



9/3

INFORME DE PAGO AÑO 2025

Funcionario: Camilo Donajre San Martín



Cargo: Kinesiólogo

Mes Correspondiente: Junio 2025

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:

DESCRIPCIÓN DE COMETIDOS:

- Realizar tratamiento y educación individual y/o grupales del servicio especializado de Kinesiología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y cuidados.
- Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.
- Realizar ingreso de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Actividades de acuerdo con los cometidos:

- Realizar tratamiento y educación individual y/o grupales del servicio especializado de Kinesiología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y cuidados.

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

Calendario del mes de Mayo, se adjuntan registros de atenciones

Lunes	Martes	Miércoles	Viernes
			16-05-2025 Marco Catalán Aravena Alicia Lepe Lepe Juana Menares Huerta
19-05-2025 Julio Sánchez Barrera Ruby Castillo Jorquera Mario Vásquez Valderrama		21-05-2025 Ana Gutiérrez Venegas	23-05-2025 Gladys Andrade Olavarría Carlos Soto Hernández Manuel Faúndez Rojas
26-05-2025 Alicia Lepe Lepe León Polanco Saavedra María Carolina Saavedra	27-05-2025 Yasmin Molina Pulgar Silvia Pulgar		30-05-2025 Fresia Tobar Millacari Rosa Tobar Millacari Luis Martínez Vidal



García Juan Arenas Becerra	Eduardo Molina Cayuqueo Sergio Salas Corvalán María Cerda Nilo Evaristo Cea Huenchumil		Rosalba Martínez Vidal Marco Catalán Aravena Miguel Fuentes Martínez Brígida González Águila
-------------------------------	--	--	---

Calendario del mes de Junio, se adjuntan registros de atenciones

Lunes	Martes	Miércoles	Viernes
02-06-2025 Martín Cuevas Sandoval Violeta Ramírez Cofre Juana Menares Huerta		04-06-2025 Simón Sepúlveda Seguel Alicia Lepe Lepe	
		11-06-2025 Margarita Arroyo Cordero Manuel Faúndez Rojas	13-06-2025 Marco Catalán Aravena Evaristo Cea Huenchumil Juan Arenas Becerra Sergio Salas Corvalán
	17-06-2025 Fresia Tobar Millacari Rosa Tobar Millacari Ruby Castillo Jorquera	18-06-2025 Segundo González González Ana Zapata Muñoz Luis Velásquez Galdames	

- **La cobertura del programa se encuentra al 100%, pero no todos los usuarios requieren atención kinésica.**
- **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.



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
Red Local de Apoyos y Cuidados

- Realizar ingreso 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.

Sistema Red Local de Apoyos y Cuidados

Trazabilidad REPORTES

Trazabilidad Hogares

Filtros

Region	Provincia	Comuna
METROPOLITANA DE SANTIAGO	TALAGANTE	PADRE HURTADO
N° de Hogares a Mostrar	Búsqueda por	
Todos	ID Hogar	18122
Estado Hogar		
Seleccionar		

Buscar

Hogares

9/20

FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 06/06/2025.

Hora: 13⁰⁰.

Comuna: Padre Hurtado

Lugar de realización: Oficina Keplam.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Anais Navarrete.	Coordinadora SAD.
Patricia Martínez.	AC y pedagoga
Ronice Rivera	AC
Johanne Ruiz	AC
Constanza González	AC
Constanza Soto.	AC
Lena Canedo.	AC.
Hellen Fuentes	TENS
Alondra Lefno.	AC
Belen Lizama	AC.
Camilo Donaire.	Kinesióloga.
Marcos Behemondes	Kinesióloga
Cristopher Morales.	Gestor Comunitario
Sebastian Hotz.	Psicólogo
Montserrat Aballay	Terapeuta ocupacional
Hernán de Quesne.	Coordinador PPLAC.

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

Desarrollo

N°

Handwritten initials in the top right corner.

FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha 18/06/25

Hora 9:30

Comuna Padre Hurtado

Lugar de realización Oficina Kaplan



Red Local de Apoyos y Cuidados

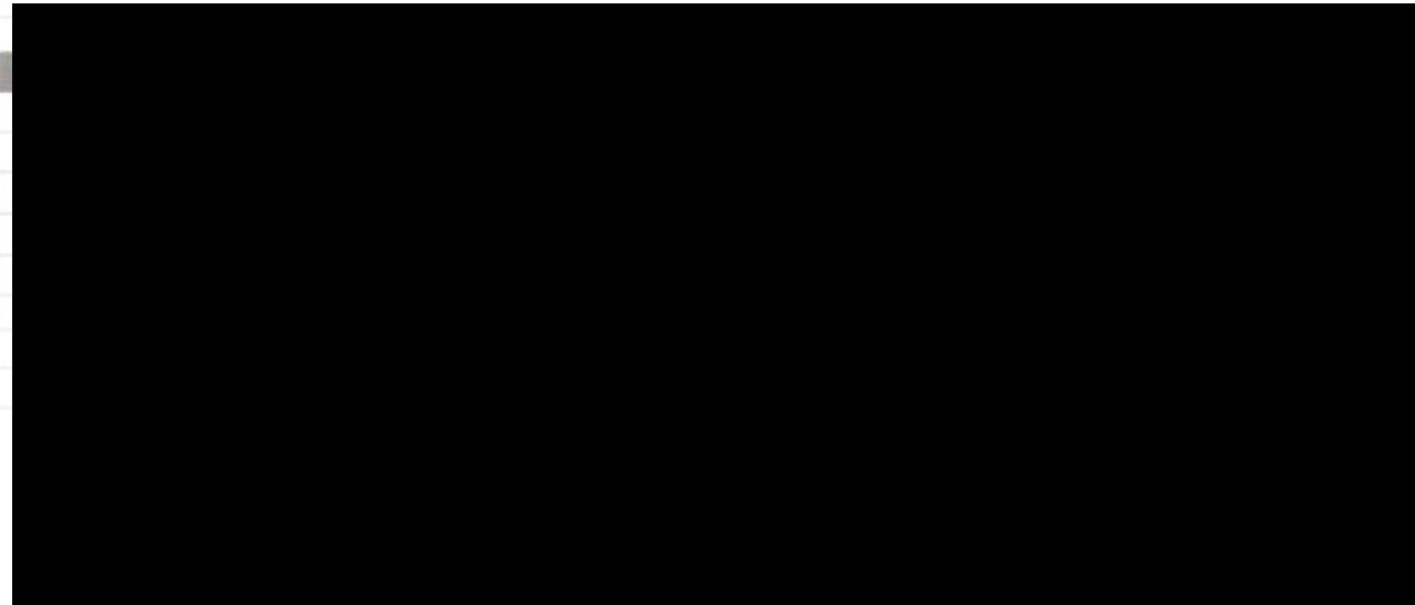
Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Monserrat Aballe	Terapeuta Ocupacional
Hellen Fuentes	TENS
Sebastian Hotz	Psicólogo
Gabriel Douaire	Kinesiólogo
Narcia Ballarín	Kinesiólogo

N°	Temas a tratar en reunión
	Entregas de Bitácoras
	Entregas Planes de intervención inicial + final
	Actualización estado de salud del usuario
	Derivación de nuevos usuarios x CASOS

Desarrollo

Inicio en el horario establecido + se llega de acuerdo y con compromiso



SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.



PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

98

Amir Damián San Martín
Nombre Profesional

Psicólogo
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>Luis Velásquez Jaldamí</i>		ID HOGAR <i>44334</i>	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>18-06-2025</u> Horario: <u>09:15</u>	Observaciones <i>Se realiza educación al usuario sobre importancia de la actividad física, solo a reforzamiento de plan de tratamiento</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**

9/8

Nombre Profesional	Camilo Alvarez San Martin
Especialidad	Psicología

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	Ava Zapata Muñoz	ID HOGAR	18623	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	------------------	-----------------	-------	-------------------------------	--

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>18-06-2023</u> Horario: <u>08:30</u>	Observaciones Se realizaron grupos de fuerza de EESS y EELL.	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

Amelia Inés San Martín
Nombre Profesional

Neurología
Especialidad

10/6

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 González González* ID HOGAR: *19623* PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>19-06-2025</u> Horario: <u>08:30</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de movilidad activa y activo-ausitada, solo a ejercicios de flexibilidad.</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

Nombre Profesional	Amelio Joaquin San Martín
Especialidad	Psicología

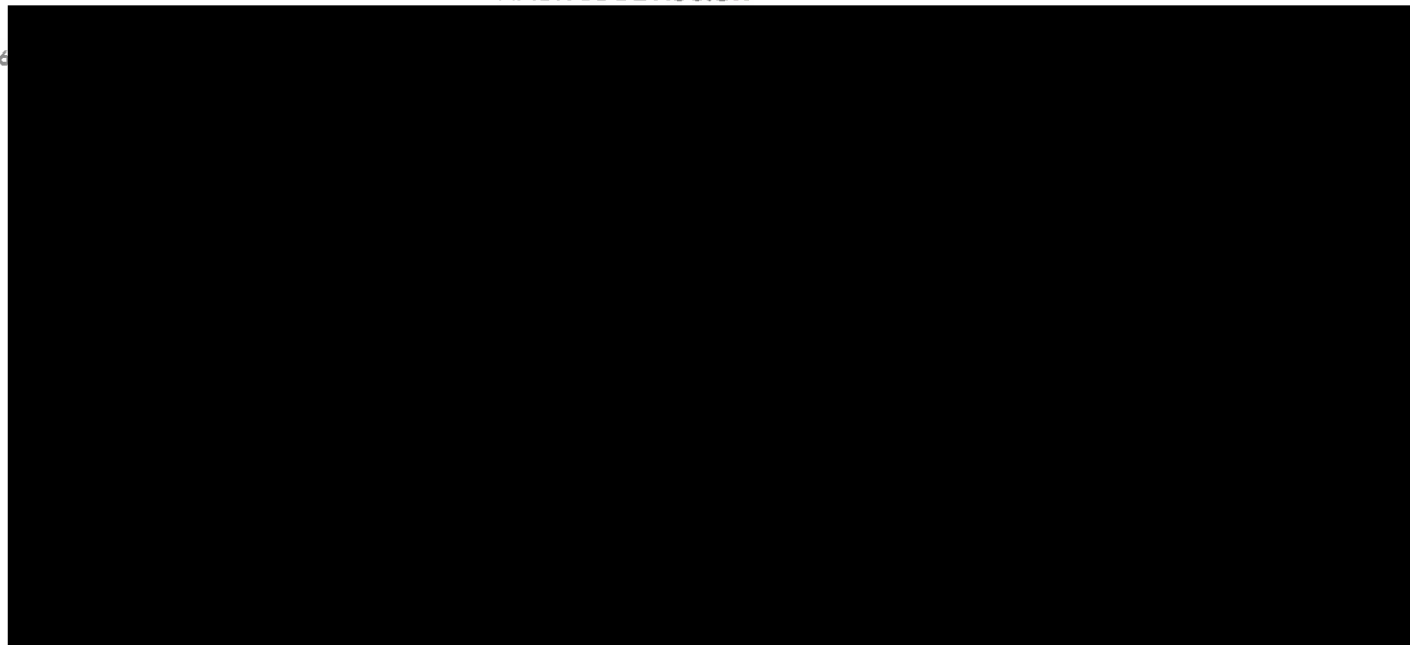
REGISTRO DE ATENCIÓN

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	Martín Weber Grandval	ID HOGAR	14324	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------	----------	-------	--

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>02-06-25</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones Se realiza recuperación de memoria, junto a ejercicios de fuerza de EESS, EELL.	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

