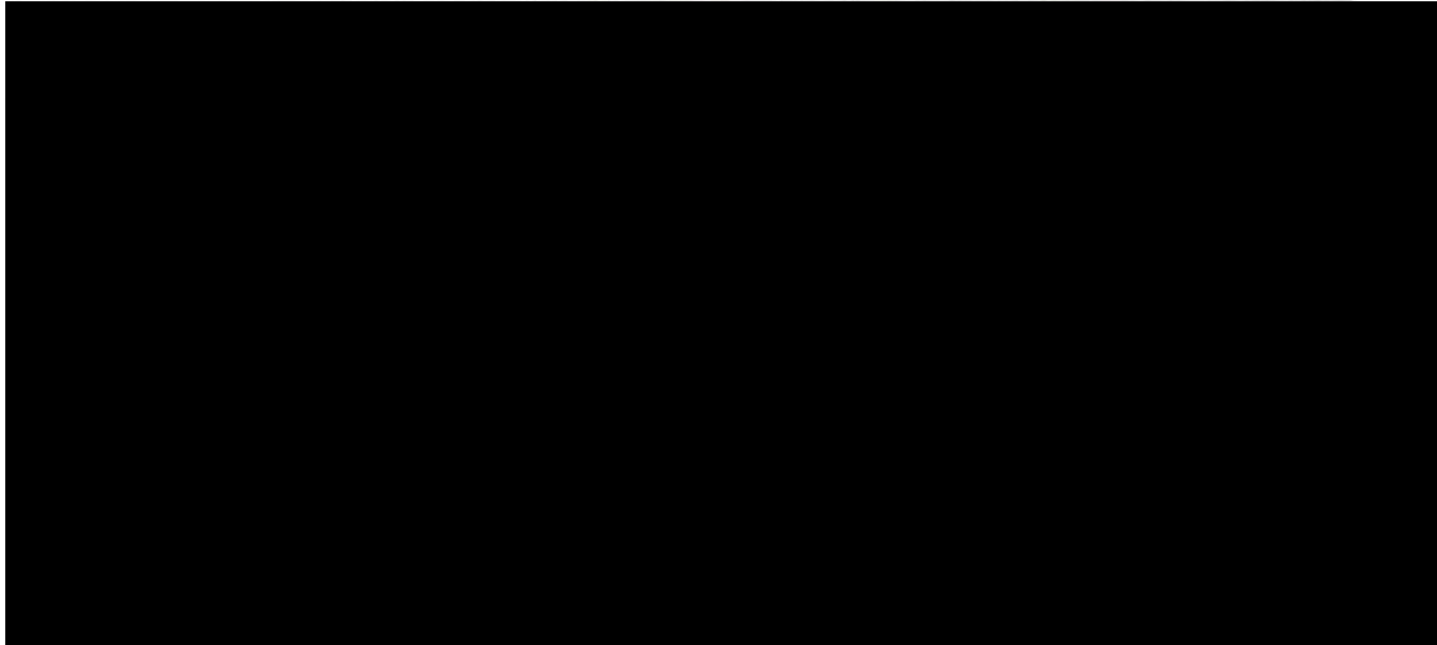
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A Simon Sepulveda S ID HOGAR _____ PSDF CP

| | | |
|--|---|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>02/01/2025</u> Horario: <u>18⁰⁰</u> | Observaciones <u>Indicaciones plantas onicobisis</u> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>4</u> Fecha: <u>08/02/2025</u> Horario: <u>16⁰⁰</u> | Observaciones <u>Indicaciones plantas onicobisis</u> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>07/03/2025</u> Horario: <u>16⁰⁰</u> | Observaciones <u>Onicobisis plantas</u> | Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>18/06/2025</u> Horario: <u>16⁰⁰</u> | Observaciones | Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |



SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.



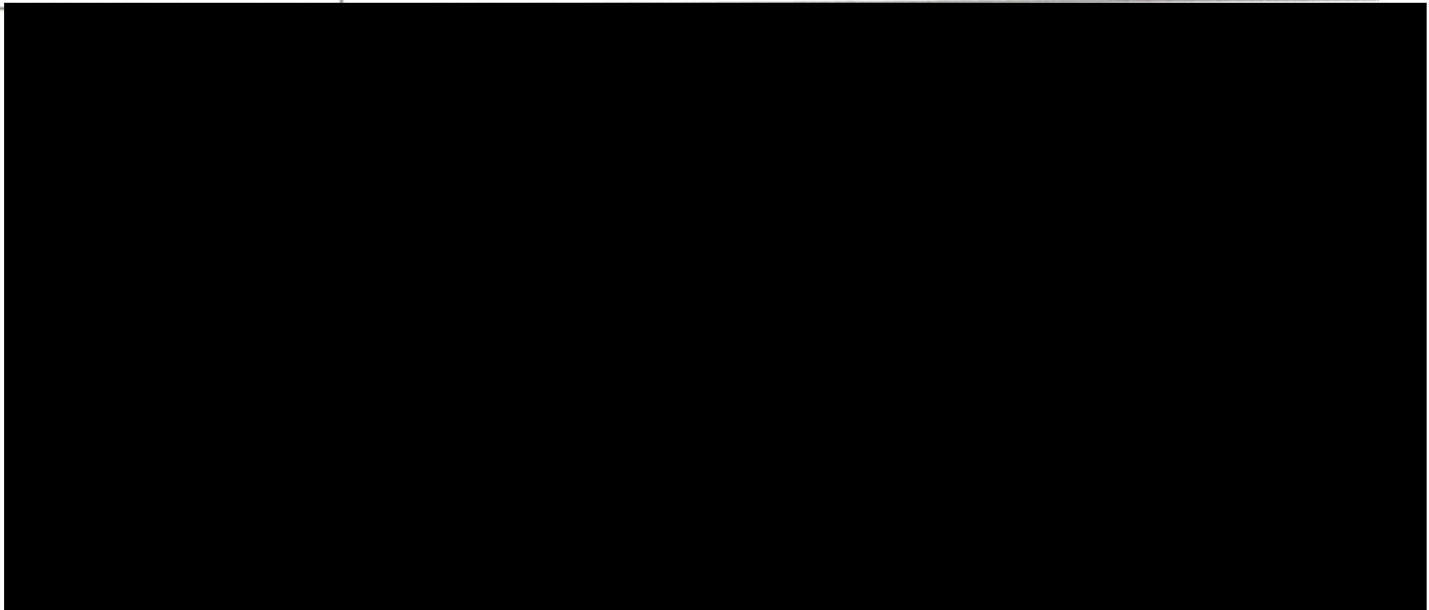
PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

| |
|--|
| <i>Petrona Matinez R</i> |
| Nombre Profesional |
| <i>Psicología / Terapia Complementaria</i> |
| 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 | | ID HOGAR | PSDF <input type="checkbox"/> | CP <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------|--|---|-------------------------------|--|
| <i>Ximena Seguel</i> | | | | |
| Nº de sesión: <u>1</u> | Observaciones <i>Deshidratación - plantas unión café</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> | | |
| Ámbito(s): <u>6</u> | | | | |
| Fecha: <u>02/01/2025</u> | | | | |
| Horario: <u>19⁰⁰</u> | | | | |
| Nº de sesión: <u>2</u> | Observaciones <i>Cas meto logia (Deshidratación - facial)</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> | | |
| Ámbito(s): <u>6</u> | | | | |
| Fecha: <u>08/02/2025</u> | | | | |
| Horario: <u>17⁰⁰</u> | | | | |
| Nº de sesión: <u>3</u> | Observaciones <i>Masaje relajación (espalda)</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> | | |
| Ámbito(s): <u>4</u> | | | | |
| Fecha: <u>01/03/2025</u> | | | | |
| Horario: <u>10⁰⁰</u> | | | | |
| Nº de sesión: <u>4</u> | Observaciones <i>Masaje relajación (espalda)</i> | Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> | | |
| Ámbito(s): <u>6</u> | | | | |
| Fecha: <u>18/06/2024</u> | | | | |
| Horario: <u>17⁰⁰</u> | | | | |



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez R
 Nombre Profesional

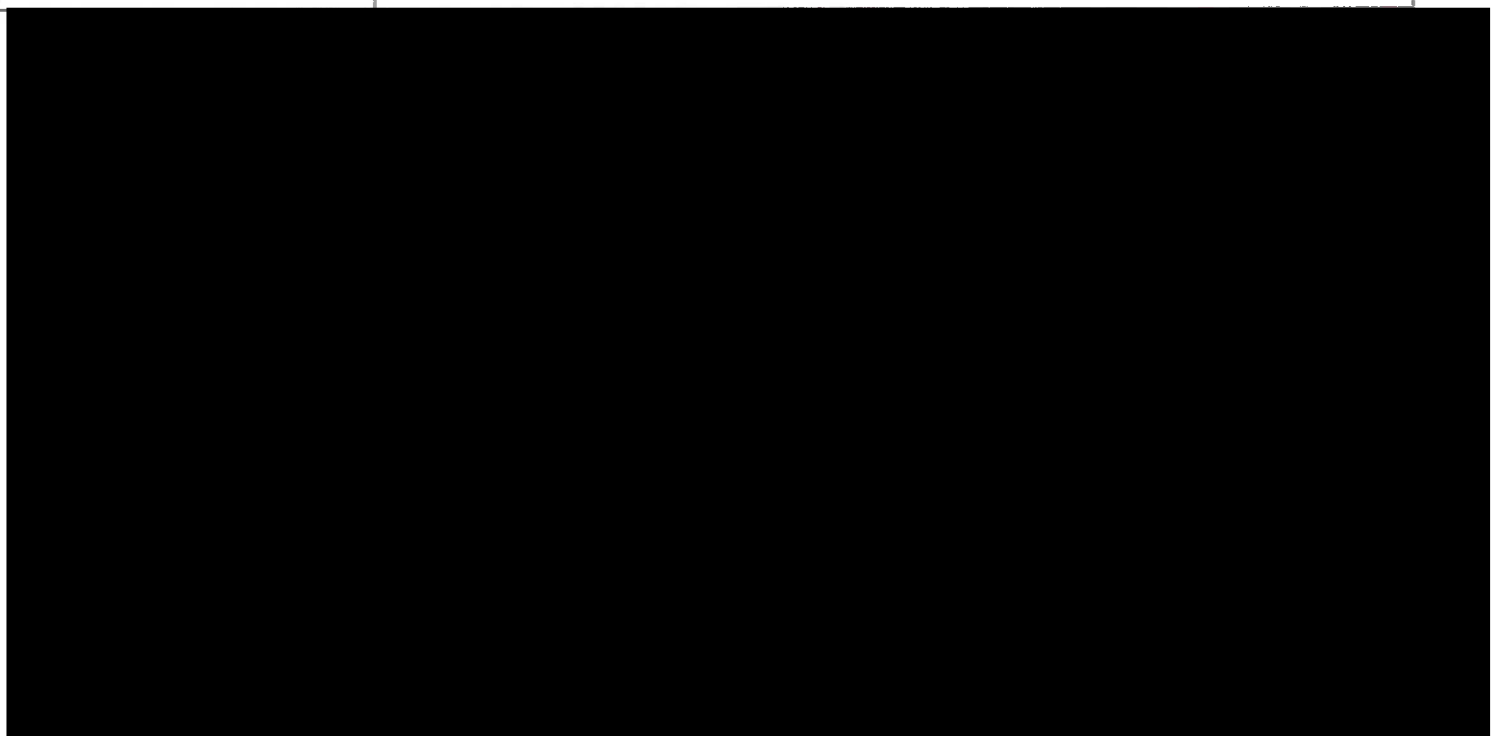
Podología / Terapia Complementaria
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A: *Elizabeth Reyes* ID HOGAR: _____ PSDF CP

| | |
|---|--|
| N° de sesión: <u>1</u> Ambito(s): <u>6</u> Fecha: <u>01/06/2025</u> Horario: <u>12^o</u> | Observaciones <i>Podología (didáctica para fecul)</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |



SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.



PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Feliciana Martínez R
Nombre Profesional

Podología / Terapia Comunitaria
Especialidad

09

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.

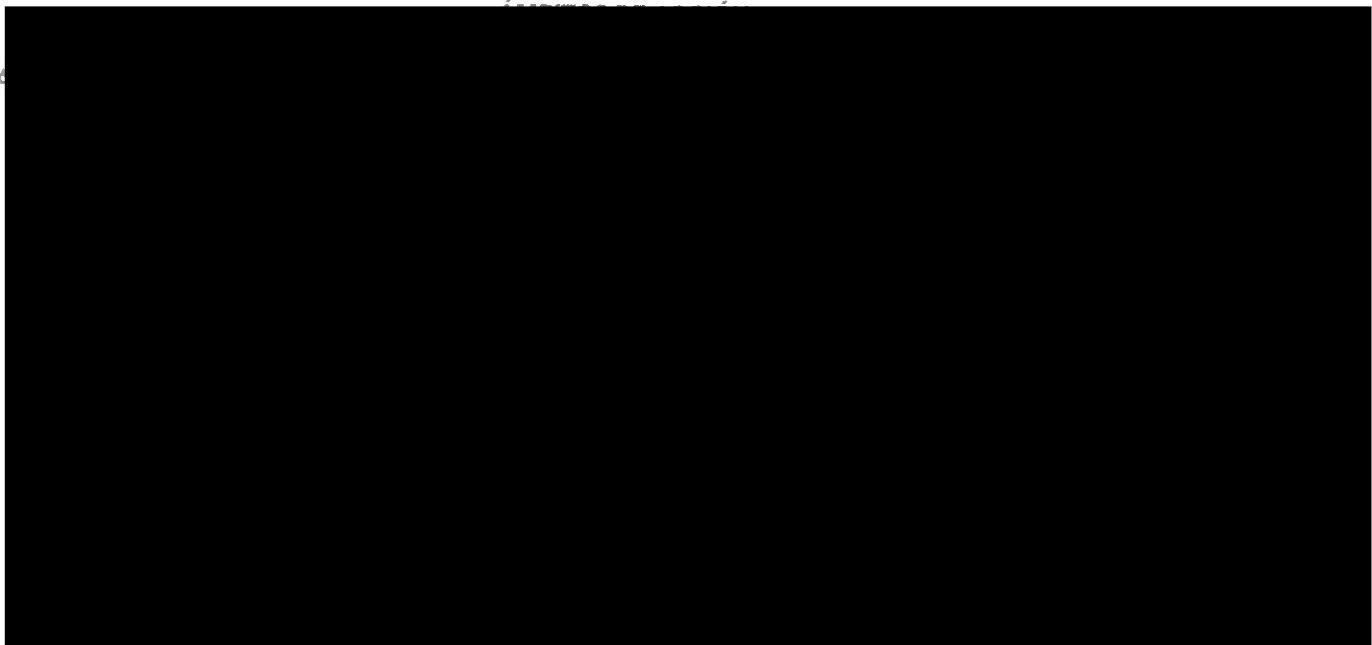
| | | | |
|-----------------------|-------------------------|----------|--|
| NOMBRE BENEFICIARIO/A | <i>Mario Alvarado ✓</i> | ID HOGAR | PSDF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------|-------------------------|----------|--|