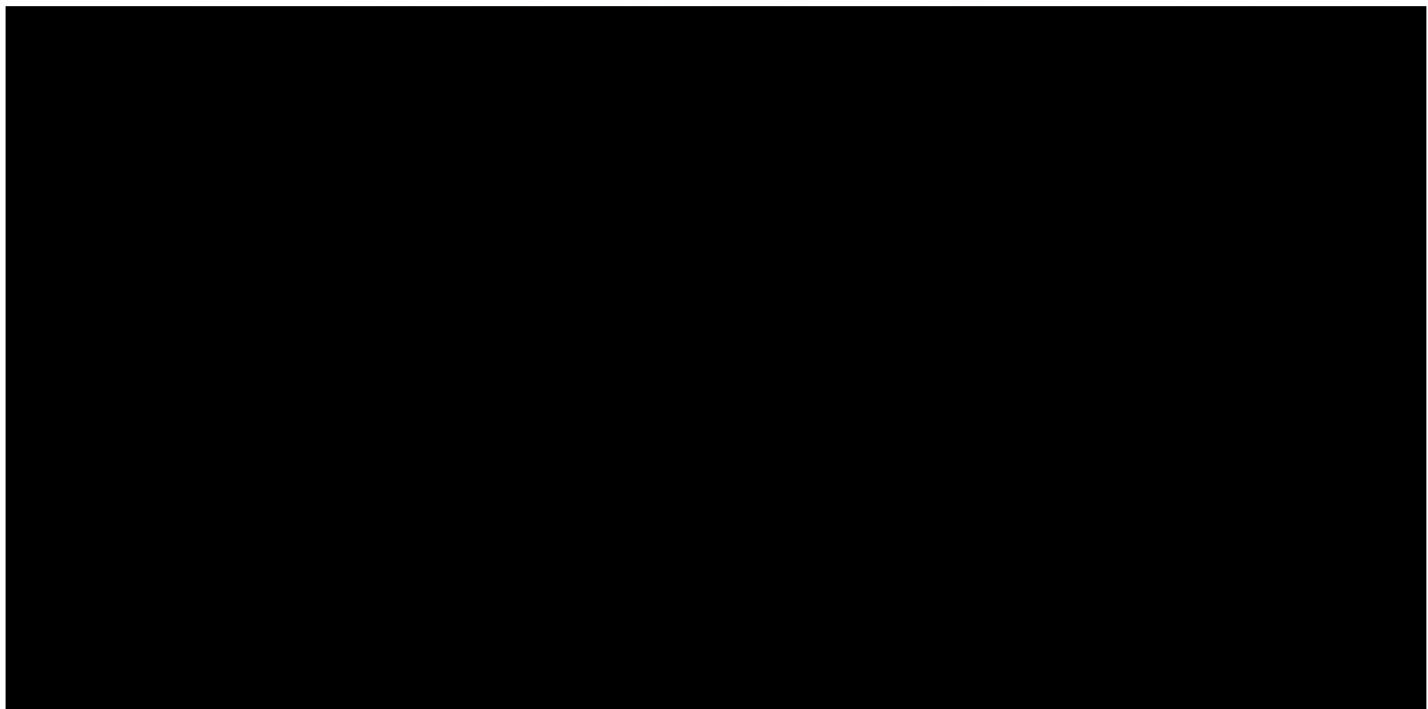
Nombre Profesional	Camilo Alvarez San Martin
Especialidad	Psicología

12

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		ID HOGAR		PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
MARIA SANCHEZ JALIA		44330			
Nº de sesión: 5	Observaciones Visita fallida.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>			
Ámbito(s): 1-3-6		Grupal <input type="checkbox"/>			
Fecha: 26-05-25					
Horario: 14:00					
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: _____					



SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.



PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

P. 13

Nombre Profesional	Camilo Dorado San Martín
Especialidad	Psicología

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	Lidia Polanco Saavedra	ID HOGAR	44330	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------------	----------	-------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>13-6</u> Fecha: <u>26-05-25</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones Visita fallida.	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**

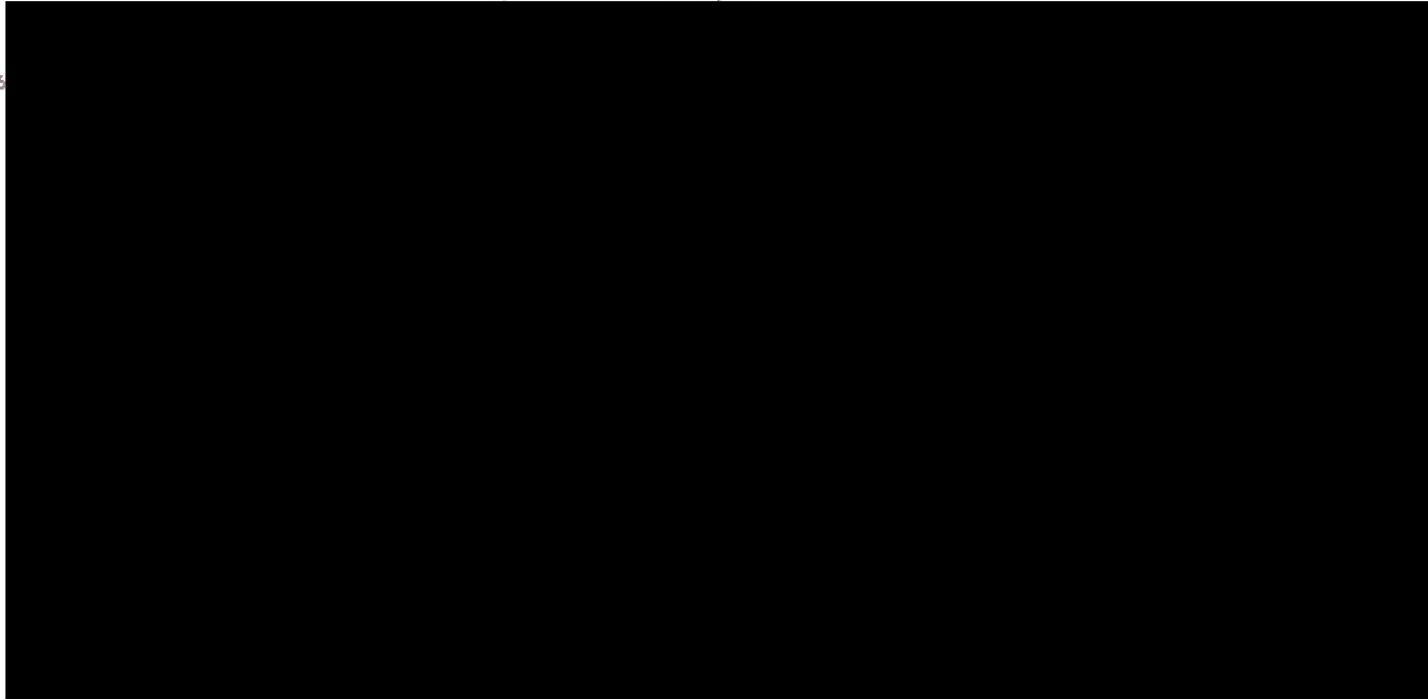
<i>Carola Domínguez San Martín</i>
Nombre Profesional
<i>Intervención</i>
Especialidad

44/44

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	<i>Manuel Fandiño Rojas</i>	ID HOGAR	<i>20401</i>	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>1</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>			
Ámbito(s): <u>2</u>	<i>Se realiza evaluación.</i>				
Fecha: <u>16-04-2025</u>					
Horario: <u>15:00</u>					
Nº de sesión: <u>2</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>			
Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	<i>Se realiza refinamiento de plan de avances. Junto a realidad persona global.</i>				
Fecha: <u>22-04-2025</u>					
Horario: <u>14:00</u>					
Nº de sesión: <u>3</u>	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>			
Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	<i>Se realiza ejercicio de fuerza y flexibilidad de codo y codo.</i>				
Fecha: <u>4-05-2025</u>					
Horario: <u>12:00</u>					
Nº de sesión: <u>4</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>			
Ámbito(s): <u>1-3-6</u>	<i>Se continúa con plan de tratamiento.</i>				
Fecha: <u>13-05-2025</u>					
Horario: <u>12:00</u>					



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Camilo Larraín San Martín
 Nombre Profesional

Psicología
 Especialidad

FL

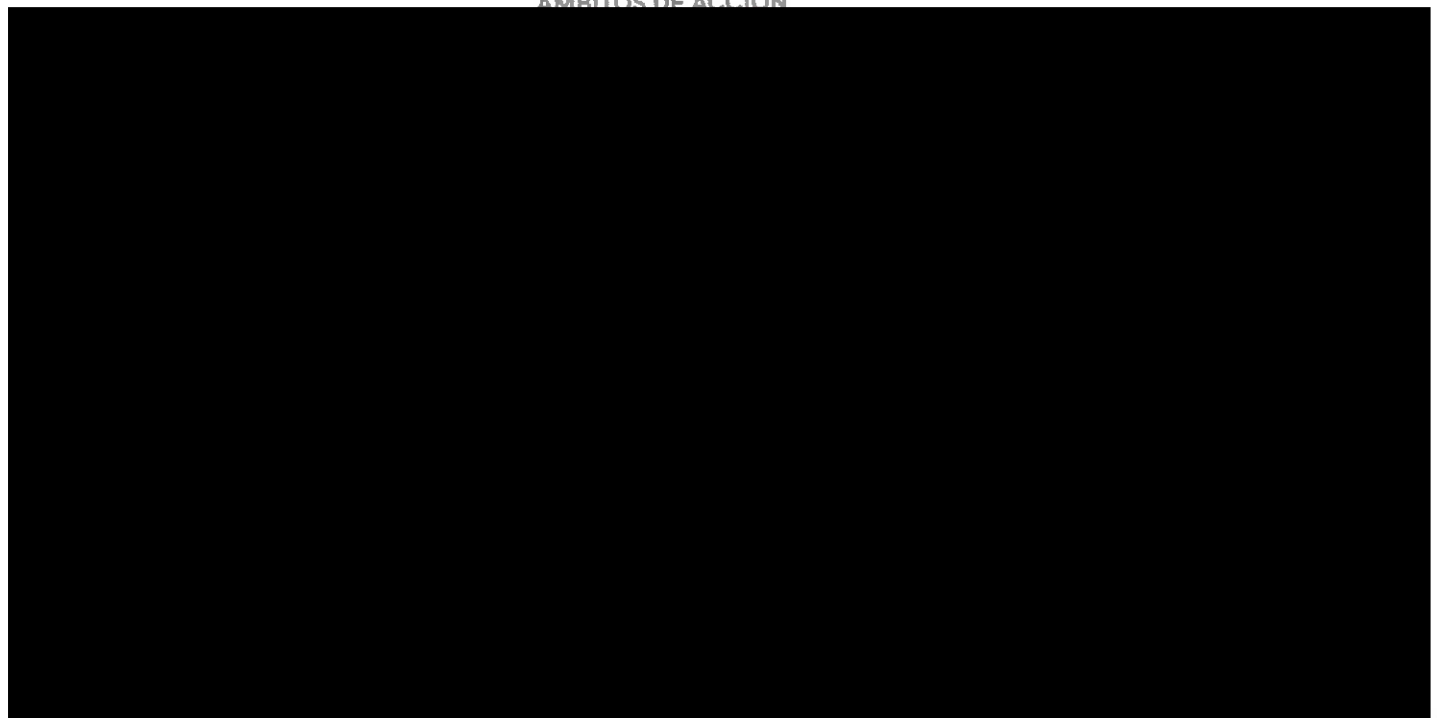
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Ava Johanna Vozzani* ID HOGAR *18662* PSDF CP

Nº de sesión: <u>1</u> Ambito(s): <u>2</u> Fecha: <u>19-03-2025</u> Horario: <u>16:00</u>	Observaciones <i>Se realiza evaluación.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ambito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>02-04-2025</u> Horario: <u>16:00</u>	Observaciones <i>Se realiza educación y estructura de plan de tratamiento.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>3</u> Ambito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>07-05-2025</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de EESS y EELL de fuerza y flexibilidad, previo movilidad dinámica general.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>4</u> Ambito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>21-05-2025</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <i>Se continúa con plan de tratamiento.</i> 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

46
46

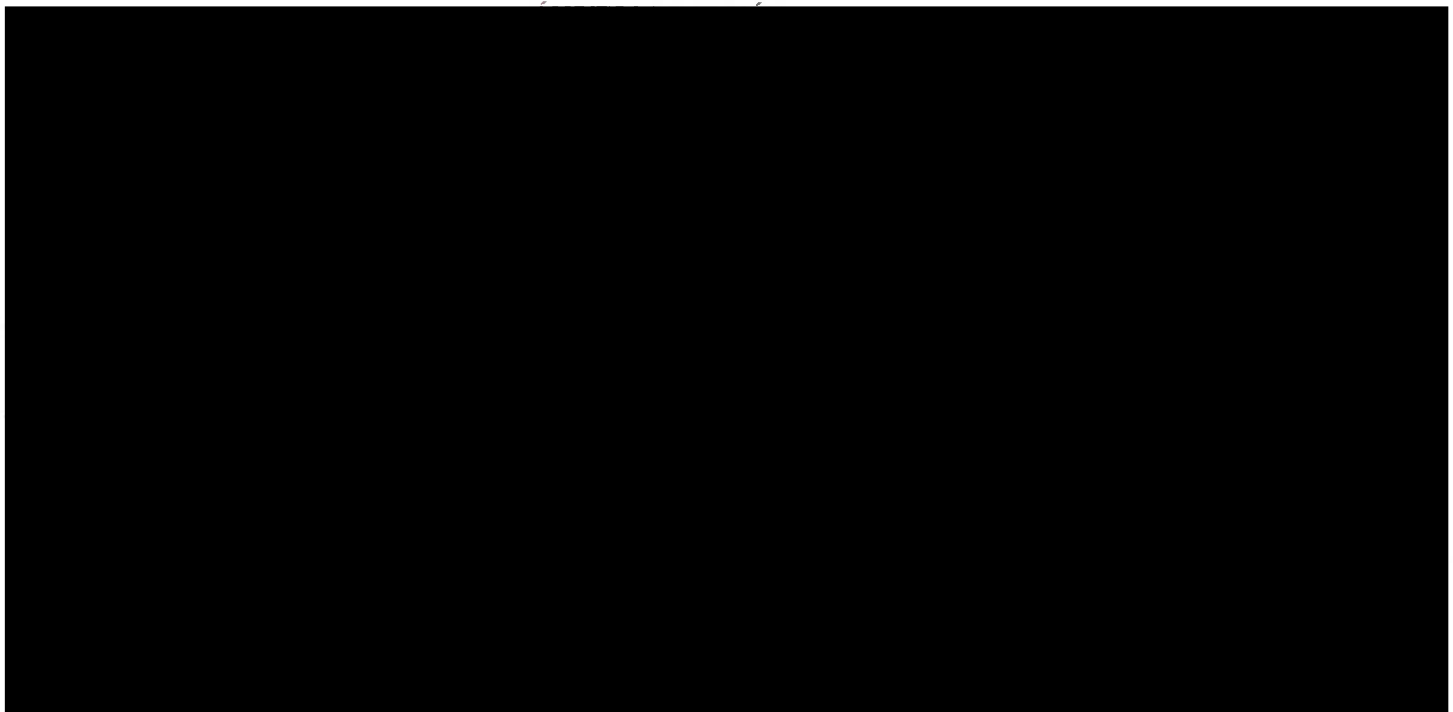
Carmelo Donoso San Martín
Nombre Profesional
Kinesiología
Especialidad

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	Everisto Cea Huanchamal	ID HOGAR	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	-------------------------	----------	--

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>21-03-2025</u> Horario: <u>15:00</u>	Observaciones Se continúa con plan de tratamiento	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>28-04-2025</u> Horario: <u>16:00</u>	Observaciones Se realizan ejercicios de fuerza y flexibilidad en EESS y EELL.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>7</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>27-05-2025</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones Se continúa con plan de tratamiento.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>8</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>13-06-25</u> Horario: <u>15:00</u>	Observaciones Se realizan ejercicios de fuerza y flexibilidad de EESS y EELL.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Amilo Donaise San Martin
Nombre Profesional
Psicóloga
Especialidad

18/11

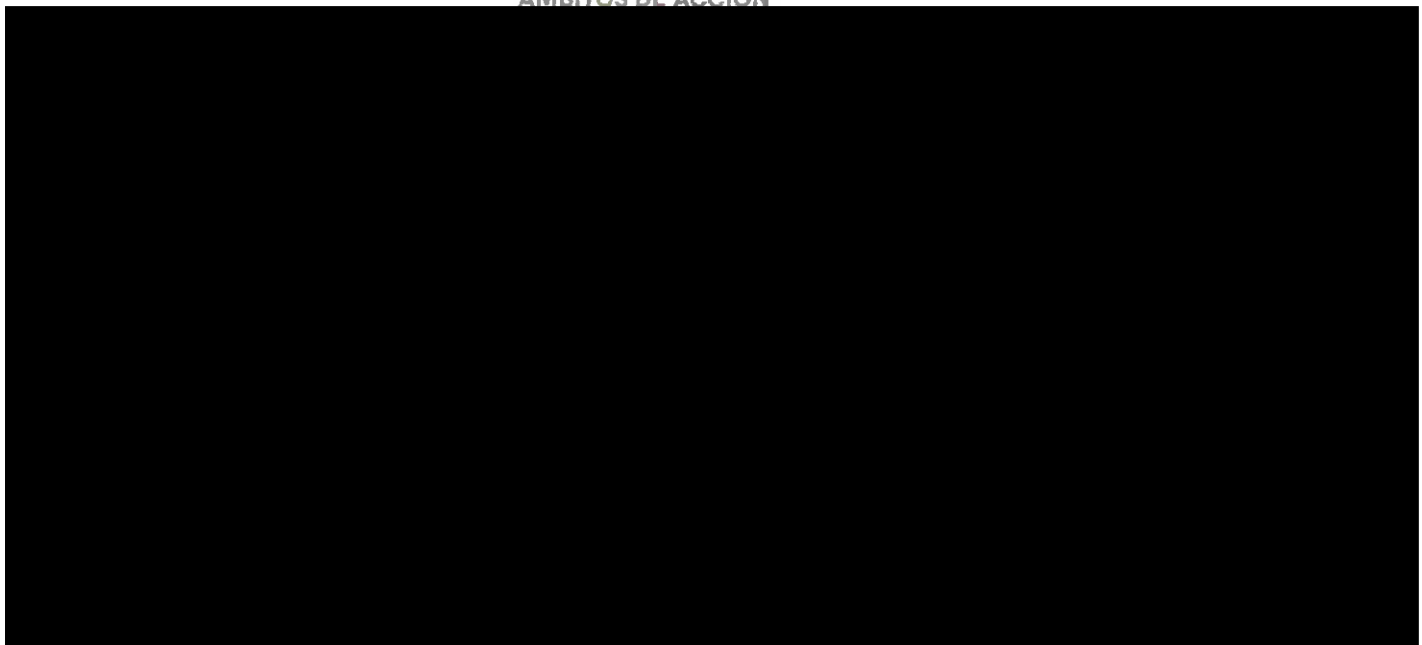
REGISTRO DE ATENCIÓN

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	Jedys Andrade	ID HOGAR	44340	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	---------------	----------	-------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>5</u> Ámbitos(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>29-03-2025</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones Se continúa con plan de tratamiento.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>6</u> Ámbitos(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>04-04-2025</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones Se continúa con plan de tratamiento.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>7</u> Ámbitos(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>14-05-2025</u> Horario: <u>12:00</u>	Observaciones Se realizó ejercicios de fuerza y flexibilidad en EESS y EELL.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>8</u> Ámbitos(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>29-05-2025</u> Horario: <u>15:00</u>	Observaciones Se continúa con el plan de tratamiento.	Individual <input checked="" 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

18
18

Nombre Profesional	Camilo Domínguez San Martín
Especialidad	Psicología

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	Violeta Ramírez López	ID HOGAR	44324	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------	----------	-------	-------------------------------	--

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>02-06-25</u> Horario: <u>12:00</u>	Observaciones Se realizó evaluación de habilidades y flexibilidad de EECS y EEI.	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

Carmelo Amadori San Martín
 Nombre Profesional
Psicología
 Especialidad

49
13

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.

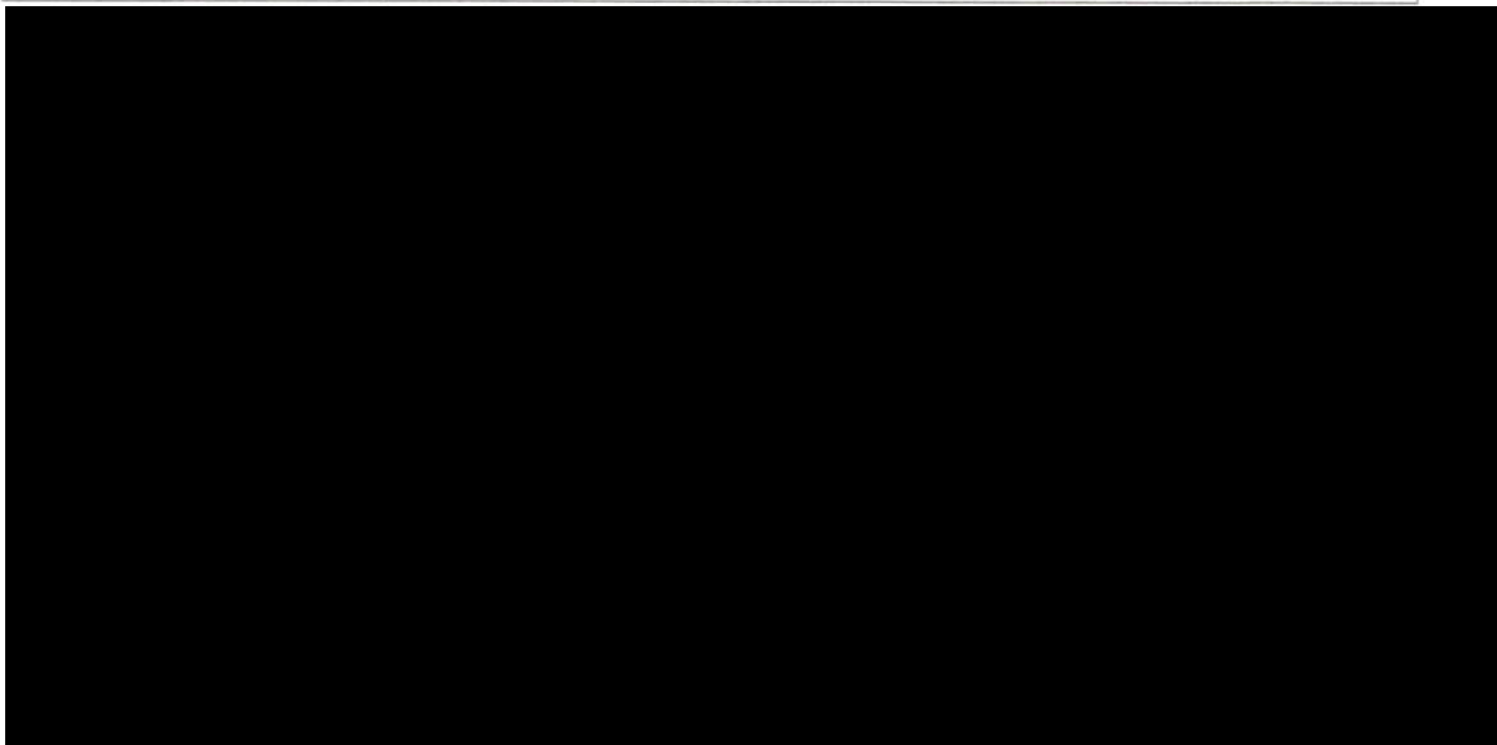
NOMBRE BENEFICIARIO/A *Luby Castillo Jorguero* ID HOGAR *13881* PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): E *Se realiza evaluación.*
 Fecha: 19-03-2025
 Horario: 16:00

Nº de sesión: 2 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Visita fallida.*
 Fecha: 23-04-2025
 Horario: 10:30

Nº de sesión: 3 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se establece plan de tratamiento orientado en movilidad y trabajo de fuerza.*
 Fecha: 19-05-2025
 Horario: 10:00

Nº de sesión: 4 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se realizan ejercicios de flexibilidad y fuerza de ECSS y EELL.*
 Fecha: 11-06-2025
 Horario: 11:00



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

27/20

Nombre Profesional	Barbara Donari San Martin
Especialidad	Psicología

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.