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Nº de sesión: <u>1</u> | Observaciones <i>Podología (hidroterapia facial)</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ámbito(s): <u>4</u> | | Grupal <input type="checkbox"/> |
| Fecha: <u>01/06/2025 ✓</u> | | |
| Horario: <u>13⁰⁰</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

Patricia Martínez R
 Nombre Profesional
Psicóloga / Psicopedagoga
 Especialidad

db

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 *Maurice Vazquez B.* ID HOGAR _____ PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones *Psicología (biométrica-famil)* Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 01/06/2028
 Horario: 14²⁴

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

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

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

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Peterson Martínez 12
 Nombre Profesional

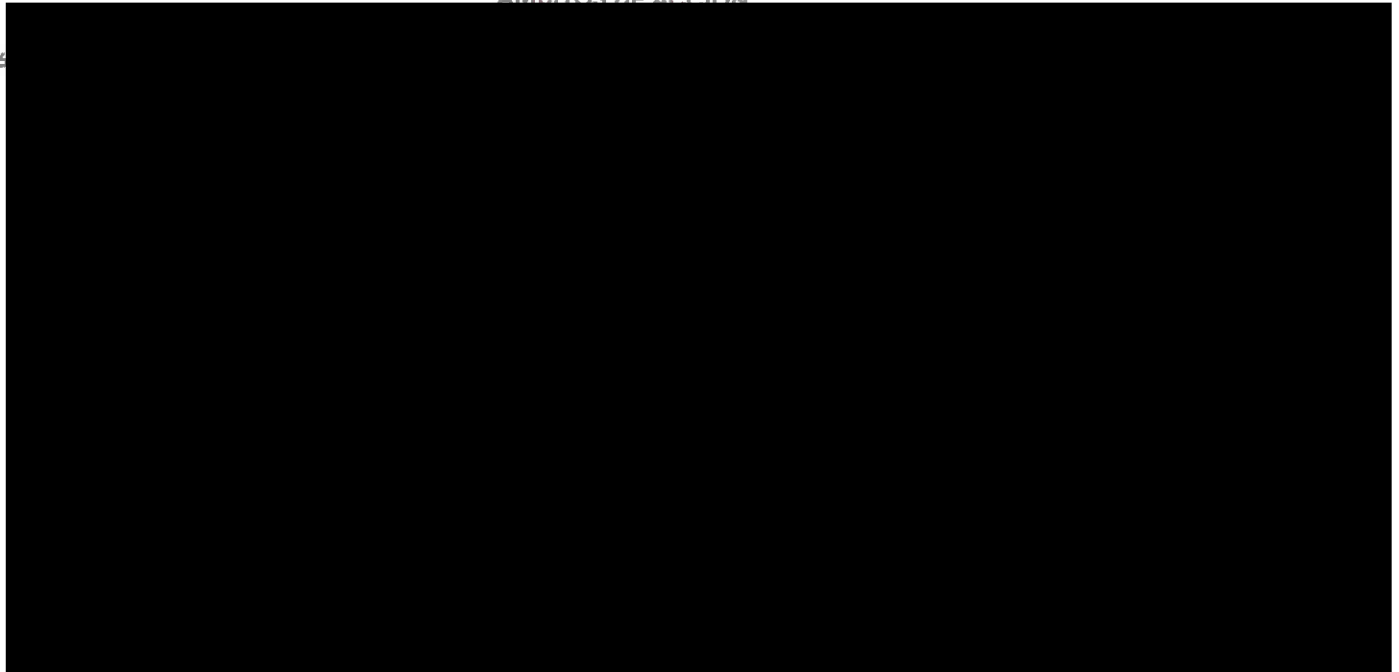
Psicología / Terapia Complementaria
 Especialidad

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 <i>Yolanda González</i> | | ID HOGAR | PSDF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>01/06/2021</u> Horario: <u>15⁰⁰</u> | Observaciones <i>Psicología (Evaluación inicial)</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



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Peterson Martínez R
 Nombre Profesional
Psicólogo / Terapia Complementaria
 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 *Miguel Oliva ✓* ID HOGAR *44349* PSDF CP

Nº de sesión: 5 Observaciones *laminas encarnadas 1º atepj* Individual
 Ámbito(s): 6 *ambos pies* Grupal
 Fecha: 14/05/2025 *de planificación - atención - control*
 Horario: 16^h *Outcomos ✓*

Nº de sesión: 6 Observaciones *laminas encarnadas 1º atepj* Individual
 Ámbito(s): 6 *ambos pies* Grupal
 Fecha: 10/06/2025 *de planificación - atención - control*
 Horario: 15^h *ambos pies de planificación 1º atepj y ambos pies ✓*
Outcomos ✓

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

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

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez P
 Nombre Profesional
Podóloga / Terapeuta Complementaria
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

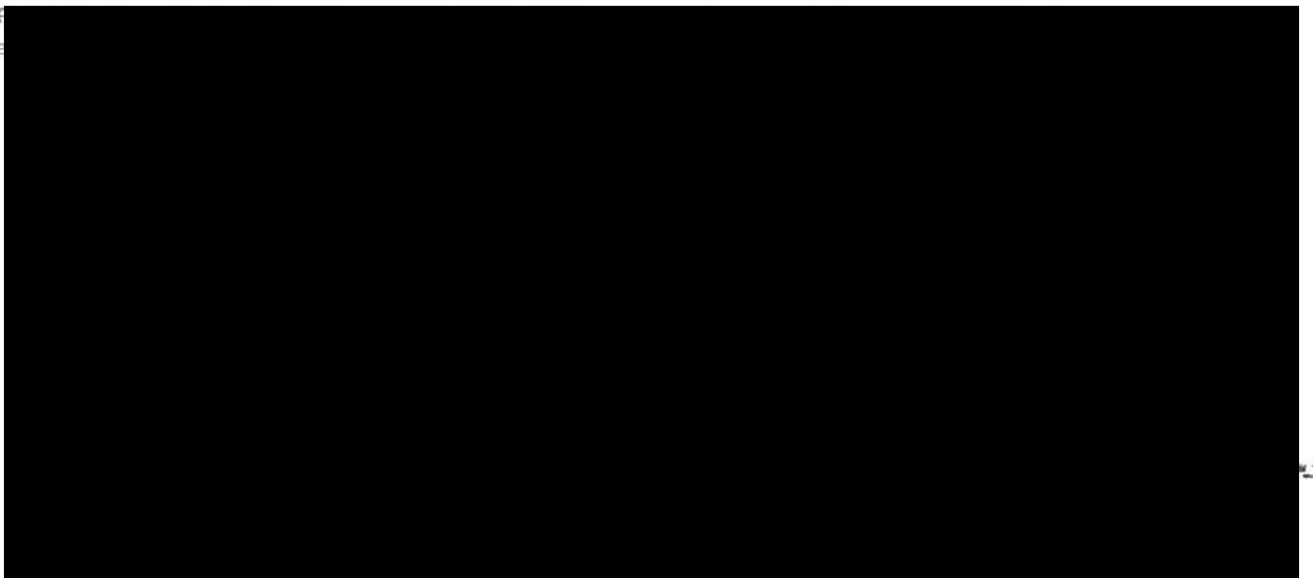
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A: *Yovita García Bazañez* ID HOGAR: _____ PSDF CP

| | |
|---|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ambito(s): <u>6</u> Fecha: <u>17/06/2025</u> Horario: <u>16^a</u> | Observaciones <i>Masaje relajación espalda</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1
6



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Petiver Martinez R
 Nombre Profesional

Podología / Terapia Complementaria
 Especialidad

18

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 Manuel B* ✓ ID HOGAR: _____ PSDF CP

Nº de sesión: 5 Observaciones: *Unicomprobi ✓
 Masaje u- interdigital
 Solicitud u- calceos* Individual
 Grupo
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 09/05/2025
 Horario: 18^h

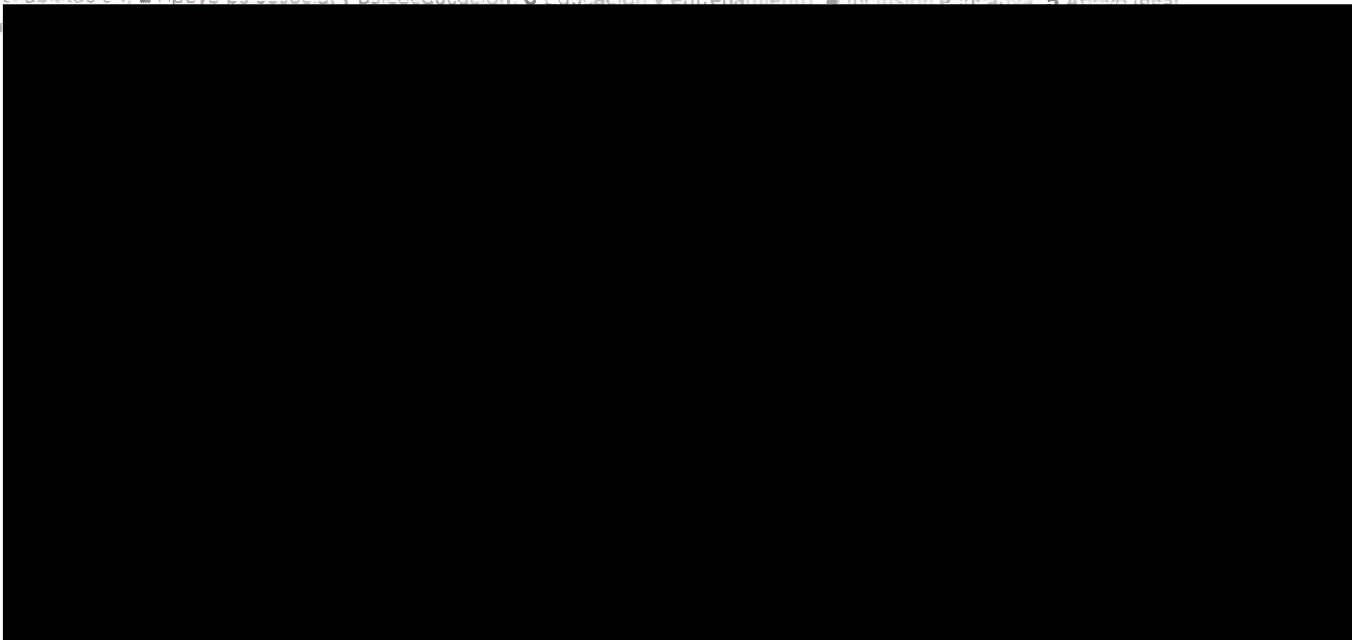
Nº de sesión: 6 Observaciones: *Unicomprobi
 Solicitud u- calceos* Individual
 Grupo
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 10/06/2025 ✓
 Horario: 18^h

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

Nº de sesión: _____ Observaciones: _____ Individual
 Grupo
 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 Bienes



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Yañez R.
Nombre Profesional

Psicóloga / Psicopedagoga
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 *Miguel Fuentes Martínez* ID HOGAR _____ PSDF CP

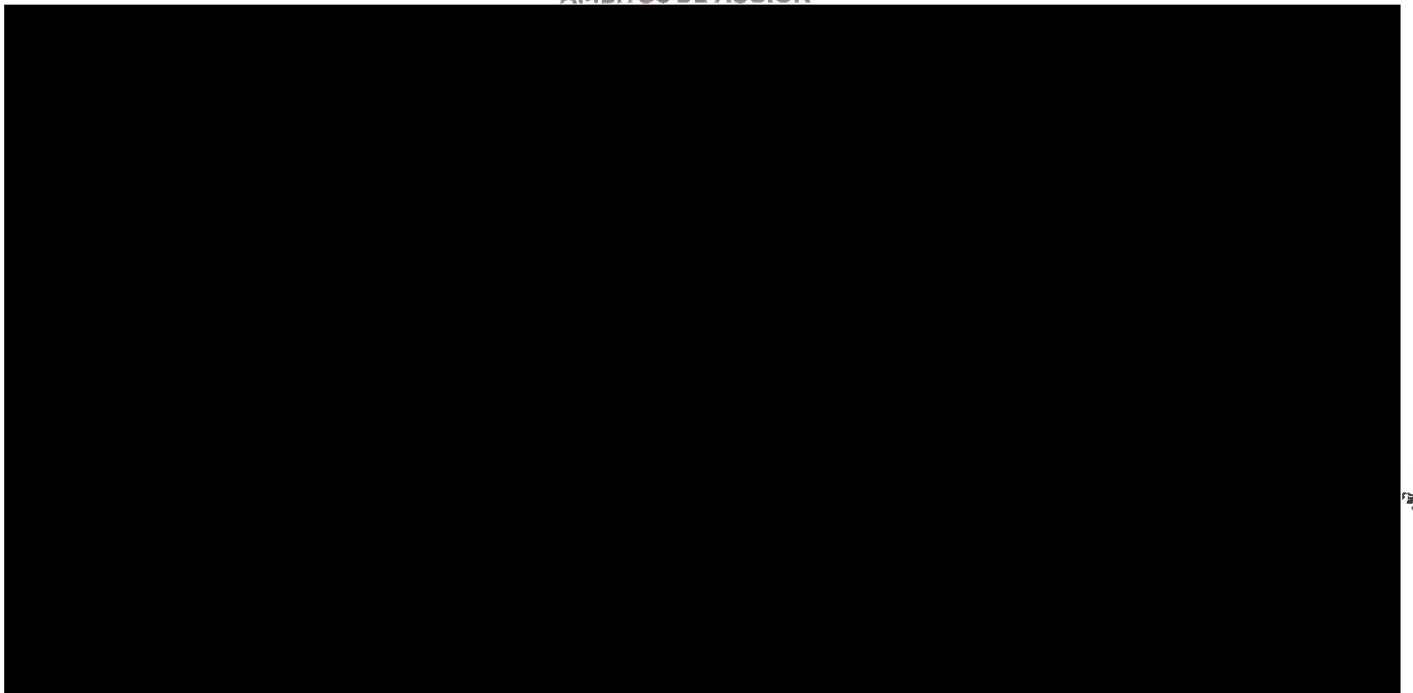
Nº de sesión: 1 Observaciones *Comunicación y* Individual
 Ambito(s): 6 *Intervención Interdigital* Grupal
 Fecha: 01/04/2025 *Solidarización Colegas*
 Horario: 16⁰⁰

Nº de sesión: 2 Observaciones *Intervención* Individual
 Ambito(s): 6 *Intervención en aula* Grupal
 Fecha: 12/05/2025
 Horario: 13⁰⁰

Nº de sesión: 3 Observaciones *Intervención* Individual
 Ambito(s): 6 *Solidarización Colegas* Grupal
 Fecha: 10/05/2025 ✓
 Horario: 17⁰⁰

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

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Peterson Martínez R
 Nombre Profesional

Palabras / Terapia Conductual
 Especialidad

19

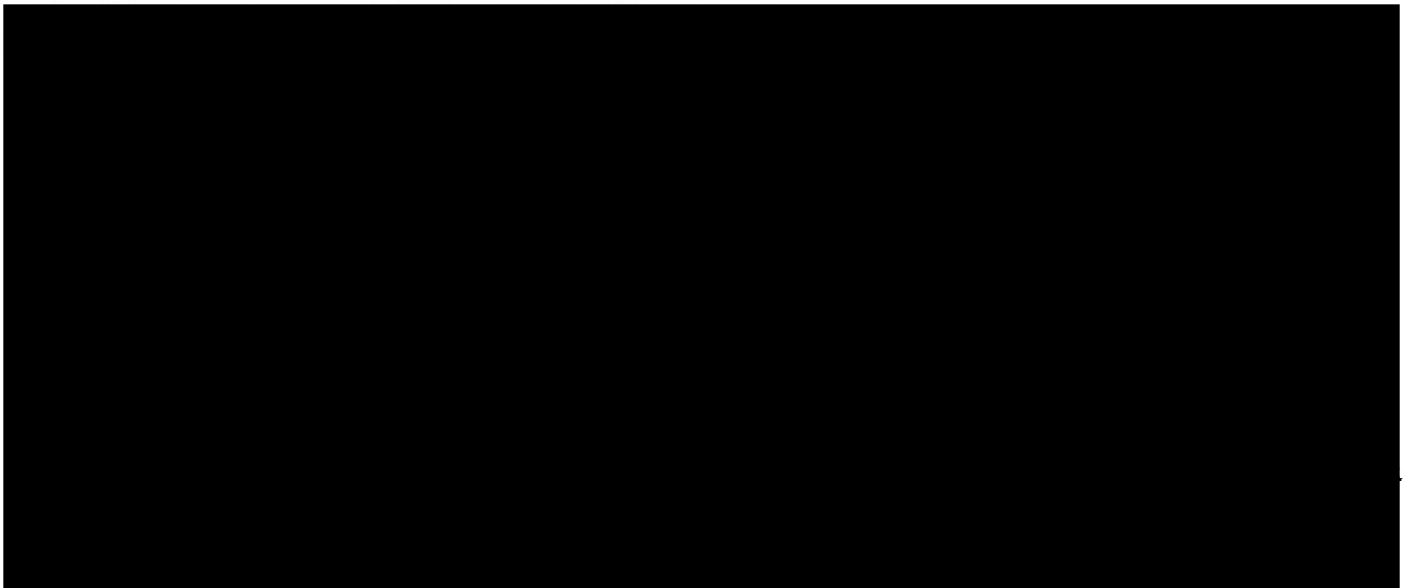
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 *Silvia Fuentes Martínez* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | | |
|--|--|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>04/04/2025</u> Horario: <u>10⁰⁰</u> | Observaciones <i>Moraje Telejocin</i> <i>leptode</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>14/05/2025</u> Horario: <u>15⁰⁰</u> | Observaciones <i>Onicocofis</i> <i>delictos en plantas</i> <i>Marcación interdigital</i> | Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>10/06/2025</u> ✓ Horario: <u>16⁰⁰</u> | Observaciones <i>Biología: Onicocofis</i> <i>delictos en plantas</i> | 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"/> |

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez R
Nombre Profesional

Psicología / Terapia Conductual
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

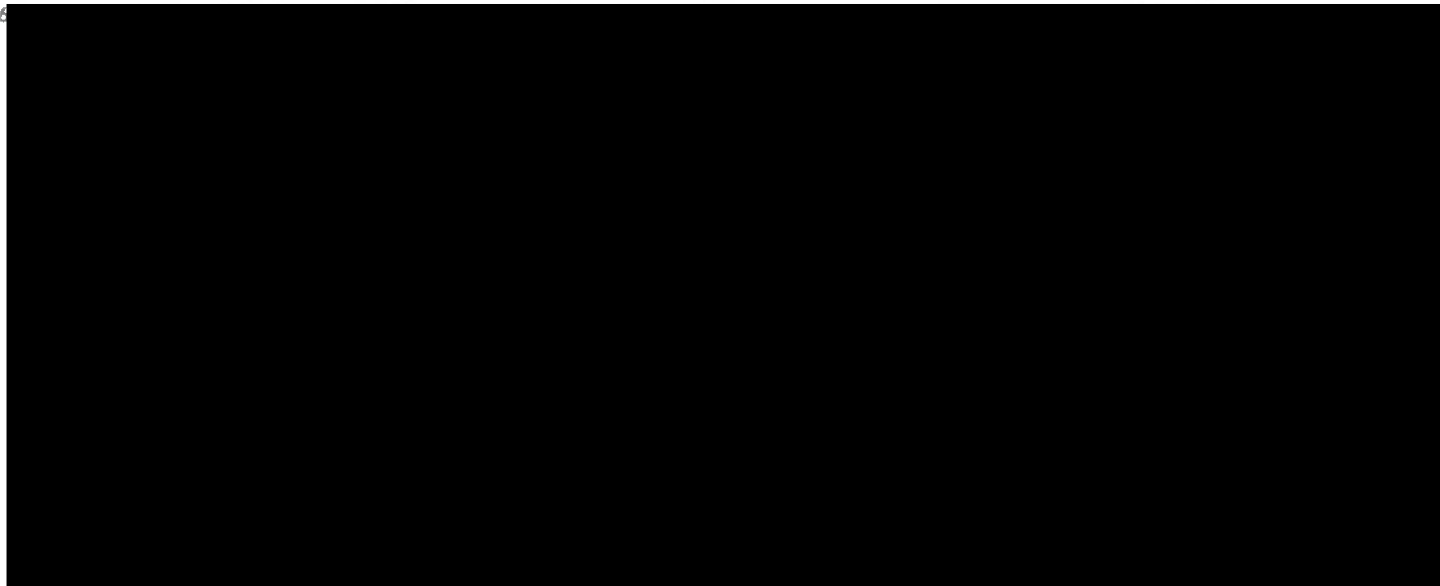
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Laura Vera* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | |
|---|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>04/04/2025</u> Horario: <u>16^h</u> | Observaciones <i>Psicología (la doctora n° fiscal)</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>08/06/2025</u> Horario: <u>15^h</u> | Observaciones <i>Psicología (la doctora n° fiscal)</i> 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,



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez R
 Nombre Profesional
Podóloga / Terapia Complementary
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Margareta Mori Rojas* ID HOGAR _____ PSDF CP

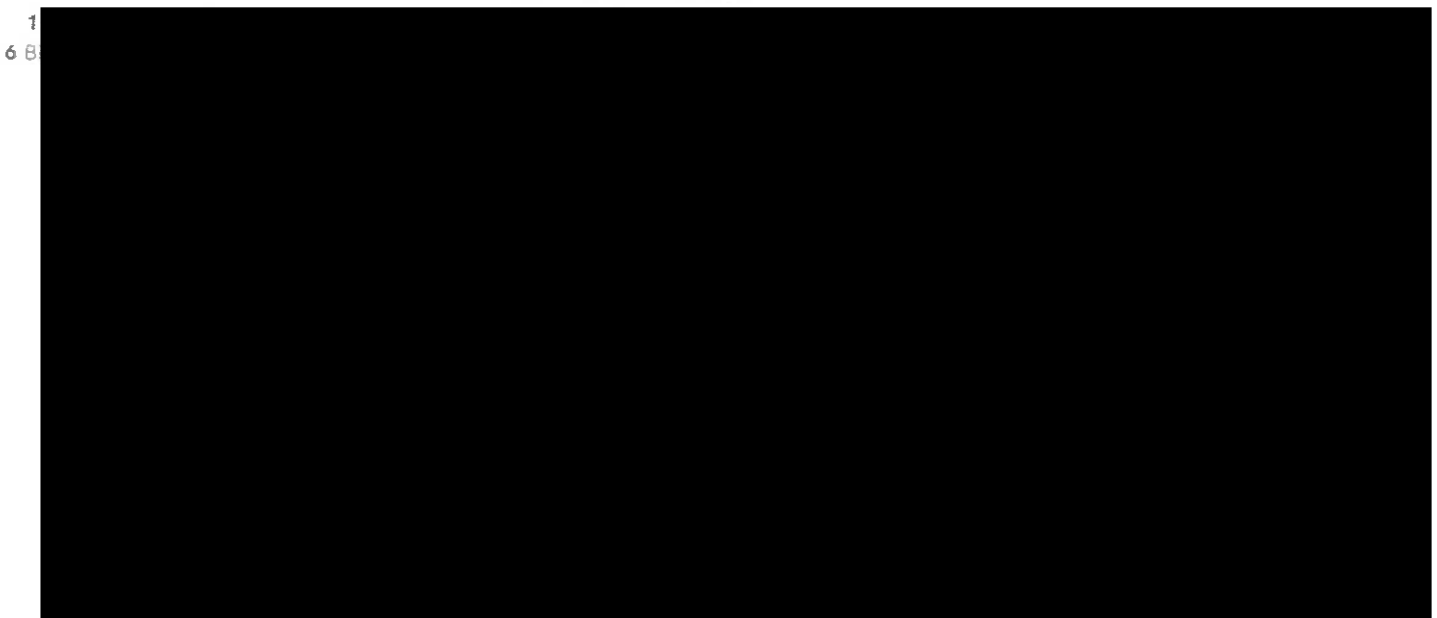
Nº de sesión: 1 Observaciones *Cosmetología (hidratación facial)* Individual Grupal
 Ámbito(s): 3
 Fecha: 04/04/2025
 Horario: 14³⁰

Nº de sesión: 2 Observaciones *Masaje relajación (espaldas)* Individual Grupal
 Ámbito(s): 4
 Fecha: 08/06/2025
 Horario: 14⁰⁰

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

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

ÁMBITOS DE ACCIÓN



1
68

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez R
Nombre Profesional

Rodolfa / Terapia Complementaria
Especialidad

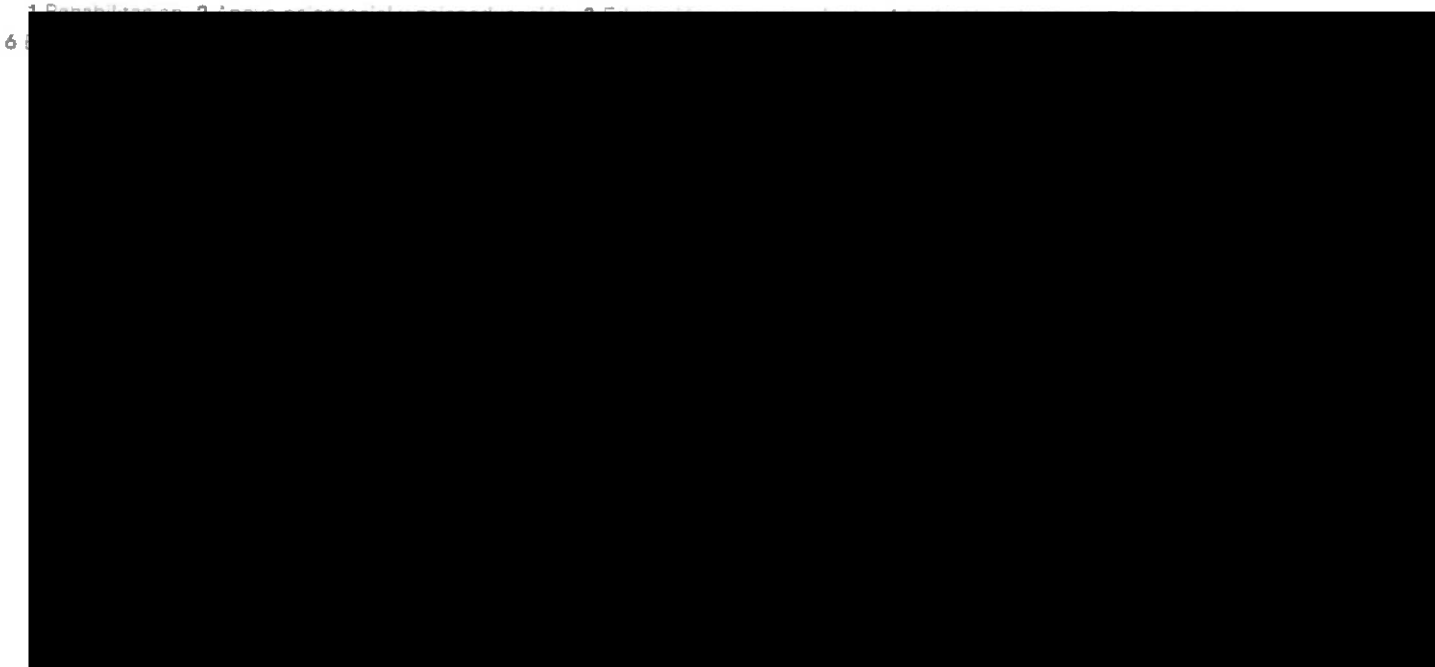
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 Soledad Rivera F* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | |
|---|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>4</u> Fecha: <u>08/06/2025</u> Horario: <u>13^u</u> | Observaciones <i>casuística (evaluación inicial)</i> 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



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Montoya Pardo
 Nombre Profesional

Psicóloga / Terapia Comunitaria
 Especialidad

18

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 *Jugla Navarrete S* **ID HOGAR** _____ **PSDF** **CP**