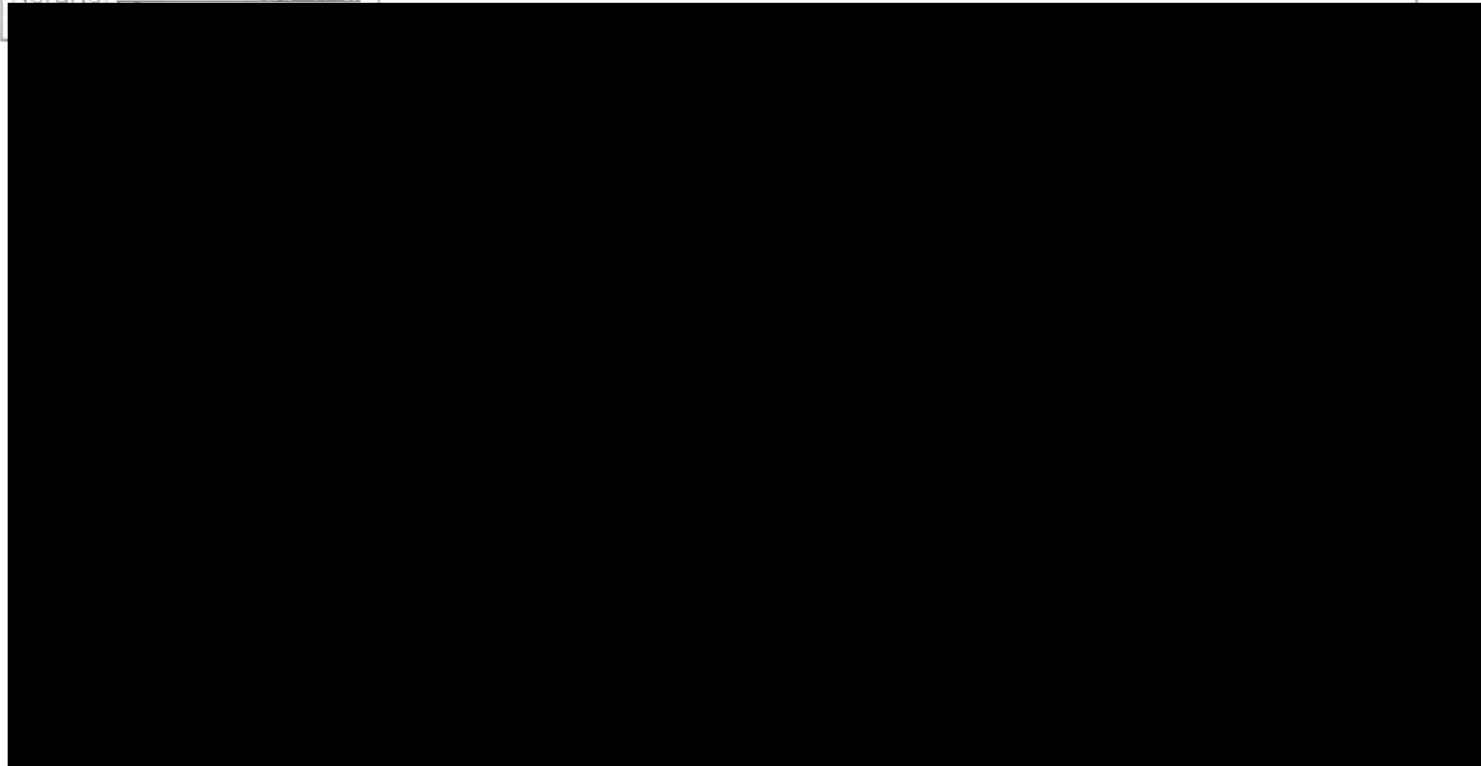
NOMBRE BENEFICIARIO/A	Margarita Araya Cordes	ID HOGAR	10399	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------------	----------	-------	--	-----------------------------

Nº de sesión: <u>5</u>	Observaciones Se realiza educación y reforzamiento de fluidez de habla.	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1-3-6</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>30-04-25</u>		
Horario: <u>11:00</u>		

Nº de sesión: <u>6</u>	Observaciones Se realizan ejercicios de flexibilidad y fuerza en EESS y EELL.	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1-3-6</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>05-05-25</u>		
Horario: <u>11:00</u>		

Nº de sesión: <u>7</u>	Observaciones Se realizan ejercicios de fuerza y flexibilidad de EESS y EELL.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1-3-6</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>11-06-25</u>		
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

Camilo María San Martín
Nombre Profesional

Psicología
Especialidad

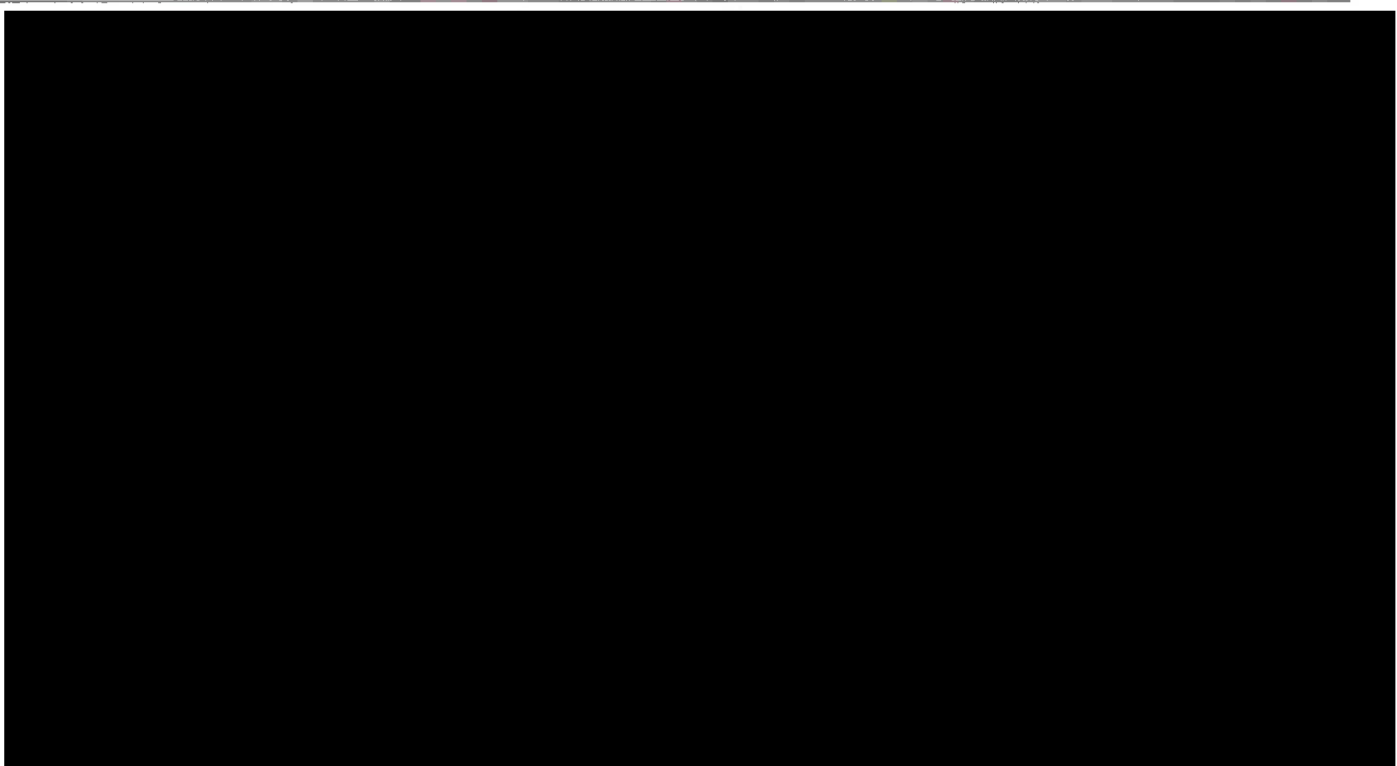
2x
2x

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 FAÚNDEZ ROSA* ID HOGAR *80401* PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>11-06-25</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de flexibilidad y fuerza de ECll y zona media.</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

#22

Nombre Profesional	Carolina Doussal San Martín
Especialidad	Neurología

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	Simón Sepúlveda Seguel	ID HOGAR	2196	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------------	----------	------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-5-6</u> Fecha: <u>04-06-25</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones <u>Visita fallida.</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"/>



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Camilo Domínguez San Martín
 Nombre Profesional
Vinculación
 Especialidad

2/23

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 *Carlos Soto Hernández* ID HOGAR *55500* PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>23-03-2025</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones <i>Se realiza evaluación de condiciones actual.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>14-04-2025</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones <i>Se realiza movilidad y flexibilidad de EESS y EELL.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>7</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>05-05-2025</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones <i>Se realiza trabajo de movilidad y flexibilidad de EESS y EELL.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>8</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>23-05-2025</u> Horario: <u>17:00</u>	Observaciones <i>Se continúa con plan de tratamiento.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Camela Domínguez San Martín
 Nombre Profesional
Inesidocia
 Especialidad

21/20

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.

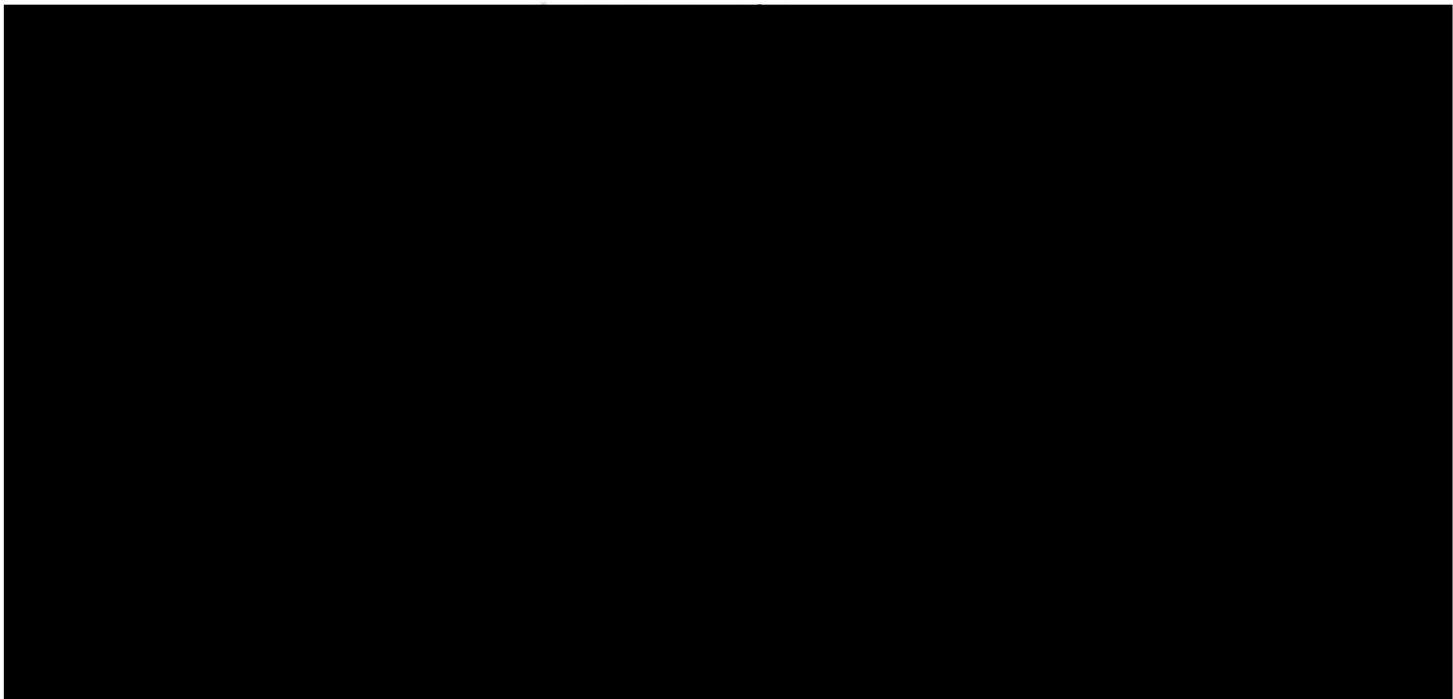
NOMBRE BENEFICIARIO/A *Rosalba Martínez Vidal* ID HOGAR *15105* PSDF CP

Nº de sesión: 5 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se continúa con plan de tratamiento.*
 Fecha: 24-03-2025
 Horario: 12:00

Nº de sesión: 6 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se continúa con plan de tratamiento.*
 Fecha: 07-04-2025
 Horario: 12:00

Nº de sesión: 2 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se realizan ejercicios de puesta
 en EELL y se realiza educación sobre
 importancia de la Adhesión física*
 Fecha: 12-05-2025
 Horario: 15:00

Nº de sesión: 3 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se continúa con plan de
 tratamiento.*
 Fecha: 30-05-2025
 Horario: 16:00



SSEE

FO SE 02

Registro de atención
profesionales SS.EE.