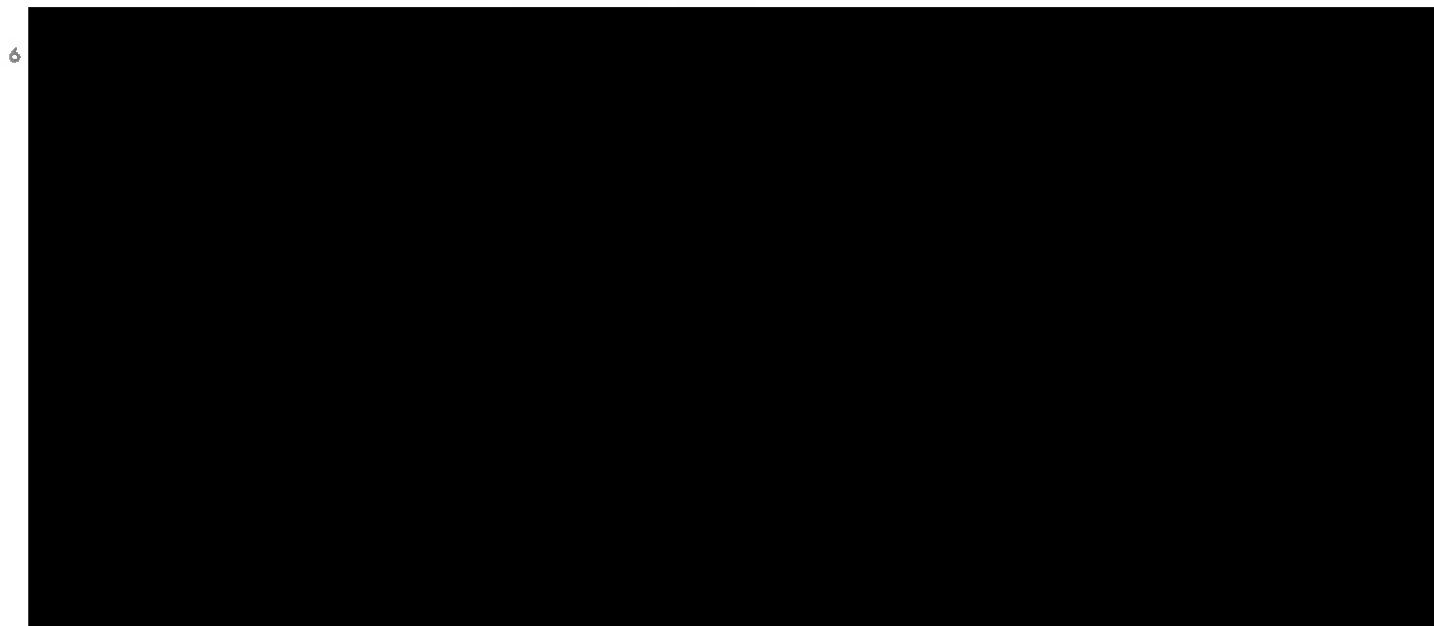
Nº de sesión: 1 **Observaciones** *Admite la gran (industria forestal)* Individual
 Grupo
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 08/06/2025
 Horario: 12^o

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

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

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

ÁMBITOS DE ACCIÓN



6

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

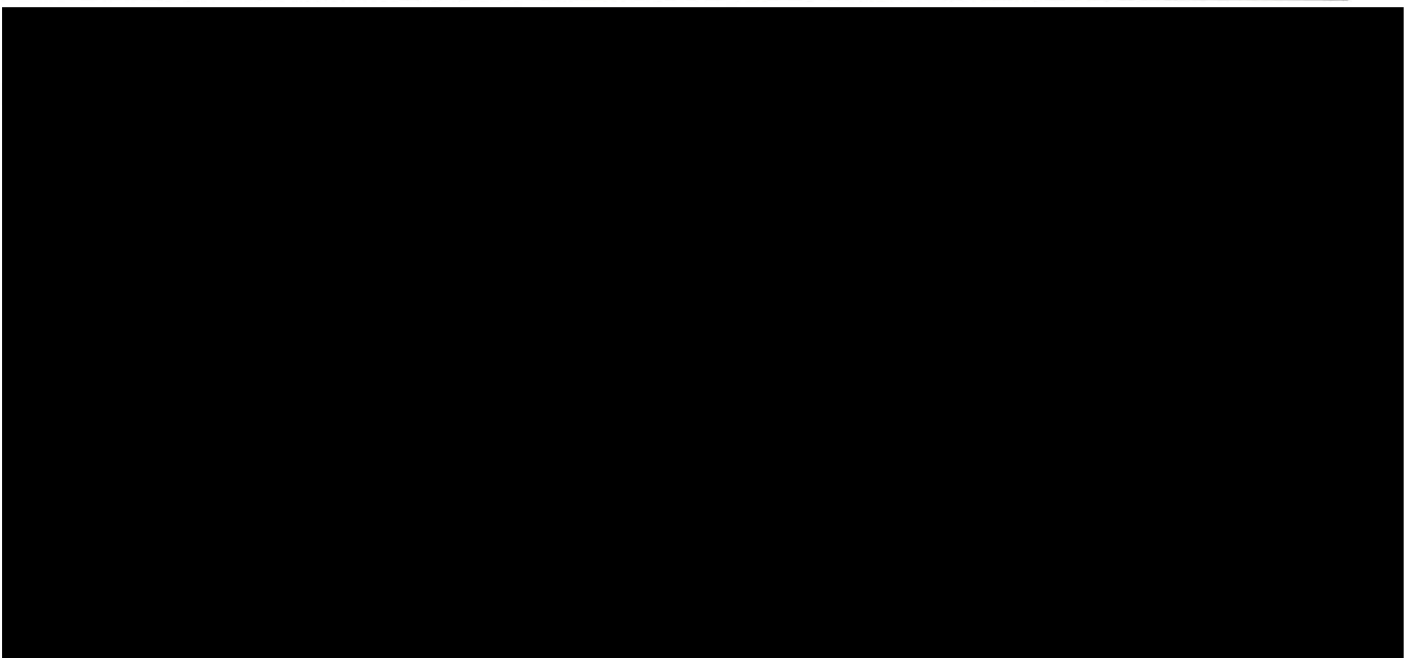
Patricia Martínez R
 Nombre Profesional
Podología / Terapia complementaria
 Especialidad

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 *Gloria Neira P* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | |
|---|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>05/04/2025</u> Horario: <u>17^h</u> | Observaciones <i>Cosmetología (hidratación facial)</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>07/06/2025</u> Horario: <u>15^h</u> | Observaciones <i>masaje linfático pueras</i> 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"/> |



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

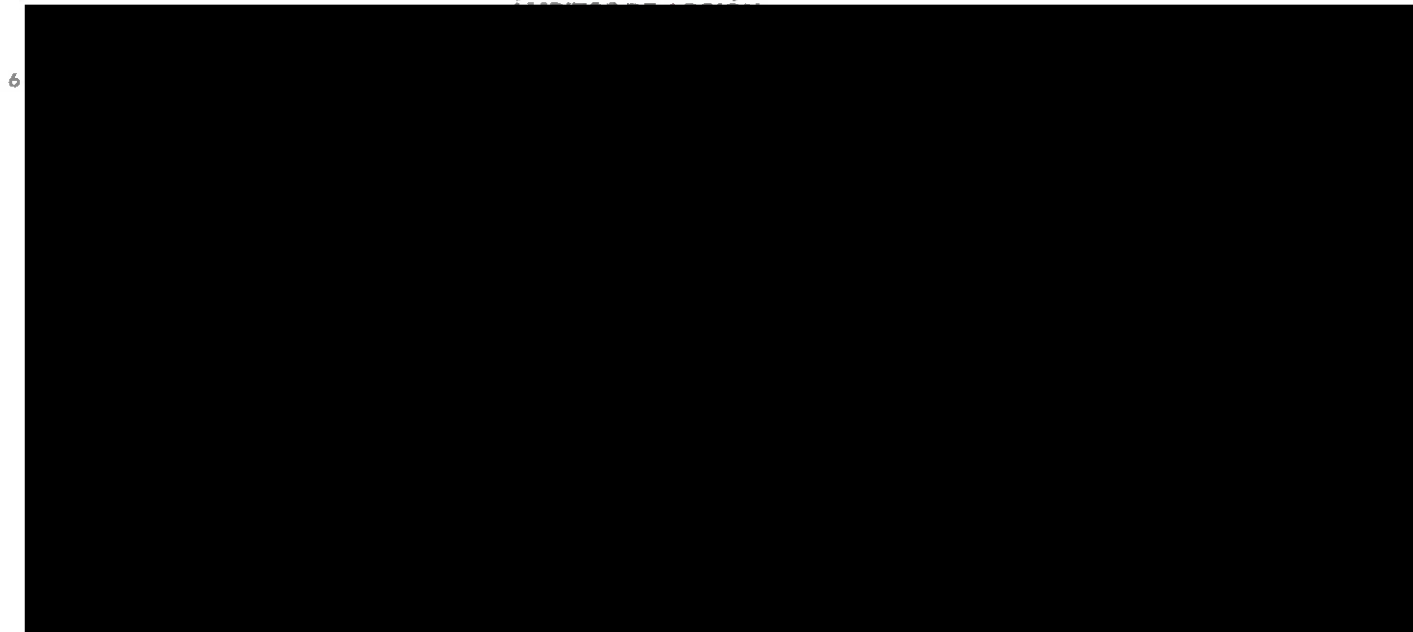
Patricia Martínez R
 Nombre Profesional
Podología / Terapia Complementaria
 Especialidad

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 *Nadia Flores C /* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | |
|---|--|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>14/06/2025</u> Horario: <u>12^e</u> | Observaciones <i>Drenaje linfático piernas</i> 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"/> |



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Petruca Martínez R
Nombre Profesional

Podólogo / Terapia Comunitaria
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 *Vicente Pineda V* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | |
|--|--|
| N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>09/06/2025</u> ✓ Horario: <u>17³⁰</u> | Observaciones <i>Unica sesión de Asesoría a plantar</i> 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"/> |

1
6 B



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez Puellos
Nombre Profesional

Psicóloga / Terapeuta Comunitaria
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 *Segundo Gonzalez G/* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | |
|---|--|
| N° de sesión: <u>5</u> Ambito(s): <u>6</u> Fecha: <u>13/04/2025</u> Horario: <u>17^h</u> | Observaciones <i>Comunicación Nuevos involucrados 1^{er} ortopedista ambulatorio dependencia - Casaca - Control</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1
6 B



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez R
 Nombre Profesional
Psicóloga / Terapia Comunitaria
 Especialidad

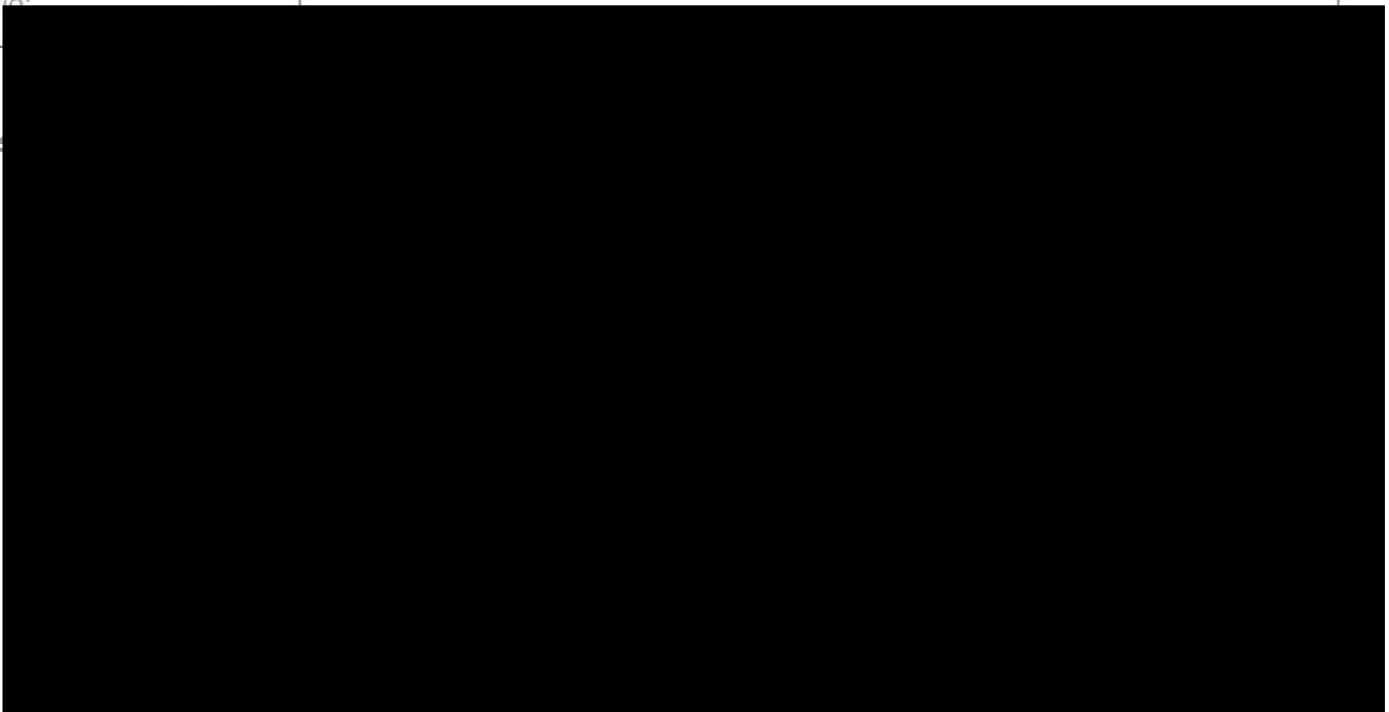
43

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 *Edmundo Mplina C* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | |
|--|---|
| N° de sesión: <u>5</u> Ambito(s): <u>6</u> Fecha: <u>09/05/2025</u> Horario: <u>15⁰⁰</u> | Observaciones <i>Asistencia a clases Orucomiojif</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>6</u> Ambito(s): <u>6</u> Fecha: <u>13/05/2025</u> Horario: <u>14⁰⁰</u> | Observaciones <i>Orucomiojif Asistencia a clases</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones _____ Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Petia Martínez R
Nombre Profesional

Psicología / Terapia Comunitaria
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 *Jolanda Pezalla Gony* ID HOGAR _____ PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones *Onicofobia* Individual
 Ámbito(s): 6 *Unos involuntarios 1º atajo a nivel pta* Grupal
 Fecha: 11/06/2025 *en sus redes*
 Horario: 17⁰⁰ *de psicología - curativa - control*

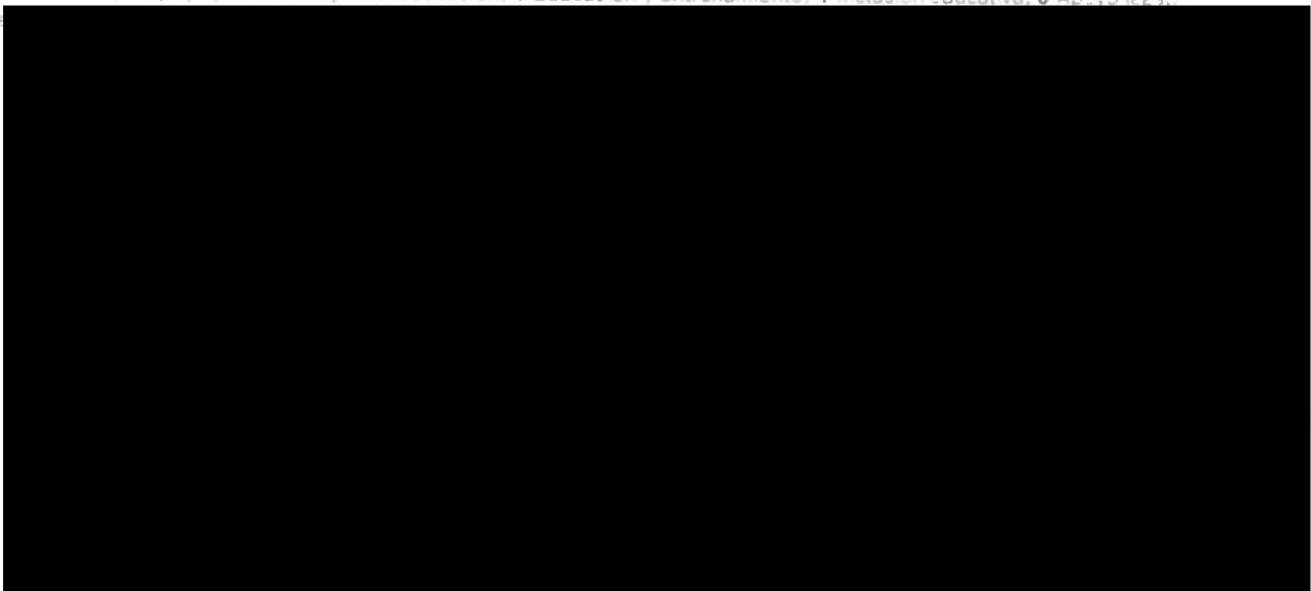
Nº de sesión: _____ Observaciones _____ Individual
 Ámbito(s): _____ Grupal
 Fecha: _____
 Horario: _____

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 Inclusión educativa, 5 Apoyo legal,
- 6 Bienestar



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Hettner R
 Nombre Profesional
Psicóloga / Psicopedagoga
 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.