PROGRAMA
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Camelo Donoso San Martín
Nombre Profesional

Vinculada
Especialidad

1/2

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 Martínez Vidal* ID HOGAR *15105* PSDF CP

Nº de sesión: 5 Observaciones Individual
 Grupo
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se continúa con plan de tratamiento.*
 Fecha: 24-03-2025
 Horario: 11:00

Nº de sesión: 6 Observaciones Individual
 Grupo
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se continúa con plan de tratamiento.*
 Fecha: 07-04-2025
 Horario: 17:00

Nº de sesión: 7 Observaciones Individual
 Grupo
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se realiza evaluación psica general y psicología en casa y cell.*
 Fecha: 12-05-2025
 Horario: 15:00

Nº de sesión: 8 Observaciones Individual
 Grupo
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se continúa con plan de tratamiento.*
 Fecha: 30-05-2025
 Horario: 16:00

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

24/26

Nombre Profesional: Carolina Daniela González

Especialidad: _____

REGISTRO DE ATENCIÓN

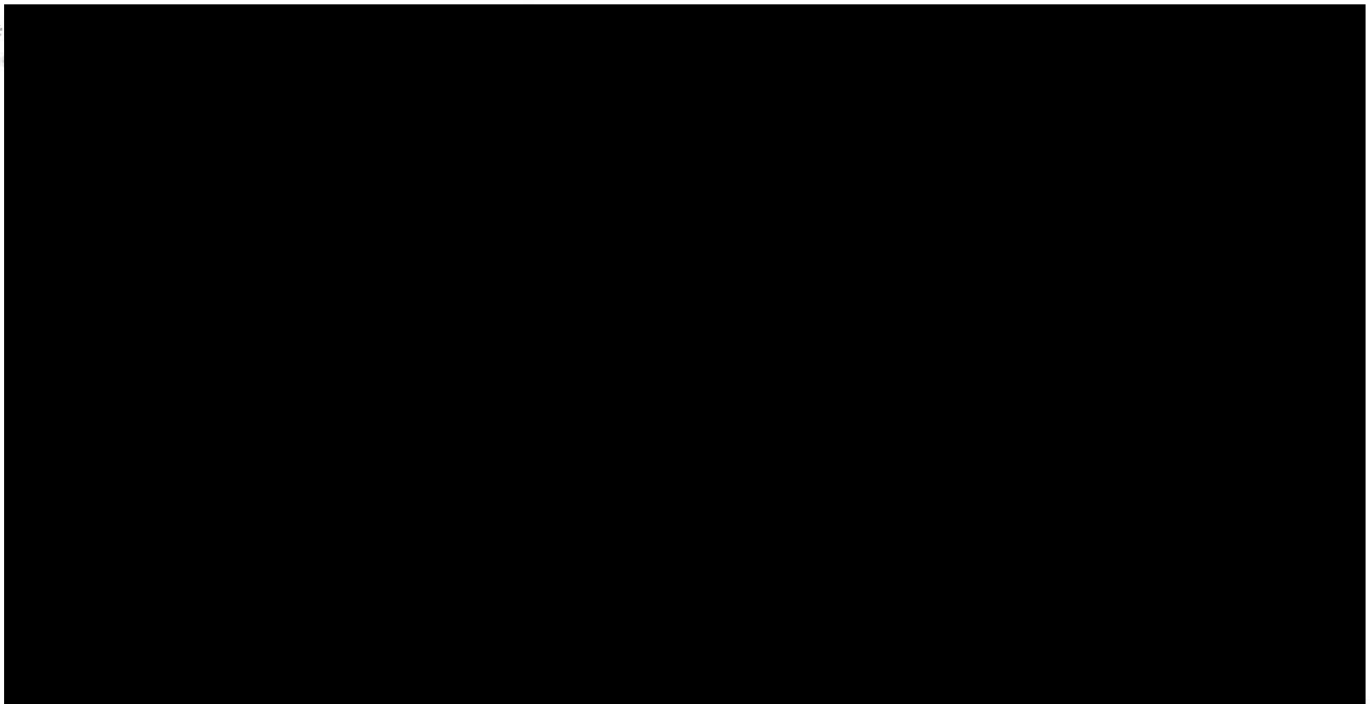
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A: Jolo Sánchez Barrios ID HOGAR: 10.095 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>29-03-2025</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <u>Se realiza evaluación</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>23-04-2025</u> Horario: <u>15:00</u>	Observaciones <u>Se realiza educación sobre nutrición actual y manejo de plan de tratamiento</u> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>14-05-2025</u> Horario: <u>10:00</u>	Observaciones <u>Visita fallida.</u> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>19-05-2025</u> Horario: <u>10:00</u>	Observaciones <u>Se continúa con plan de tratamiento.</u> Individual <input checked="" 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

Amib Denise San Martin
 Nombre Profesional
Kinesiología
 Especialidad

24/24

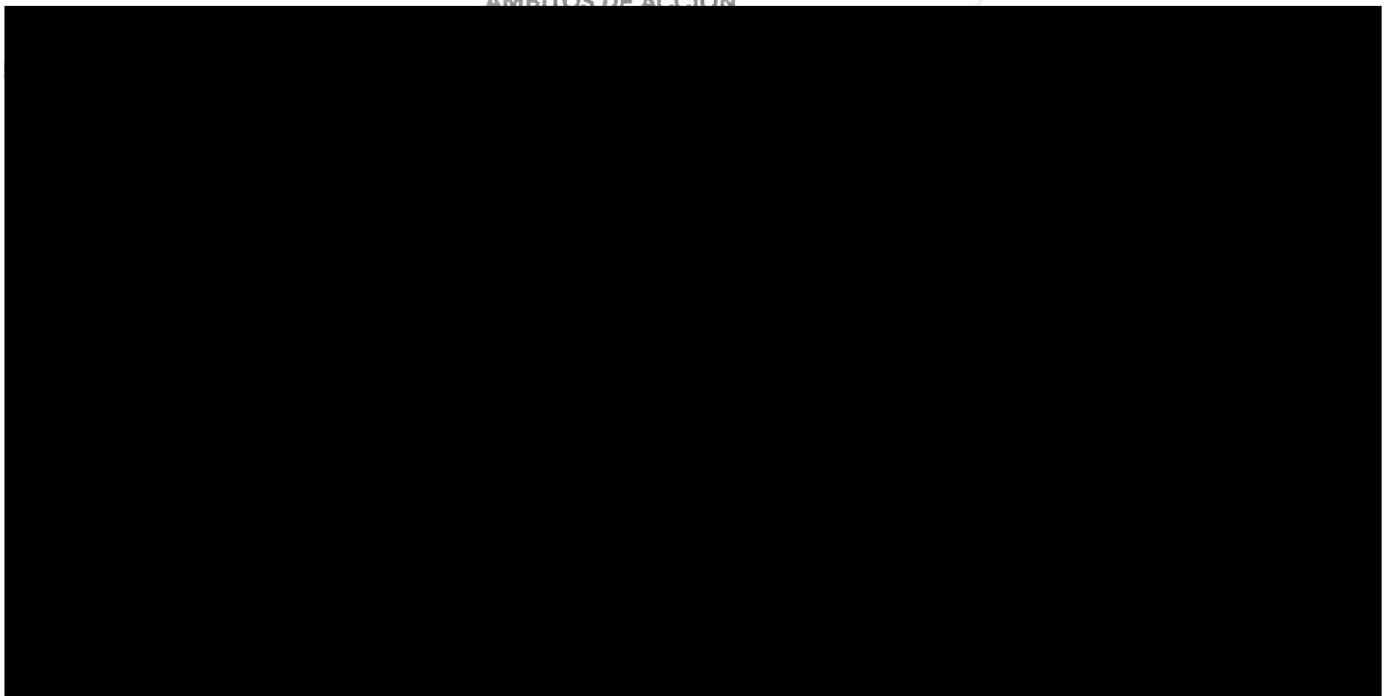
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 *Bergio Balas* ID HOGAR *44321* PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>23-04-2015</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de movilidad de EESS y EELL.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>25-05-2015</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de flexibilidad y fuerza de EESS y EELL.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>7</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>27-05-2015</u> Horario: <u>10:00</u>	Observaciones <i>Se continúa con plan de tratamiento.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>8</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>13-06-2015</u> Horario: <u>12:00</u>	Observaciones <i>Se continúa con plan de tratamiento.</i> Individual <input checked="" 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

Camila Lavigne San Martín
 Nombre Profesional
Psicología
 Especialidad

26/03/20

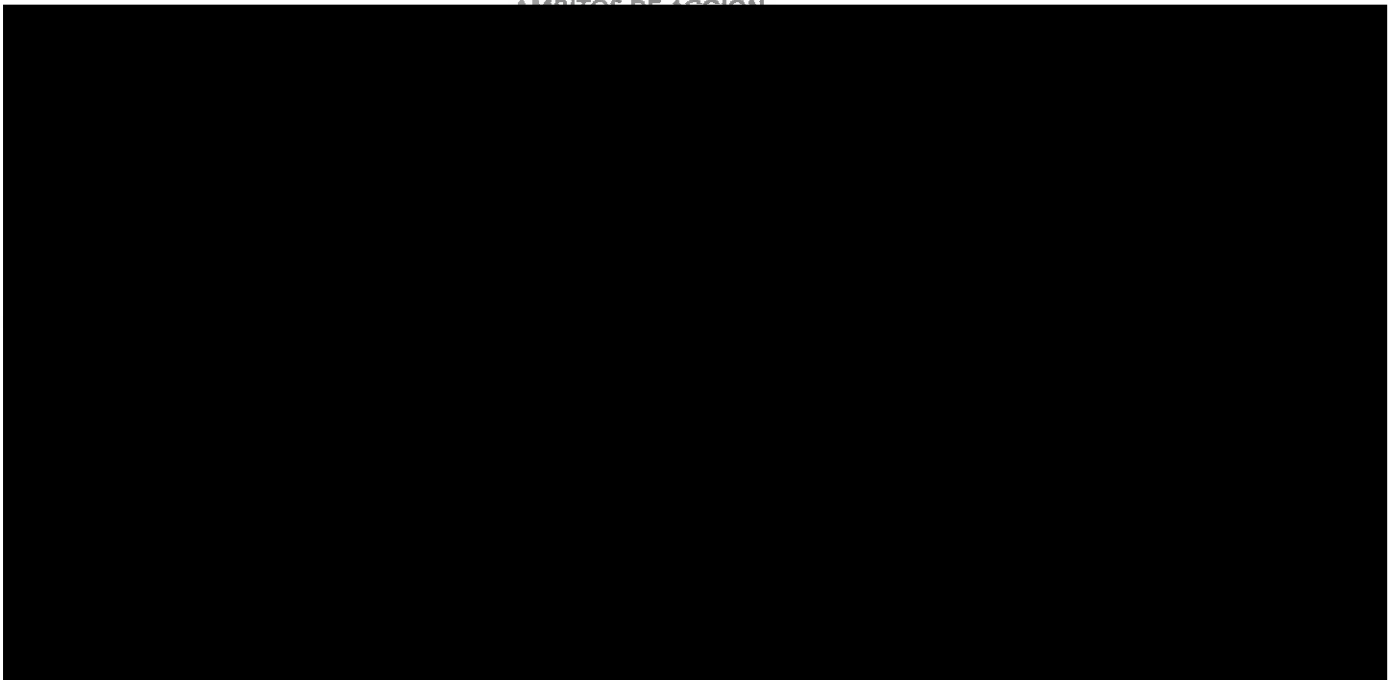
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 *Brigida González Aguib* ID HOGAR *44322* PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>4-03-2025</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <i>Se continúa plan de trabajo.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>07-04-2025</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <i>Se realiza educación a cuidadora y se realiza entrega de material subvencional para autocuidado.</i> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>7</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>14-05-2025</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <i>Se realiza educación a cuidadora sobre función y mandato actual de la PSDF.</i> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>8</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>30-05-2025</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <i>Se continúa con plan de trabajo.</i> Individual <input 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

Camilo Domate San Martín
 Nombre Profesional
Psicóloga
 Especialidad

27/04

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 *Edwardo Urdano Cayuqueo* ID HOGAR *18292* PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>17-03-2025</u> Horario: <u>16:00</u>	Observaciones <i>Se realiza evaluación.</i>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>04-04-2025</u> Horario: <u>16:00</u>	Observaciones <i>Se realiza educación y reforzamiento de cultura de ejercicios.</i>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>09-05-2025</u> Horario: <u>15:00</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de movilidad y flexibilidad de ECSS y ECII.</i>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>24-05-25</u> Horario: <u>18:00</u>	Observaciones <i>Visita fallida.</i>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

6



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

79/20

Nombre Profesional	Carlo Jaque San Martín
Especialidad	Psicología

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.

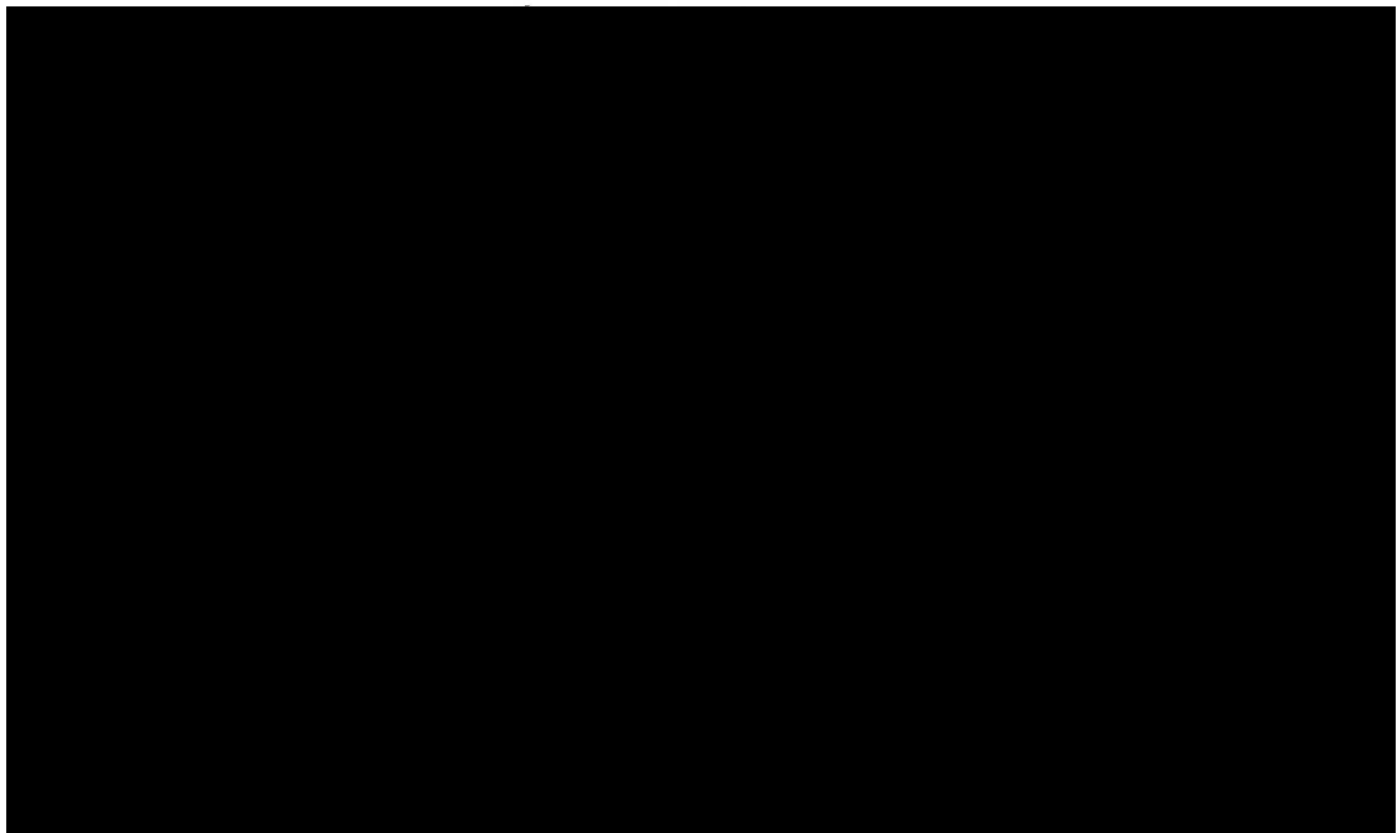
NOMBRE BENEFICIARIO/A	Miguel Fuentes Martínez	ID HOGAR	55512	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	-------------------------	----------	-------	-------------------------------	-----------------------------

Nº de sesión: <u>5</u>	Observaciones Se realiza educación y reforzamiento de cultura de unidades.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1-3-6</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>29-03-2025</u>		
Horario: <u>11:00</u>		

Nº de sesión: <u>6</u>	Observaciones Se realizan ejercicios de flexibilidad global.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1-3-6</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>29-04-2025</u>		
Horario: <u>09:00</u>		

Nº de sesión: <u>7</u>	Observaciones Se realizan ejercicios de flexibilidad de EESS y EELL y Juntos, a reproducción de música A través de diferentes transitorios y transiciones.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1-3-6</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>02-05-2025</u>		
Horario: <u>09:00</u>		

Nº de sesión: <u>8</u>	Observaciones Se continúa con plan de tratamiento.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1-3-6</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>30-05-2025</u>		
Horario: <u>10:00</u>		



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Camilo Alessi San Martín
 Nombre Profesional

Psicología
 Especialidad

7/21

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.

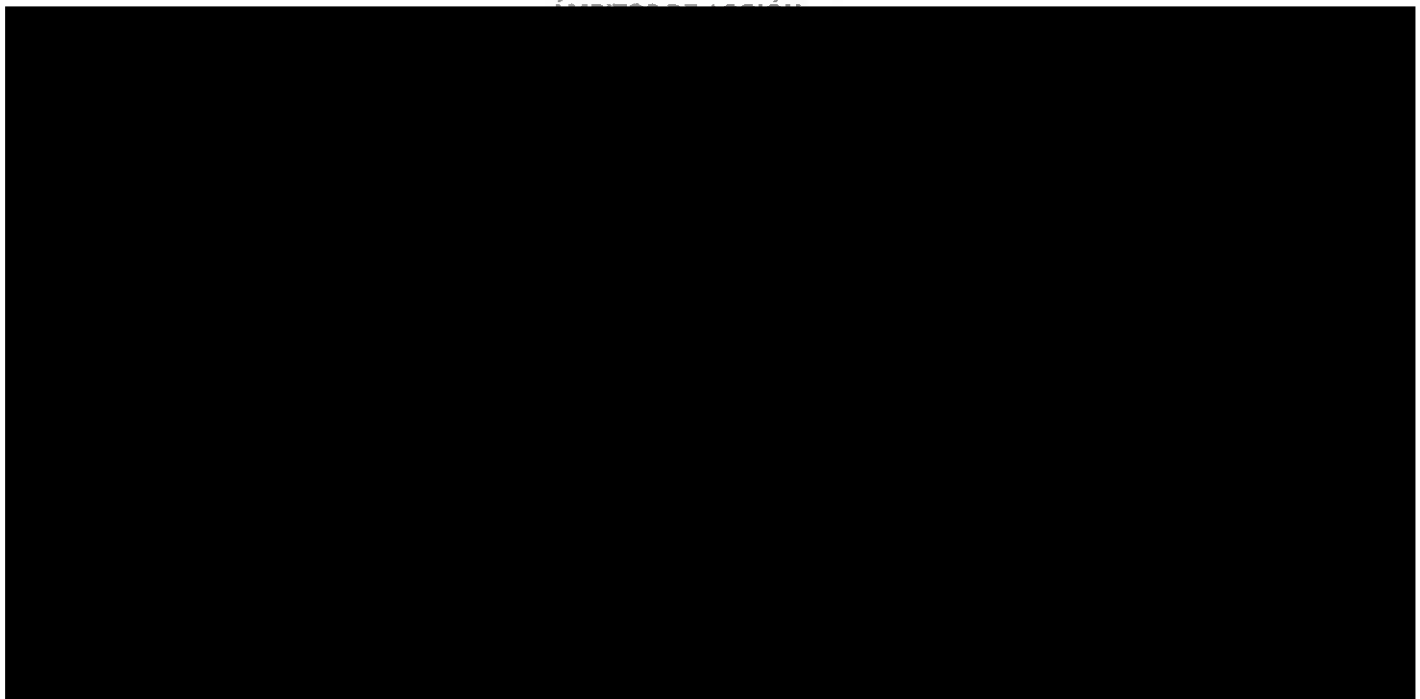
NOMBRE BENEFICIARIO/A *Mario Vasquez Valderama* ID HOGAR *44243* PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 2
 Fecha: 21-04-25
 Horario: 14:00
Se realiza evaluación.

Nº de sesión: 2 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6
 Fecha: 28-04-25
 Horario: 14:00
Se realiza evaluación sobre contenidos actual del curso junto a preparar plan de trabajo.

Nº de sesión: 3 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6
 Fecha: 4-04-25
 Horario: 11:00
Se realiza movilidad activa de C&S y C&L. Junto a paseo por zona y donho de su domicilio en silla de ruedas (apoyo técnico)

Nº de sesión: 4 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6
 Fecha: 19-05-25
 Horario: 12:00
Se continúa con plan de trabajo.



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Carolina Jimenez San Martin
Nombre Profesional

Psicóloga
Especialidad

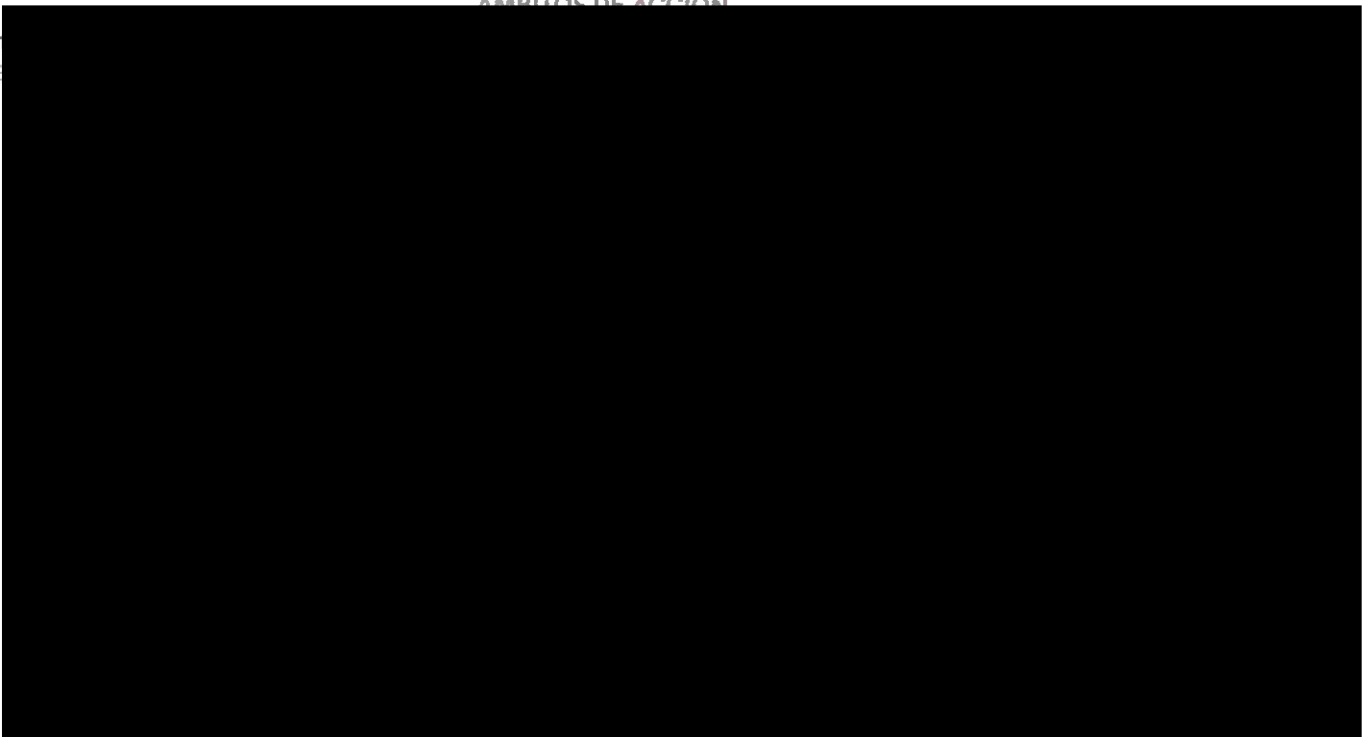
MS

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>Juan Arenas</i>		ID HOGAR <i>55521</i>	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>21-04-25</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <i>Se realiza educación sobre a temáticas de movilidad y flexibilidad global</i>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>07-05-25</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <i>Visita fallida.</i>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>7</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>26-05-25</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de flexibilidad de EESS y EELL.</i>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>8</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>13-06-25</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de flexibilidad de EESS y EELL.</i>	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