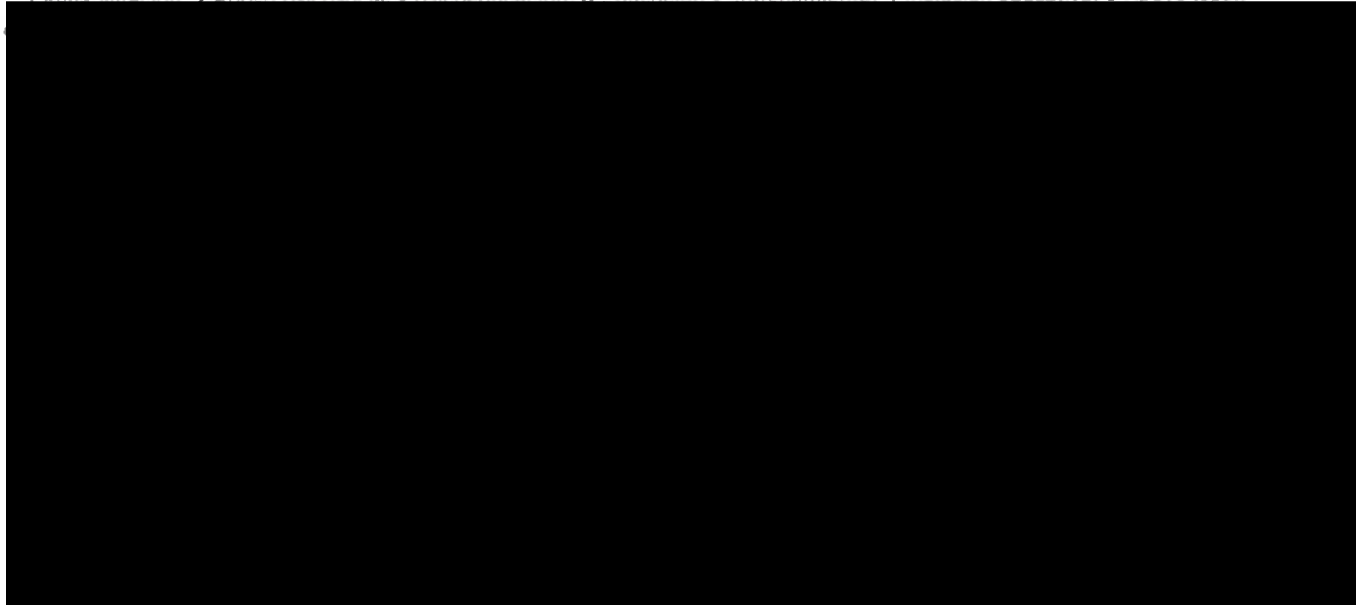
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Lucinda Fuenzalida* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | | |
|--|--|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>13/04/2025</u> Horario: <u>10⁰⁰</u> | Observaciones <i>Psicología (individuo i- focal)</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>4</u> Fecha: <u>15/06/2025</u> Horario: <u>14⁰⁰</u> | Observaciones <i>Psicología (individuo i- focal)</i> | 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.



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez Puga
Nombre Profesional

Podóloga / Terapia Ocupacional
Especialidad

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

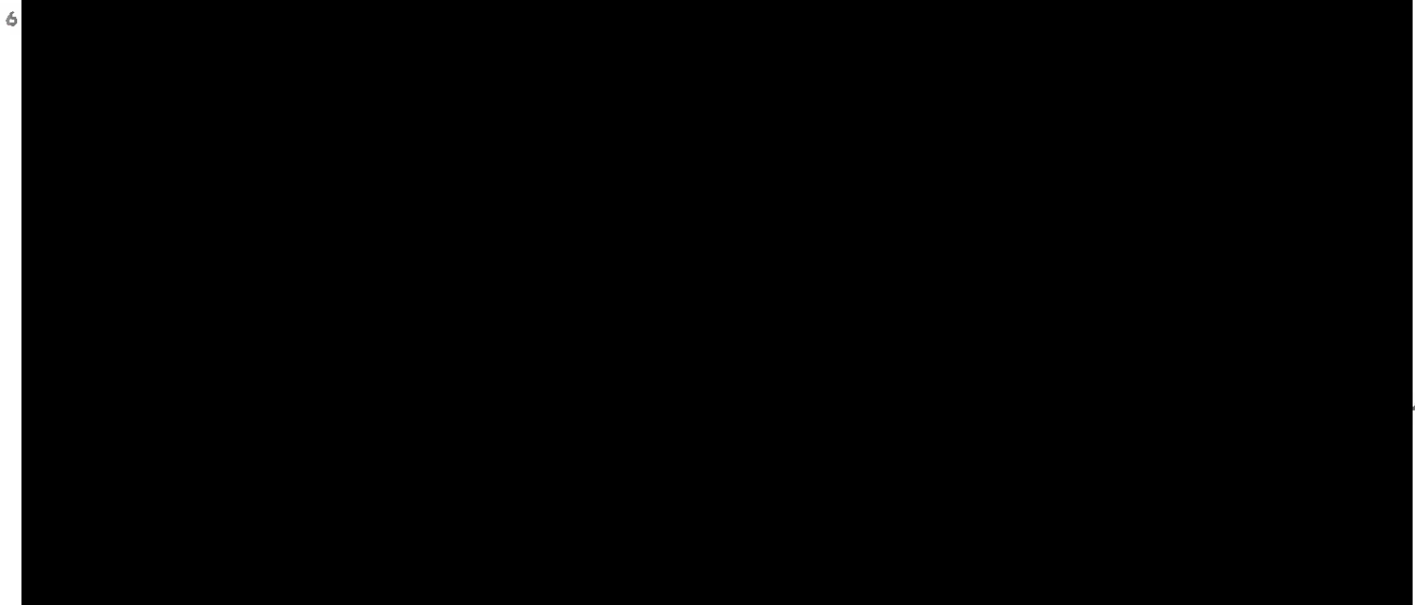
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Rosa Rojas* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | | |
|---|--|---|
| Nº de sesión: <u>1</u> Ambito(s): <u>2</u> Fecha: <u>15/06/2025</u> Horario: <u>12^o</u> | Observaciones <i>Asesoría (individual - focal)</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| Nº de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones | Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| Nº de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones | Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| Nº de sesión: _____ Ambito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones | Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1. Rehabilitación, 2. Apoyo psicosocial y psicopedagogía, 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

Petición Martínez R
 Nombre Profesional
Podología / Terapia complementaria
 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 *Olivia San Martín* ID HOGAR _____ PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones *Podología (diagnóstico focal)* Individual Grupal
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 12/04/2025
 Horario: 13^h

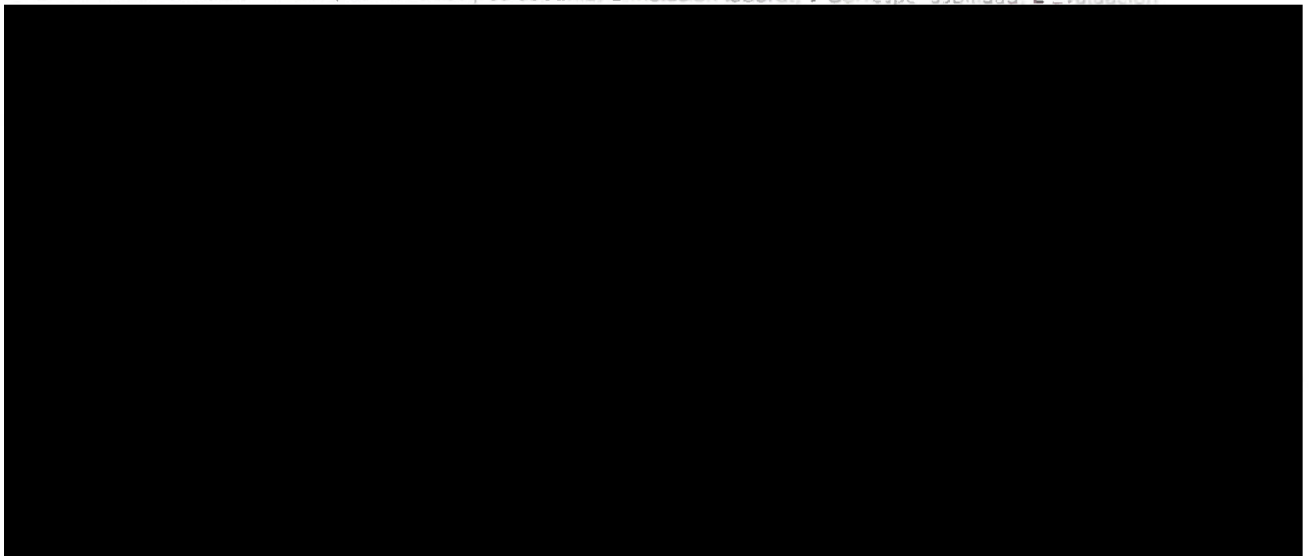
Nº de sesión: 2 Observaciones *Masaje para Reflexología* Individual Grupal
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 14/04/2025
 Horario: 15^h

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

Nº de sesión: _____ Observaciones _____ Individual Grupal
 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 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

Petrona Martinez R
Nombre Profesional

Psicología / Terapia Complementaria
Especialidad

48

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 *Hipólito Guajardo* ID HOGAR _____ PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones *Onicomosif* Individual
 Ámbito(s): 6 *Delimitación colmena* Grupal
 Fecha: 15/04/2025
 Horario: 16^h

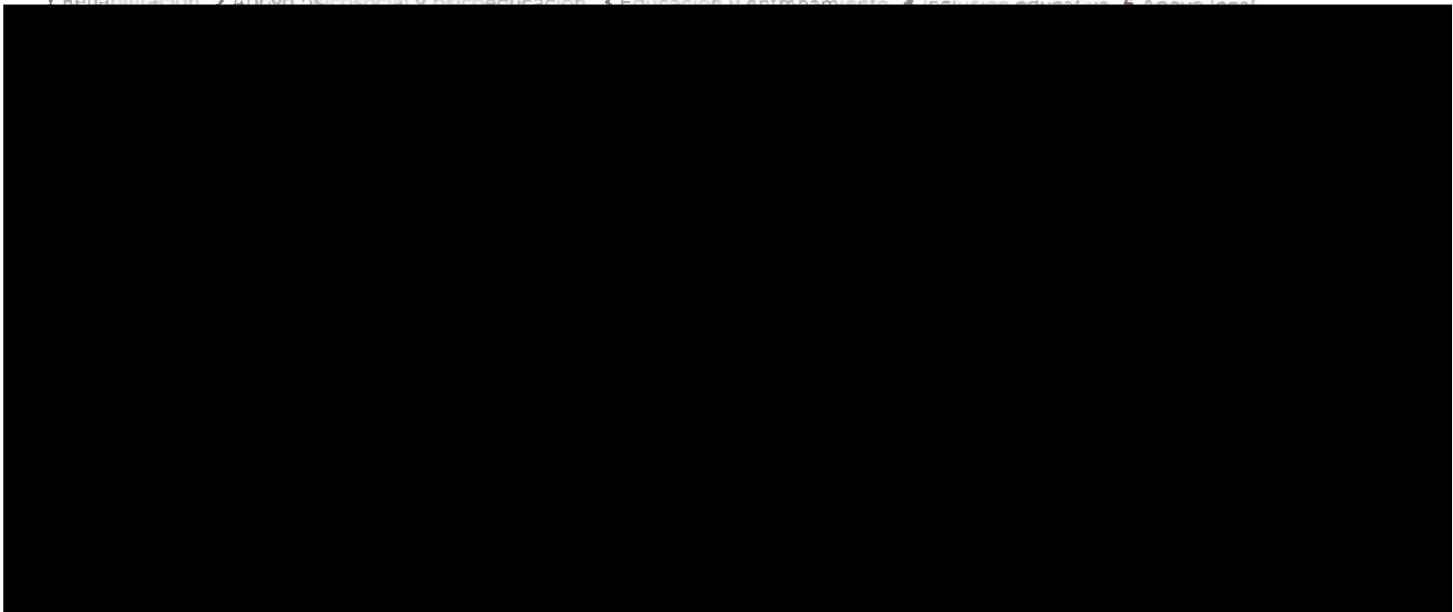
Nº de sesión: 2 Observaciones *Manejo de pascas* Individual
 Ámbito(s): 4 *espaldas* Grupal
 Fecha: 14/04/2025
 Horario: 14^h

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 emprendimiento 4 Actividad recreativa 5 Apoyo legal



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez Rubio
 Nombre Profesional
Psicología / terapia
 Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

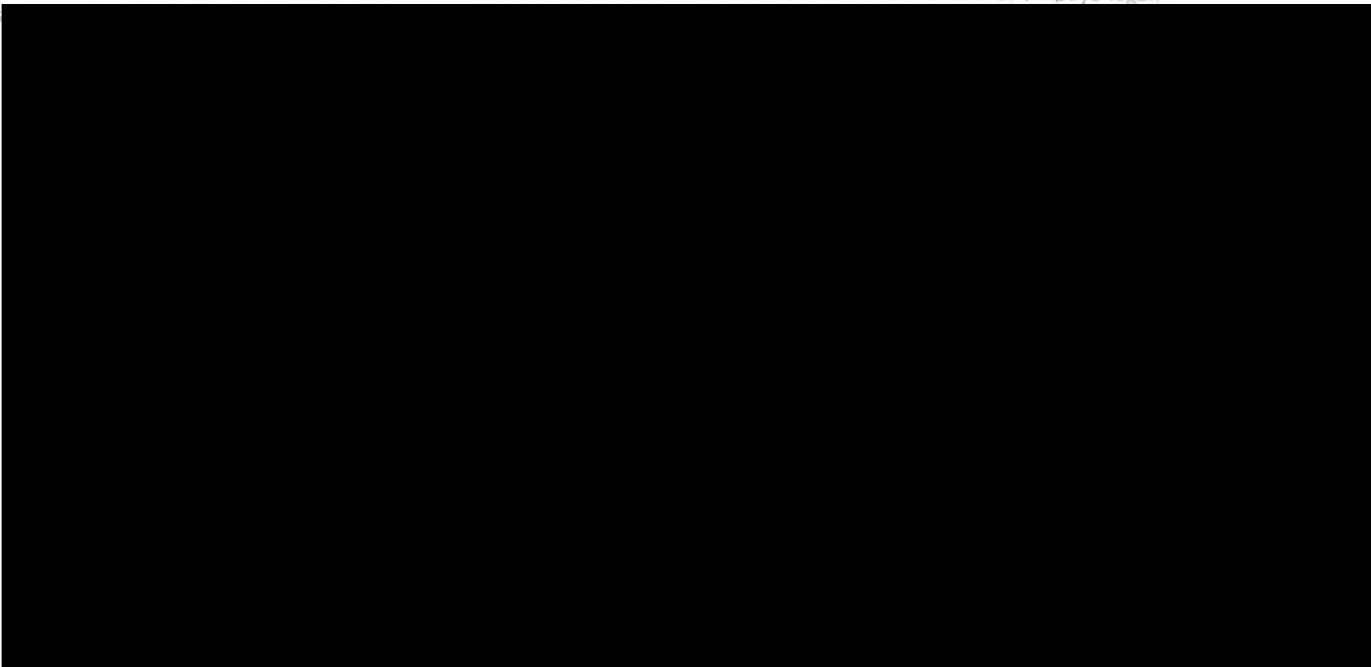
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Olivia Rojas G ✓* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | | |
|---|--|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>4</u> Fecha: <u>14/06/2025</u> Horario: <u>13^h</u> | Observaciones <i>Drenaje linfático pie derecho</i> | 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



SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.



PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Petrona Martínez R
Nombre Profesional

Psicología / Terapia Complementaria
Especialidad

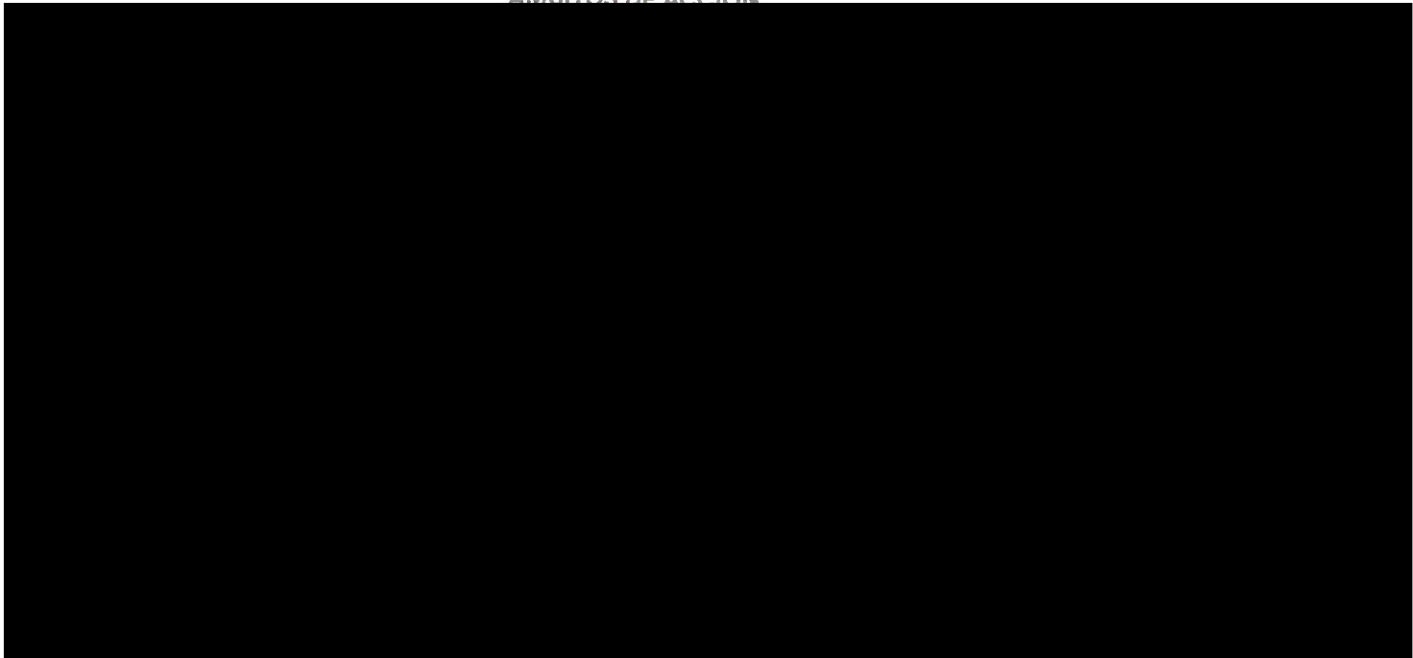
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 *Teresa González P* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | | |
|--|---|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>01/03/2025</u> Horario: <u>16⁰⁰</u> | Observaciones <i>Mosaja relajación (espaldas)</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>4</u> Fecha: <u>10/05/2025</u> Horario: <u>15⁰⁰</u> | Observaciones <i>Conductología (Hidrotación facial)</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>15/06/2025</u> Horario: <u>15⁰⁰</u> | Observaciones <i>Manejo conductivo piernas</i> | 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"/> |

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez R.
 Nombre Profesional
Psicóloga / Terapia Complementaria
 Especialidad

31

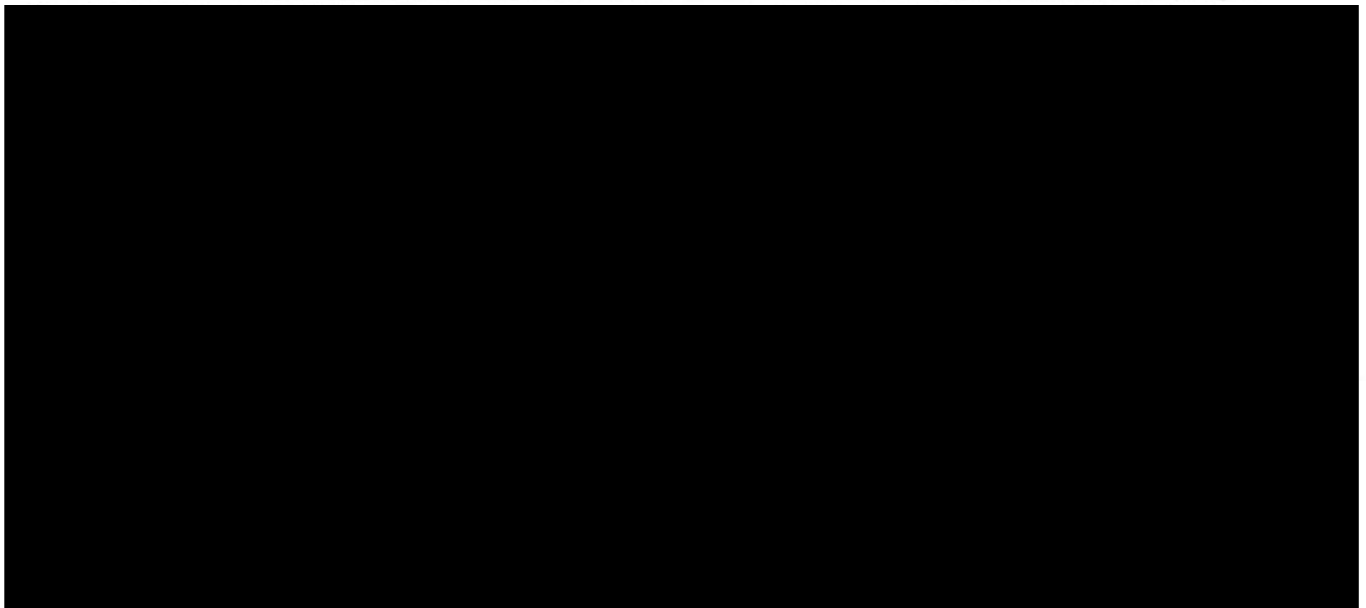
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 <i>Alicia Díaz N</i> | | ID HOGAR <i>10193</i> | PSDF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nº de sesión: <u>5</u> | Observaciones <i>Psicomotricidad Jardinera - plantas Lectura interdigital ✓</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> | |
| Ámbito(s): <u>4</u> | | | |
| Fecha: <u>07/05/2025</u> | | | |
| Horario: <u>14⁰⁰</u> | | | |
| Nº de sesión: <u>6</u> | Observaciones <i>Psicomotricidad Jardinera - plantas ✓</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> | |
| Ámbito(s): <u>6</u> | | | |
| Fecha: <u>13/06/2025</u> | | | |
| Horario: <u>16⁰⁰</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.



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos Y Cuidados

Patricia Martínez R
Nombre Profesional

Podóloga / Terapia Conductual
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 <i>Patricia Martínez R</i> | | ID HOGAR <i>10193</i> | PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> |
| Nº de sesión: <u>5</u> | Observaciones <i>Orniconic 8</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> | |
| Ámbito(s): <u>6</u> | <i>Desarrollo en plantas</i> | | |
| Fecha: <u>07/05/2025</u> | <i>Mecánica interdigital</i> ✓ | | |
| Horario: <u>15^h</u> | | | |
| Nº de sesión: <u>4</u> | Observaciones <i>Orniconic 8</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> | |
| Ámbito(s): <u>6</u> | <i>Desarrollo en plantas</i> ✓ | | |
| Fecha: <u>13/06/2025</u> | | | |
| Horario: <u>15^h</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 Rehab
- 6 Bienestar



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez R
Nombre Profesional

Psicología / Terapia Complementaria
Especialidad

38

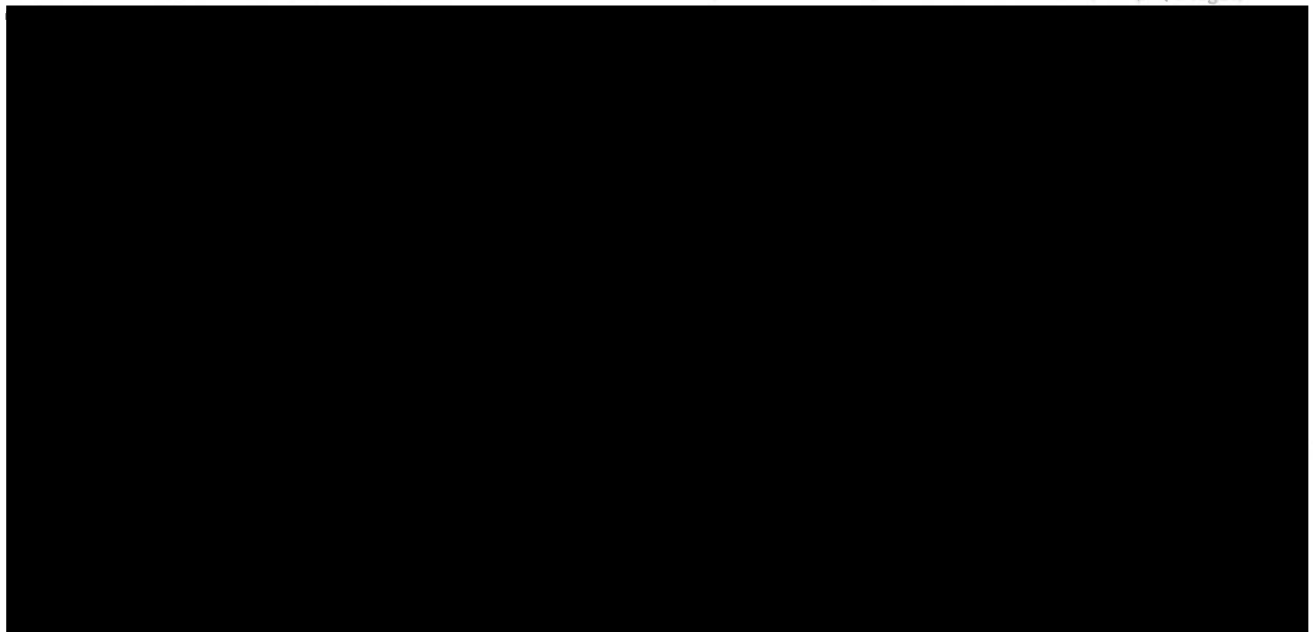
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 <i>Jorge Díaz Zúñiga</i> | | ID HOGAR | PSDF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>07/06/2025</u> Horario: <u>14^a</u> | Observaciones <i>Moraje reflexiva (apoyos)</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, 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