Camilo Donatti San Martín
 Nombre Profesional
 Psicología
 Especialidad

27/33

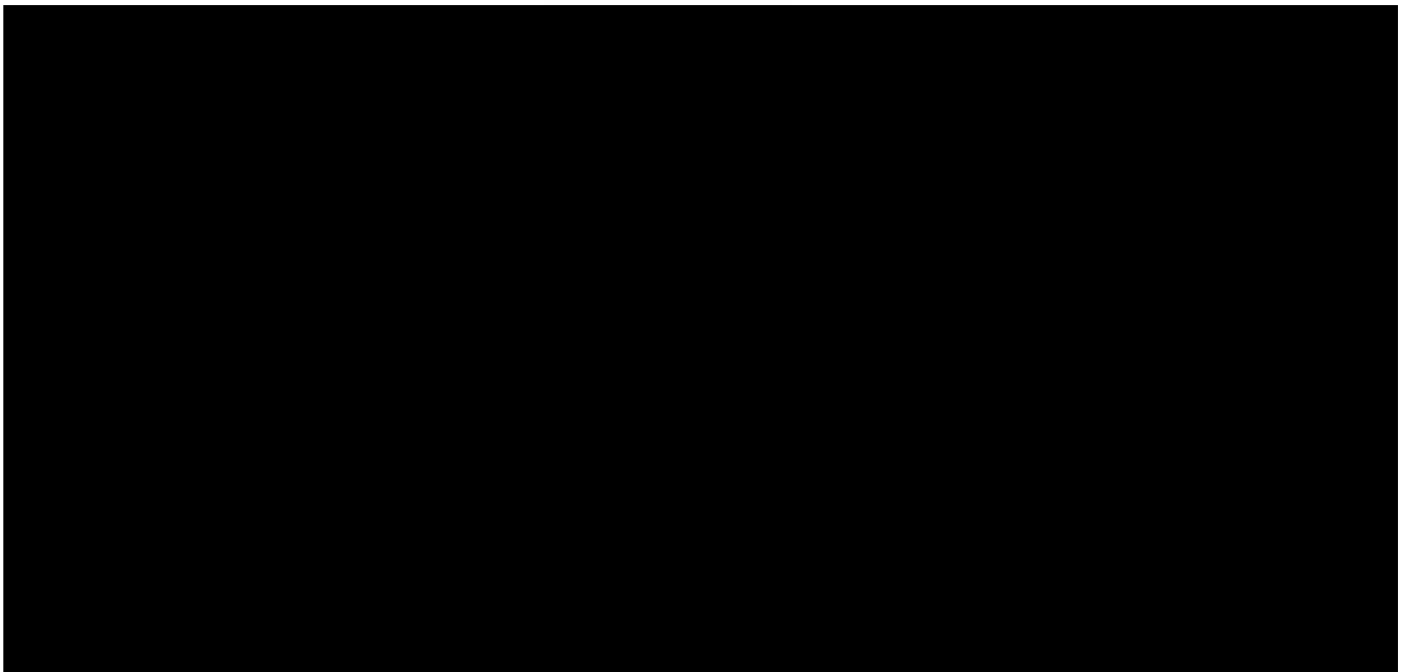
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 Tobas* ID HOGAR *11523* PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>07-05-25</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de movilidad y flexibilidad de EESS y EELL.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>20-05-25</u> Horario: <u>12:00</u>	Observaciones <i>Se continúa con plan de fortalecimiento.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>7</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>12-06-25</u> Horario: <u>13:30</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de movilidad, fuerza y flexibilidad de EESS y EELL.</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

Camilo Donatelo San Martín
 Nombre Profesional
 Kinesióloga
 Especialidad

238/154

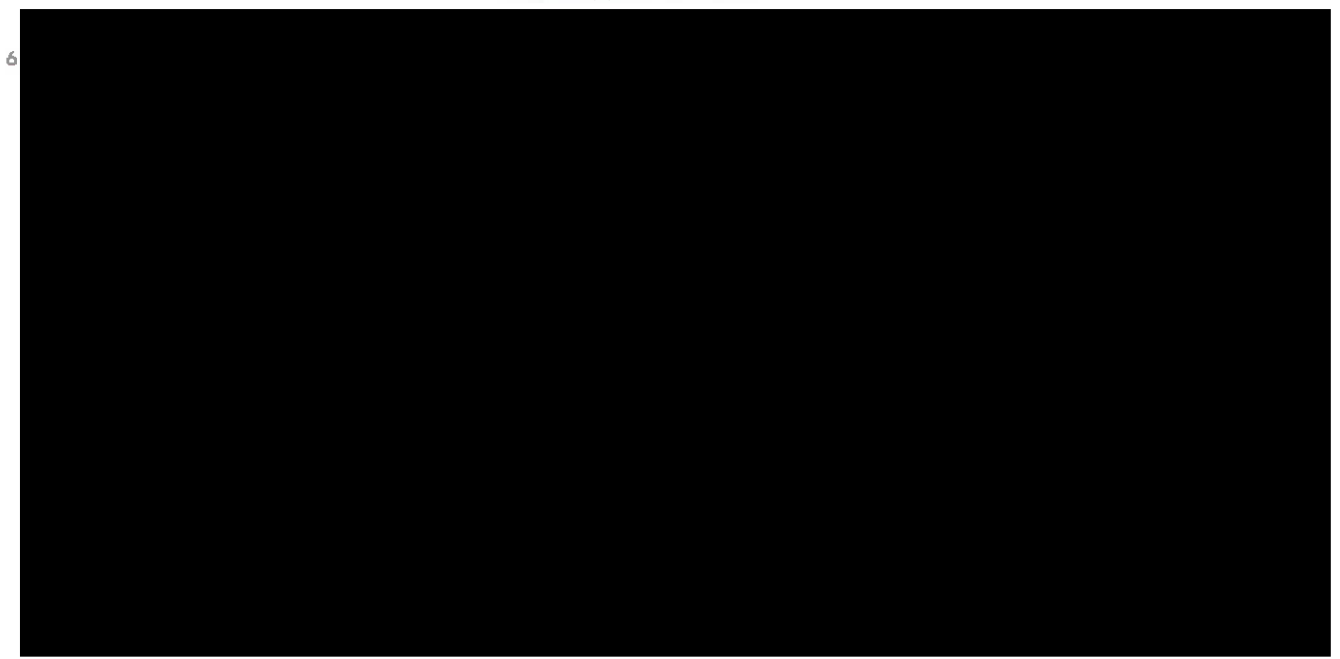
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 Fresia Tobari ID HOGAR 11523 PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>07-05-25</u> Horario: <u>14:00</u>	Observaciones <u>Se realizan ejercicios de flexibilidad general, junto a ejercicios de danza.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>30-05-25</u> Horario: <u>12:00</u>	Observaciones <u>Se continúa con plan de fortalecimiento.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>7</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>11-06-25</u> Horario: <u>13:30</u>	Observaciones <u>Se realizan ejercicios de flexibilidad, movilidad de E.E.LL.</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"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN



6

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Camila Donari San Martín
 Nombre Profesional
Kinesiología
 Especialidad

24/3

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 *Silvia Pujari* ID HOGAR *12032* PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>29-01-2025</u> Horario: <u>10:00</u>	Observaciones <i>Se realiza evaluación inicial.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>19-02-2025</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <i>Se continúa con plan de tratamiento.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>09-04-2025</u> Horario: <u>09:30</u>	Observaciones <i>Se realiza terapia manual y se refuerzan ejercicios de plan de tratamiento.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>27-05-2025</u> Horario: <u>10:00</u>	Observaciones <i>Se realizan ejercicios de fuerza de EEES y ELL.</i> Individual <input checked="" 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

Camilo Daniel San Martín
 Nombre Profesional
Intervención
 Especialidad

28

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 *Vladimir Urbina Pulgar* ID HOGAR *12032* PSDF CP

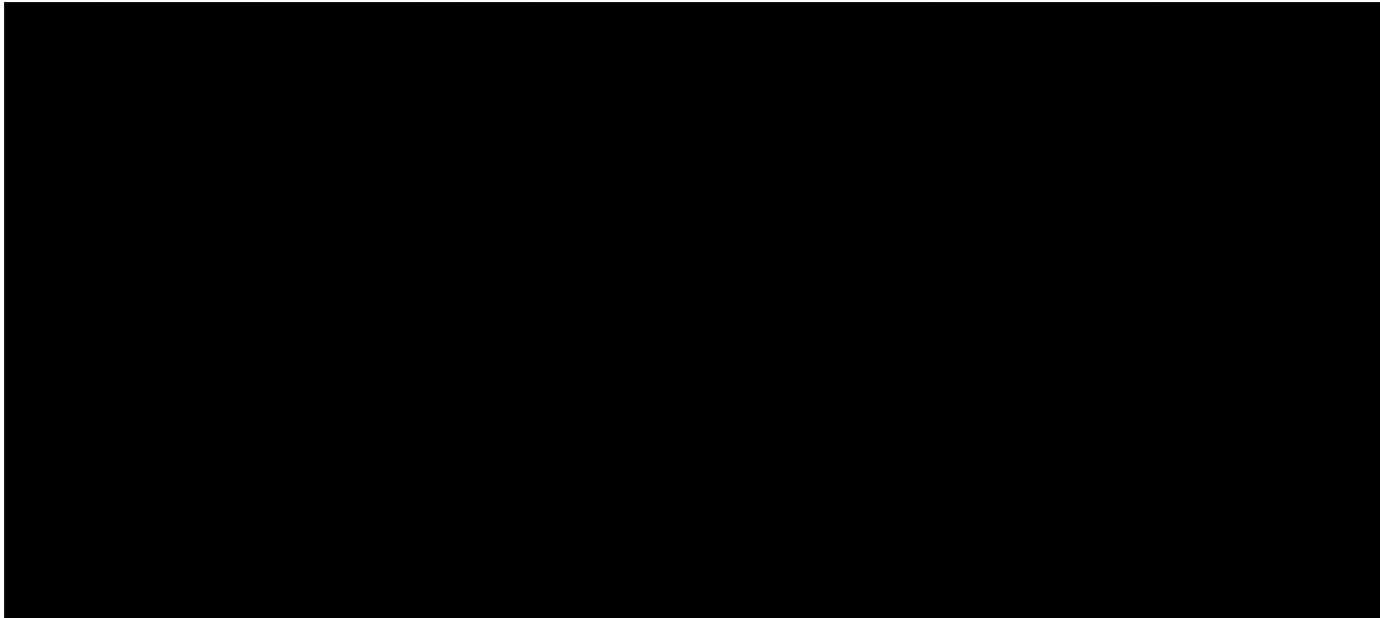
Nº de sesión: 1 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): E *Se realiza evaluación inicial.*
 Fecha: 29-01-2025
 Horario: 10:00

Nº de sesión: 2 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se contrasta con plan de tratamiento.*
 Fecha: 19-02-2025
 Horario: 1400

Nº de sesión: 3 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se realiza variedad y flexibilidad de apoyo y roles, EESS y EELL.*
 Fecha: 09-04-2025
 Horario: 09:20

Nº de sesión: 4 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se realiza variedad de flexibilidad de EESS y EELL.*
 Fecha: 22-05-2025
 Horario: 10:00

ÁMBITOS DE ACCIÓN



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Carmelo Donato San Martín
 Nombre Profesional

Kinesióloga
 Especialidad

[Handwritten mark]