Patricia Martínez R
Nombre Profesional

Podología / Terapia Complementaria
Especialidad

34

REGISTRO DE ATENCIÓN

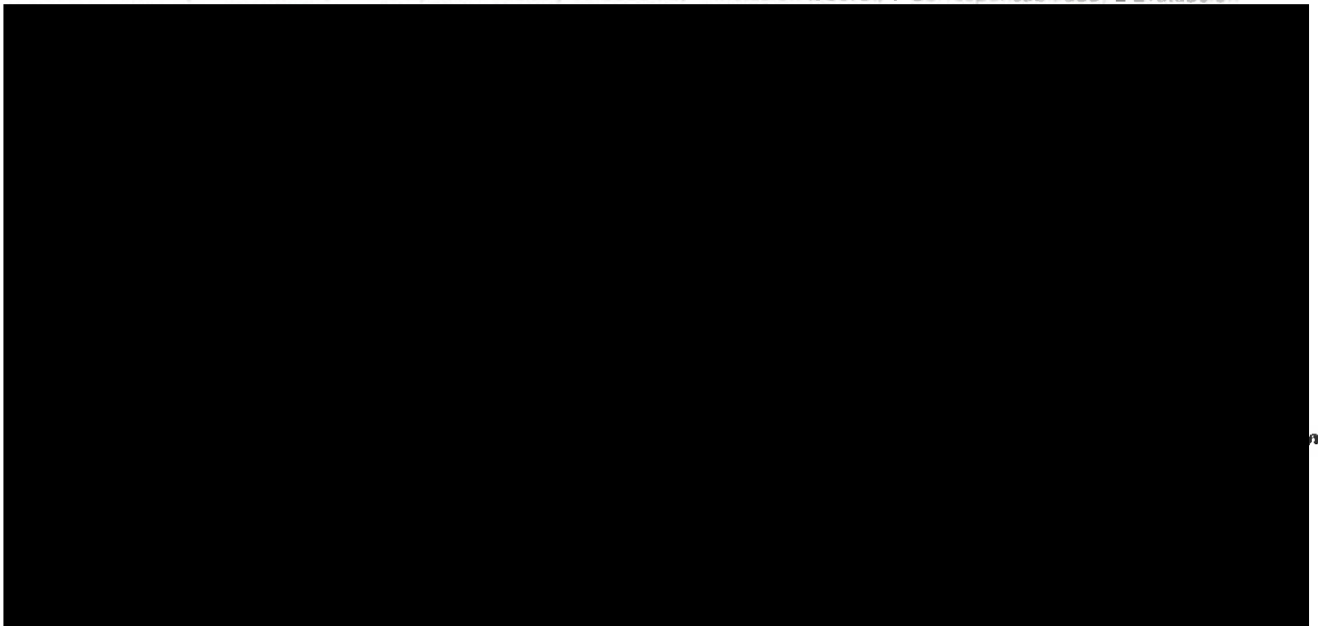
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Juanes Díaz Soto* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | | |
|---|---|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>07/06/2025</u> Horario: <u>13^h</u> | Observaciones <i>Masaje Relajación (espaldas)</i> | 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 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

Patricia Matamoros R
 Nombre Profesional
Psicóloga / Terapia Complementaria
 Especialidad

35

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 *Ysmael José Alfaro N* ID HOGAR _____ PSDF CF

Nº de sesión: 1 Observaciones *psicología (educación social)* Individual
 Grupo
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 07/06/2025
 Horario: 12⁰⁰

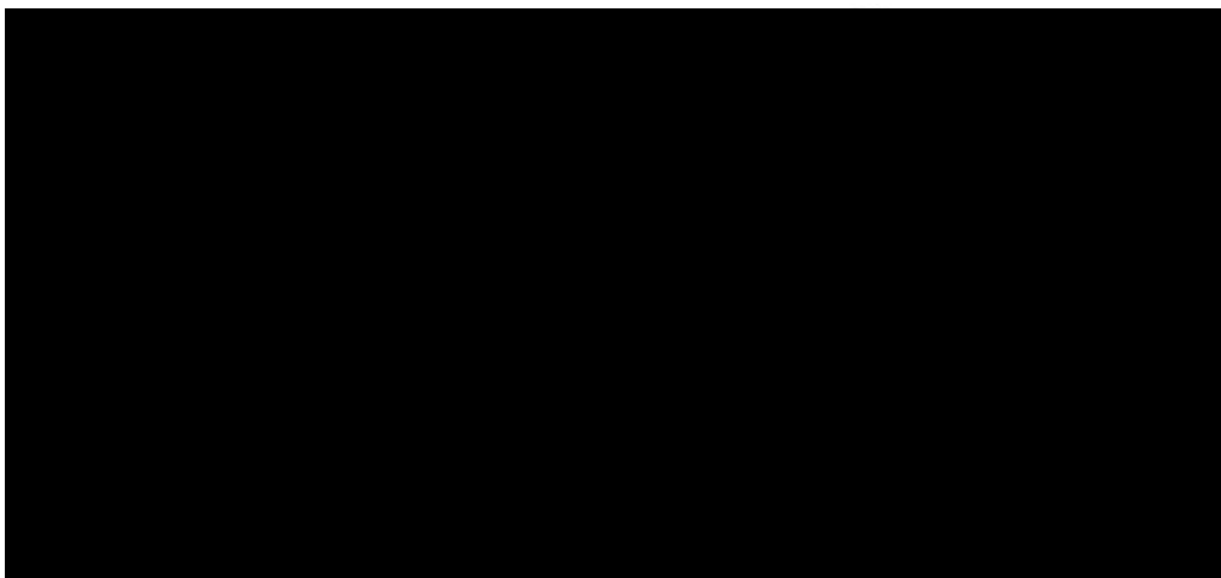
Nº de sesión: _____ Observaciones _____ Individual
 Grupo
 Ámbito(s): _____
 Fecha: _____
 Horario: _____

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

Nº de sesión: _____ Observaciones _____ Individual
 Grupo
 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 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

Petición Matutina R
 Nombre Profesional
Podología / Neuropsicología
 Especialidad

20

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 Gutiérrez ✓* ID HOGAR _____ PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones *Omicron y* Individual
dehidratación planta Grupal
 Ambito(s): 6
 Fecha: 15/05/2025
15⁰⁰ ✓
 Horario: _____

Nº de sesión: 2 Observaciones *Omicron y* Individual
dehidratación plantas Grupal
 Ambito(s): 6
 Fecha: 04/06/2025
17⁰⁰
 Horario: _____

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

Nº de sesión: _____ Observaciones _____ Individual
 Grupal
 Ambito(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 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

Patricia Martínez R
Nombre Profesional

Podología / Terapia Complementaria
Especialidad

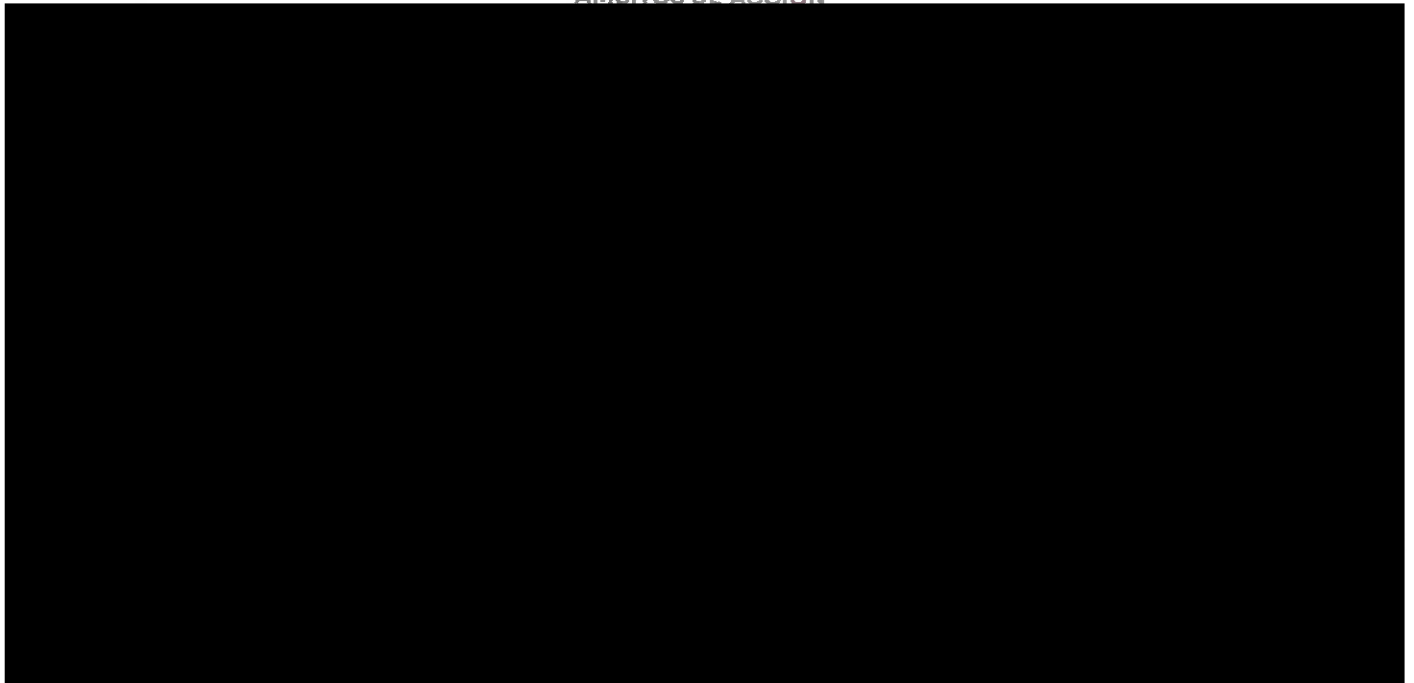
39

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 <i>Mercedes Rojas H</i> | | ID HOGAR | PSDF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nº de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>03/05/2025</u> Horario: <u>14⁰⁰</u> | Observaciones <i>Masaje relajación (espaldas)</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> | |
| Nº de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>04/06/2025</u> ✓ Horario: <u>16⁰⁰</u> | Observaciones <i>Podología: onicomicosis Solidificación planta</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"/> | |

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Petruce Montenegro R
 Nombre Profesional _____
Psicóloga / Terapeuta Comunitaria
 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

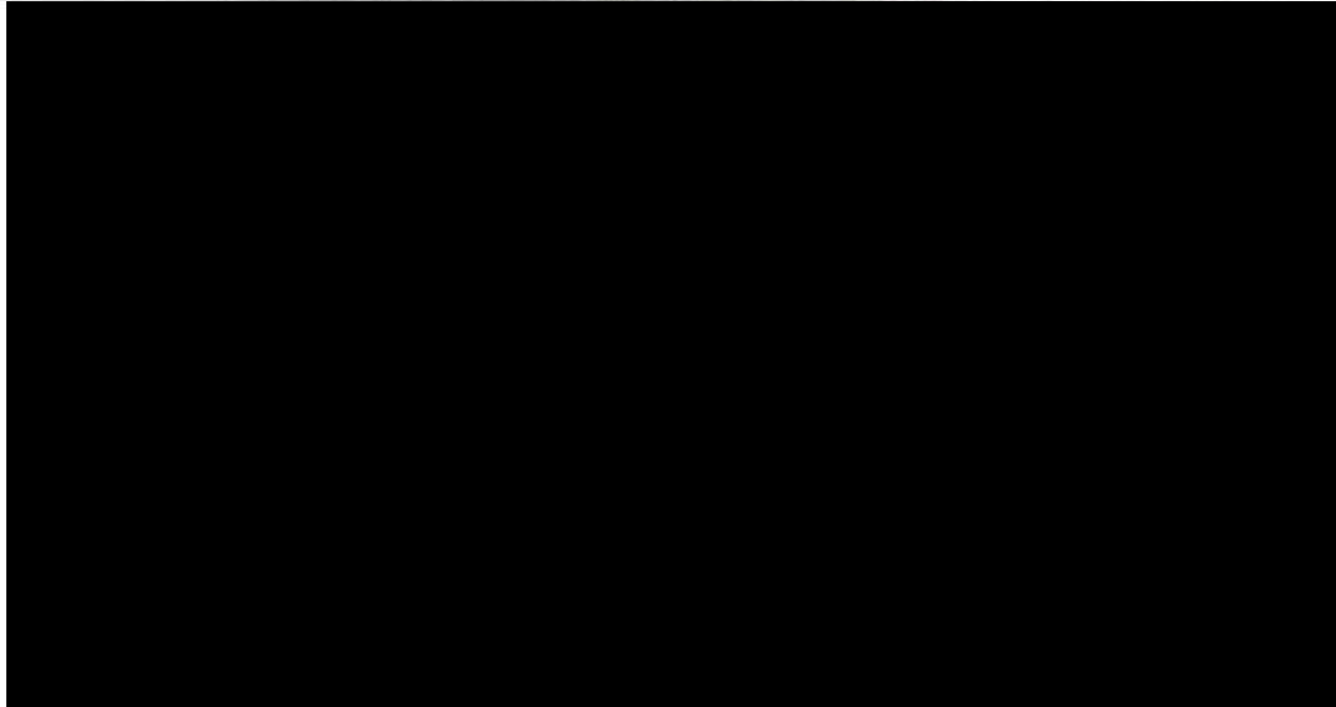
NOMBRE BENEFICIARIO/A *Marco Patricio A.* ID HOGAR _____ PSDF CP

Nº de sesión: 5 Observaciones *hijos involucrados J= atjefer A/P* Individual
Indicaciones - colocación Grupal
Quiéncosobit
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 14/05/2025
 Horario: 18^h

Nº de sesión: 6 Observaciones *Quiéncosobit* Individual
Indicaciones - colocación Grupal
hijos involucrados J= atjefer
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 05/06/2025
 Horario: 15^h
andor pis

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

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



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

| | |
|--------------------|-------------------------------------|
| Nombre Profesional | Petrcia Montoya R |
| Especialidad | Psicología / Terapia Complementaria |

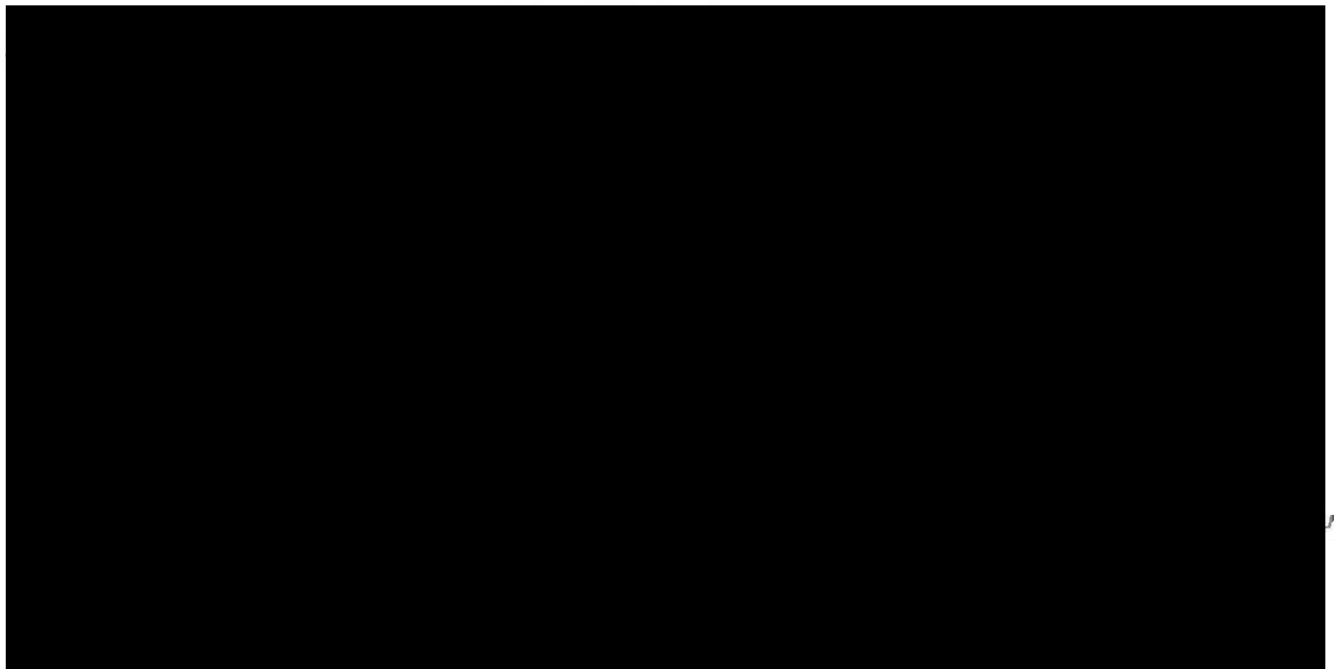
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

| | | | |
|-----------------------|--------------------|----------|--|
| NOMBRE BENEFICIARIO/A | Petrcia San Martin | ID HOGAR | PSDF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------|--------------------|----------|--|

| | | |
|--|--|---|
| N° de sesion: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>05/04/2025</u> Horario: <u>15³⁰</u> | Observaciones <u>Cosmetología (hidroterapia facial)</u> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesion: <u>2</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>05/06/2024</u> Horario: <u>17³⁰</u> | Observaciones <u>Drainaje Linfático pieles</u> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesion: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____ | Observaciones | Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesion: _____ 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.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Petelia Martínez R
Nombre Profesional

Psicología / Terapias Complementarias
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 *Elisabetta Peña F* ID HOGAR _____ PSDF CP

Nº de sesión: 5 Observaciones *Moraje de p... (especialidad)* Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 03/05/2025
 Horario: 12^h

Nº de sesión: 6 Observaciones *Podología: Onicomicosis* Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 6
 Fecha: 04/04/2025
 Horario: 1P^h

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

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

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

Patricia Martínez R
 Nombre Profesional
 Pedagogía / Terapia Comunitaria
 Especialidad

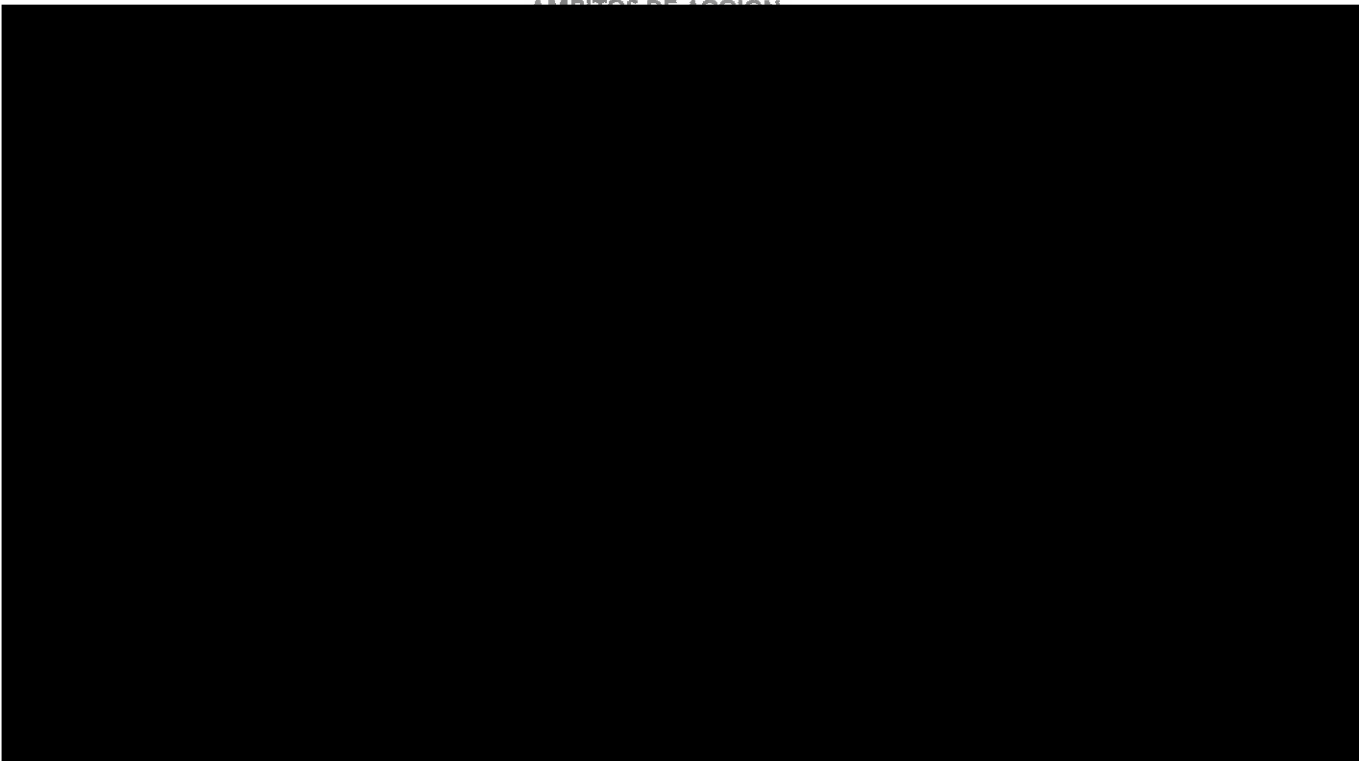
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A: Rafael San Martín / ID HOGAR: PSDF CP

| | |
|--|--|
| N° de sesión: 1 Ambito(s): 6 Fecha: 06/03/2025 Horario: 16 ^h | Observaciones: Onicomcast y Sesión de trabajo en columna Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: 2 Ambito(s): 4 Fecha: 08/04/2025 Horario: 17 ^h | Observaciones: Onicomcast y Sesión de trabajo en columna Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: 3 Ambito(s): 4 Fecha: 05/05/2025 Horario: 17 ^h | Observaciones: Onicomcast y Sesión de trabajo en columna Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: 4 Ambito(s): 4 Fecha: 04/16/2025 ✓ Horario: 18 ^h | Observaciones: Onicomcast y Sesión de trabajo en columna y Sesión de trabajo en grupo Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |

ÁMBITOS DE ATENCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos Y Cuidados

Petruca Martínez R
 Nombre Profesional:
 Petruca Martínez R
 Especialidad:

48

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 | | ID HOGAR | PSDF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> | |
|--|--|---|---|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>13/03/2025</u> Horario: <u>10⁰⁰</u> | | Observaciones: <u>Onicomicosis</u> <u>líneas involucradas 1^aorteja</u> <u>ambos pies</u> <u>deshidratación</u> <u>inscripción interdigital</u> | | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>4</u> Fecha: <u>12/05/2025</u> Horario: <u>15⁰⁰</u> | | Observaciones: <u>líneas involucradas 1^aorteja</u> <u>ambos pies</u> <u>deshidratación plantar</u> <u>Onicomicosis</u> | | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>02/06/2025</u> Horario: <u>15⁰⁰</u> | | Observaciones: <u>Onicomicosis</u> <u>deshidratación plantar</u> <u>líneas involucradas 1^aorteja</u> <u>ambos pies</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"/> |



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Patricia Martínez Rubiá
Nombre Profesional

Podólogo / Terapia Complementaria
Especialidad

43

REGISTRO DE ATENCIÓN

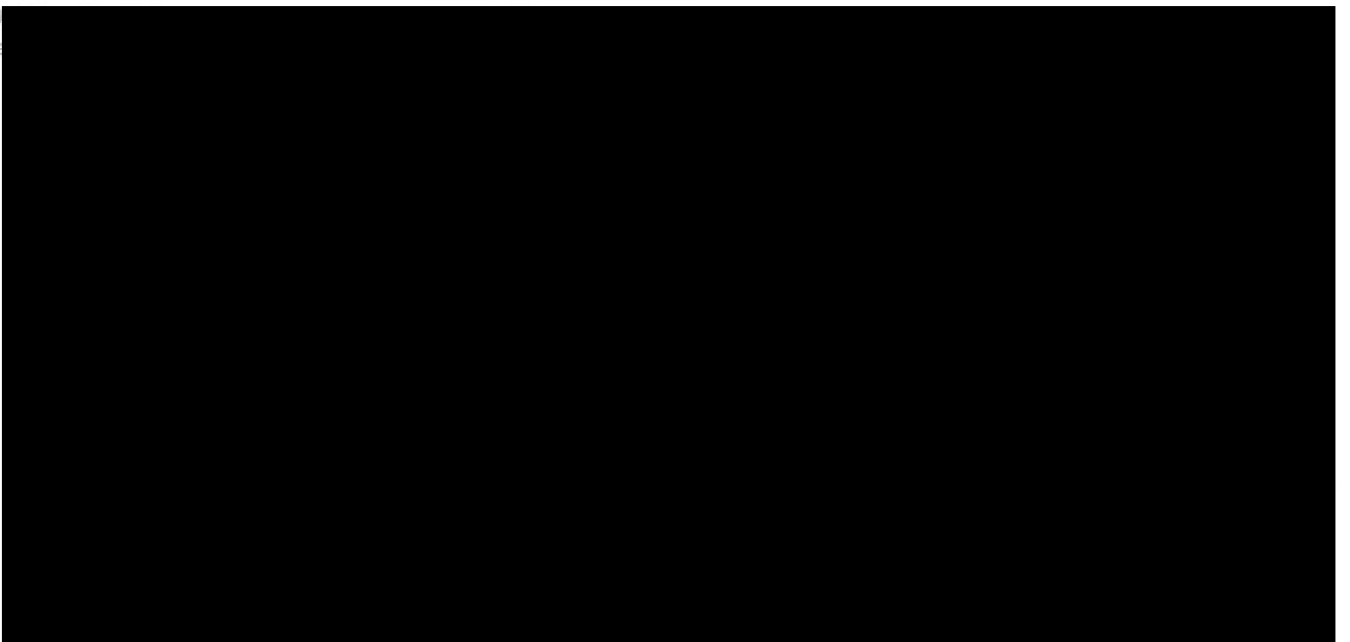
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Ane Zapata Muñoz* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | | |
|--|---|---|
| N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>02/06/2017</u> ✓ Horario: <u>17⁰⁰</u> | Observaciones <i>Unicoma f.t</i> <i>Distribución colcares</i> <i>Unicoma f.t plantas</i> | 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 Re
6 Bien



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Petrona Martinez R
Nombre Profesional

Psicología / Terapia Complementaria
Especialidad

44

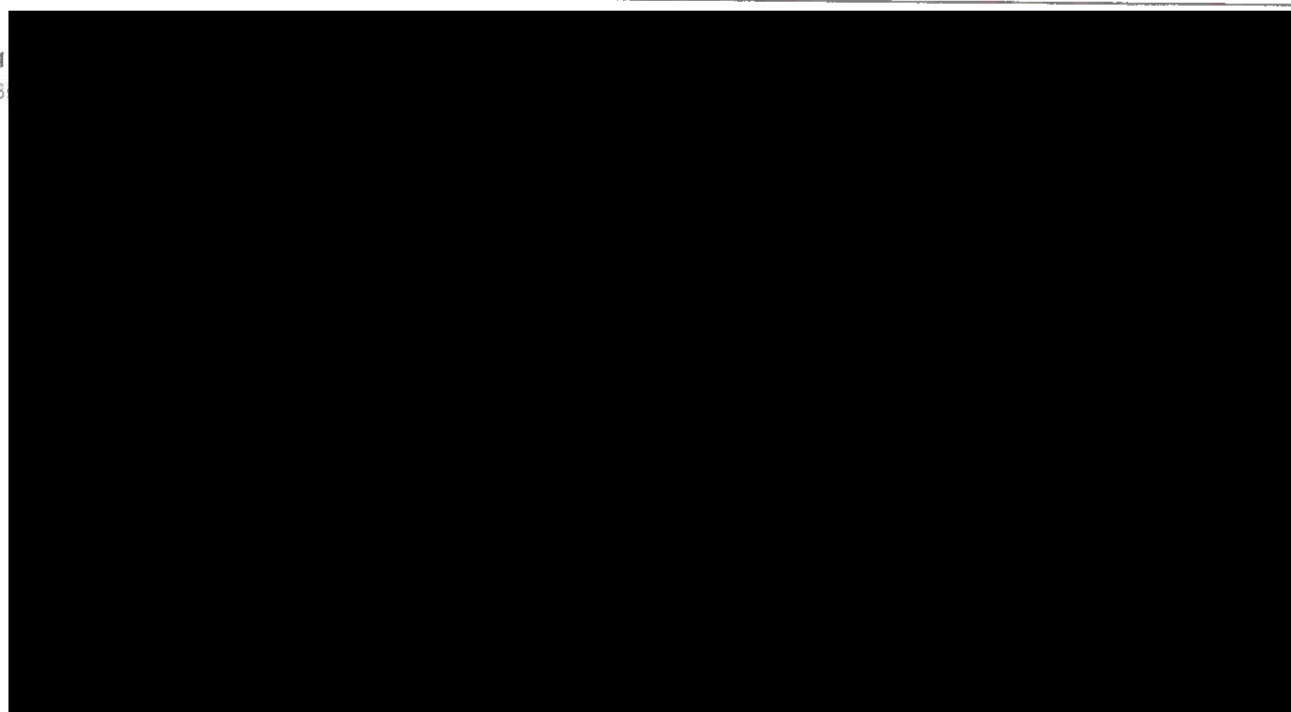
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 *Dña Alicia González* ID HOGAR _____ PSDF CP

| | | |
|--|---|---|
| N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>01/04/2025</u> Horario: <u>9h^o</u> | Observaciones <i>Oncomet y</i> <i>Intervención - cotarea</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>09/05/2025</u> Horario: <u>15⁰⁰</u> | Observaciones <i>Oncomet y</i> <i>Intervención interdigital</i> | Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> |
| N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>04/06/2025</u> Horario: <u>16^a</u> | Observaciones <i>Oncomet y</i> <i>Intervención interdigital</i> | 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
6 B



7