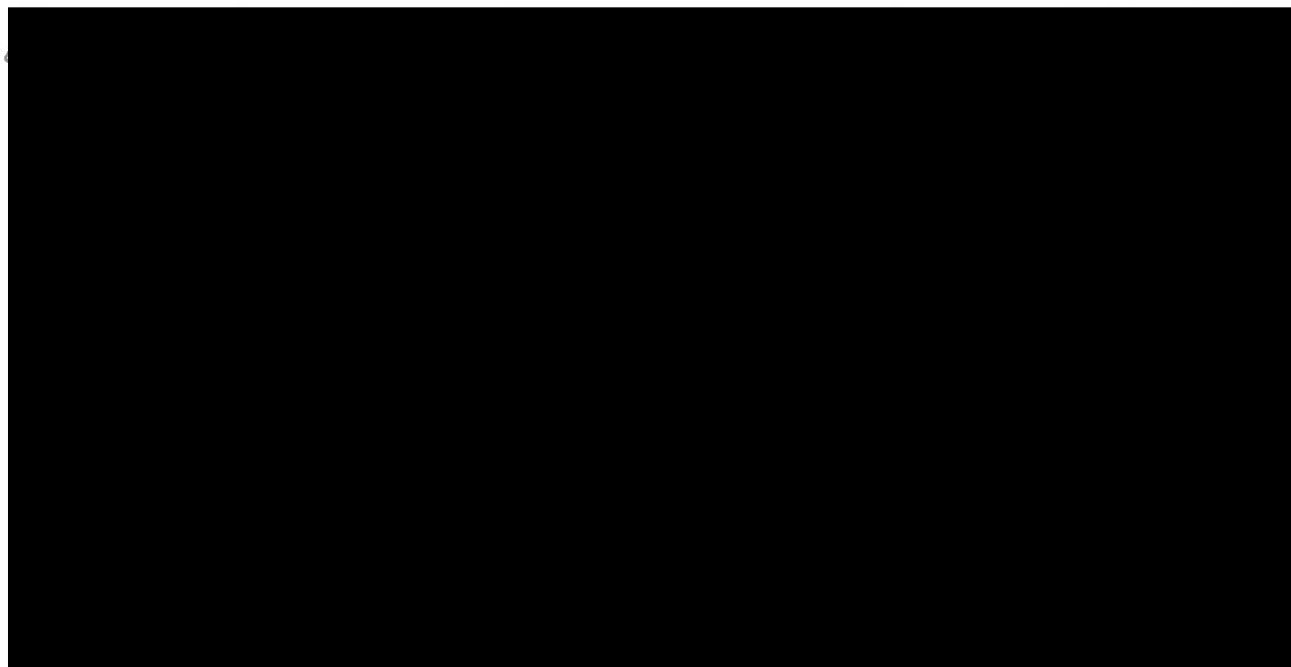
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Marta Celeda Nole ID HOGAR 59040 PSDF CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>29-01-2025</u> Horario: <u>13:00</u>	Observaciones <u>Se realiza evaluación inicial.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1-3-b</u> Fecha: <u>19-02-2025</u> Horario: <u>10:00</u>	Observaciones <u>Se continúa con plan de tratamiento</u> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>1-3-b</u> Fecha: <u>09-04-2025</u> Horario: <u>11:30</u>	Observaciones <u>Se realiza movilidad y flexibilidad de ECSS y EELL.</u> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>1-3-b</u> Fecha: <u>27-05-2025</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <u>Se realizan ejercicios de fuerza y flexibilidad de ECSS y EELL.</u> Individual <input checked="" 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

Camila Doraine San Martín
 Nombre Profesional
Kinesiología
 Especialidad

28/5/20

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Urcio Catalán* ID HOGAR _____ PSDF CP

Nº de sesión: 1 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se realiza evaluación. Se evalúa sobre condición actual de usuario con hijo y cuidadora.*
 Fecha: 16-05-25
 Horario: 16:00

Nº de sesión: 2 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se continúa con flujo de Ho.*
 Fecha: 30-05-25
 Horario: 16:00

Nº de sesión: 3 Observaciones Individual
 Grupal
 Ámbito(s): 1-3-6 *Se realizan orientaciones y repaso de flujo de Instrumentos.*
 Fecha: 13-06-25
 Horario: 17:00

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

1
6 B

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Camela Domínguez San Martín
 Nombre Profesional
Neurociencia
 Especialidad

78
39

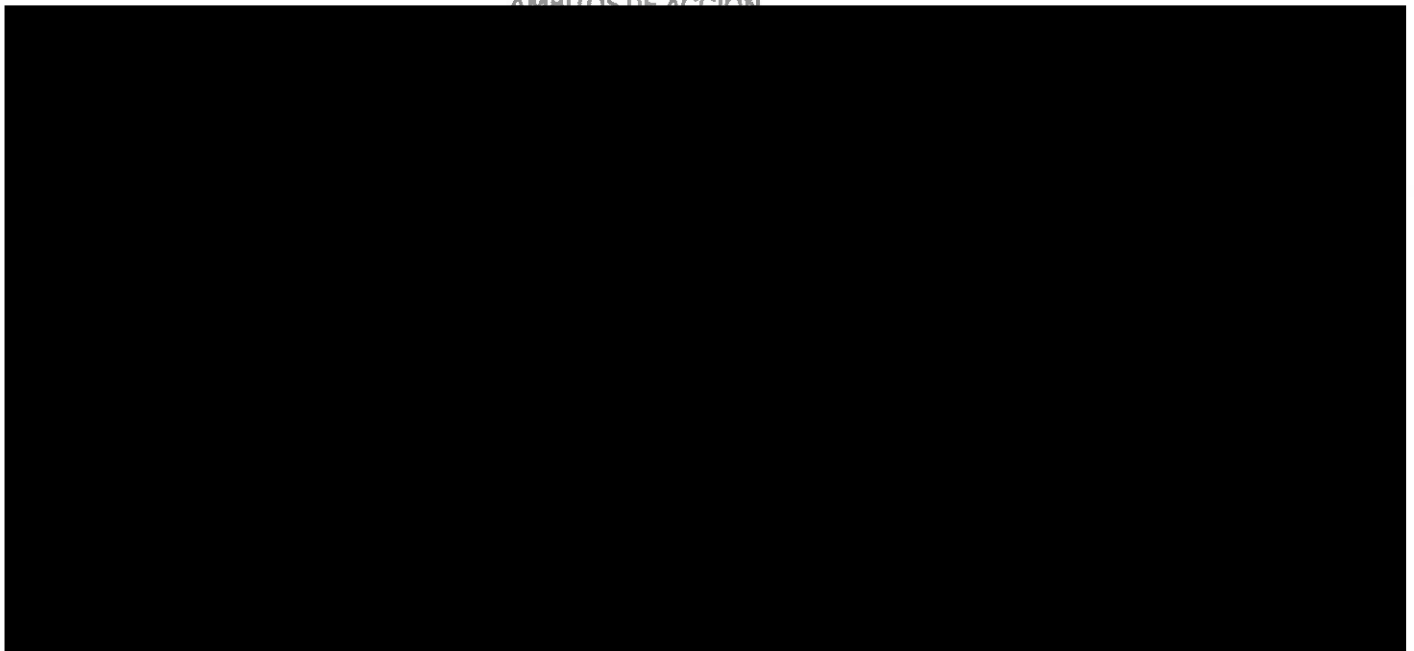
REGISTRO DE ATENCIÓN

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 *JUANA MENDES LUETA* ID HOGAR *66600* PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>16-05-25</u> Horario: <u>10:00</u>	Observaciones <i>Se realizaron ejercicios de fuerza de EESS y EELL.</i> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>6</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>02-06-25</u> Horario: <u>11:00</u>	Observaciones <i>Se realizaron ejercicios de EESS y EELL, flexibilidad y fuerza.</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



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Carmelo Domínguez San Martín
 Nombre Profesional
Psicología
 Especialidad

40/20

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.

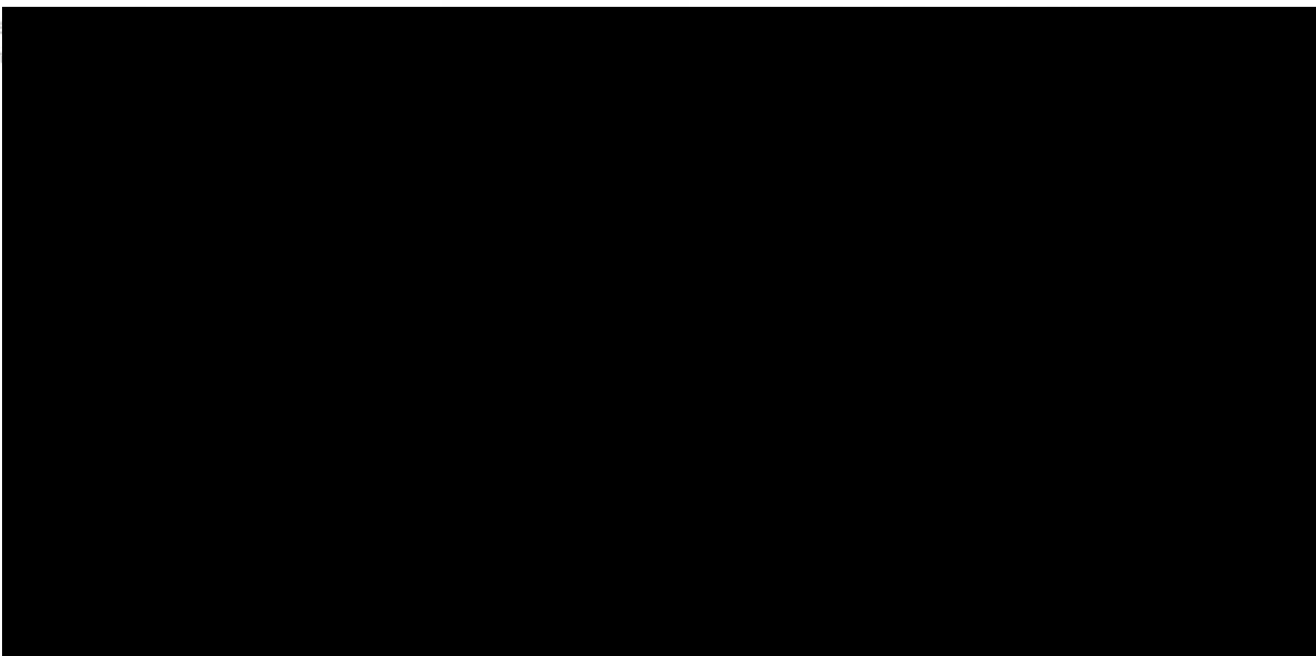
REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Alina López López* ID HOGAR *13621* PSDF CP

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>1-3-6</u> Fecha: <u>04-06-25</u> Horario: <u>16:00</u>	Observaciones <i>Se realizaron ejercicios de fuerza y flexibilidad de ECSS y ECII.</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 R
6 Bie



Carmita Dávila Soto
Nombre Profesional

Psicóloga
Especialidad

44
41

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 *Alina Lope Lope* **ID HOGAR** *13621* **PSDF** **CP**

<p>Nº de sesión: <u>1</u></p> <p>Ámbito(s): <u>1</u></p> <p>Fecha: <u>13-03-2025</u></p> <p>Horario: <u>14:00</u></p>	<p>Observaciones</p> <p><i>Se realizan evaluaciones.</i></p> <p>Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
<p>Nº de sesión: <u>2</u></p> <p>Ámbito(s): <u>1-3-6</u></p> <p>Fecha: <u>28-04-2025</u></p> <p>Horario: <u>15:30</u></p>	<p>Observaciones</p> <p><i>Se realizan educaciones y verificaciones de flujo de tratamientos expuestos en el movimiento.</i></p> <p>Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
<p>Nº de sesión: <u>3</u></p> <p>Ámbito(s): <u>1-3-6</u></p> <p>Fecha: <u>16-05-2025</u></p> <p>Horario: <u>15:00</u></p>	<p>Observaciones</p> <p><i>Se realiza educación de marcha.</i></p> <p>Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>
<p>Nº de sesión: <u>4</u></p> <p>Ámbito(s): <u>1-3-6</u></p> <p>Fecha: <u>26-05-2025</u></p> <p>Horario: <u>15:00</u></p>	<p>Observaciones</p> <p><i>Se realizan servicios de fuerza motriz y EEI.</i></p> <p>Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></p>

1 Rehabilitación
6 Bienestar

