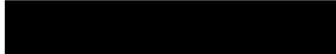




*Handwritten initials*

**INFORME DEL MES JUNIO AÑO 2025**

**Funcionario: Monserrat Elizabeth Aballay Pilcante**



**Cargo: Terapeuta Ocupacional**

**Mes Correspondiente: Junio**

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

**Actividades de acuerdo a los cometidos:**

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

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

**Calendario de actividades mes de mayo**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
	<b>20 de mayo</b> Se recupera el 26 de mayo	<b>21 de mayo</b> <b>Feriado</b>	<b>22 de mayo</b> Eduardo Molina José Aguilera
<b>26 de mayo</b> Rosa Espinoza Guillermina Lara Miguel Olmos Manuel Faundez	<b>27 de mayo</b> Oscar Barrueto María Cecilia Cerda Jasmín Molina Dionisio Rodríguez	<b>28 de mayo</b> Gladys Andrade Hugo Espinoza (F) Mario Vásquez Enorinda Melgarejo Margarita Lineros	<b>29 de mayo</b> Marcos Catalán Claudina Opazo



04

**Calendario de actividades mes junio**

	<p><b>4 de junio</b> Daniel Peñailillo León Polanco Juana Menares Cristian Venegas Marcelo Zúñiga Juan Arriagada</p>	<p><b>5 de junio</b> Hugo Espinoza Julio Sánchez Rosa Tobar Fresia Tobar Margarita Lineros</p>	<p><b>6 de junio</b> José Aguilera Carla Delgado</p>
<p><b>10 de junio</b> Luis Martínez Rosalba Martínez Teobalda Altamirano Luis Vásquez Segundo González Ana Zapata</p>	<p><b>11 de junio</b> Ana Gutiérrez Hermann Ortiz Sergio Salas José Moris (F)</p>	<p><b>12 de junio</b>  Día Administrativo</p>	<p><b>13 de junio</b> Evaristo Cea Leónides Barrera Margarita Arroyo Alicia Lepe Jorge Díaz</p>
	<p><b>17 de junio</b> Gladys Andrade Rosa Rivas Carlos Castillo Alicia Díaz María Núñez</p>		<p><b>19 de junio</b> Juan Arenas Hugo Espinoza Trabajo administrativo</p>

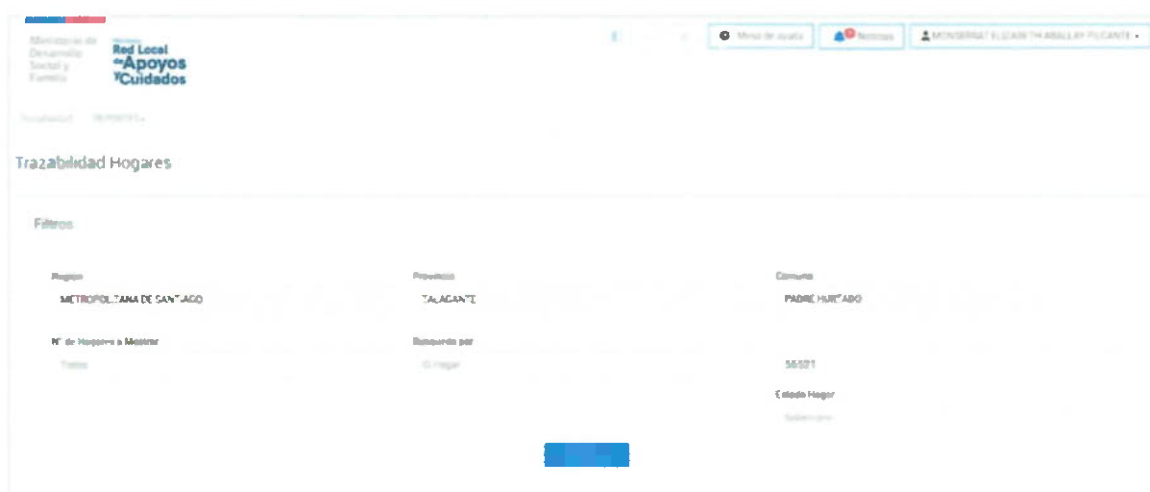
- **La cobertura del programa se encuentra al 100%, pero no todos los usuarios requieren atención de Terapia Ocupacional.**
- **Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.**

Asisto y participo en reuniones del equipo referentes a:

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

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

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





**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

1/2



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

98  
01

Fecha 06/06/2025.

Hora 13<sup>00</sup>.

Comuna Padre Hurtado

Lugar de realización Oficina Kieplam



Red Local de Apoyos y Cuidados

Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Anaís Nauwemele.	Coordinadora SAI.	[Redacted]
Patricia Martínez.	AC y pedagoga	
Ronice RIVERA	AC	
Johanne RUTIS	AC	
Constanza González	AC	
Constanza SOTO.	AC	
Lena CANENO.	AC	
Hellen Fuentes	TENS	
Alondra LEFNO.	AC	
Belen Lizama	AC	
Camilo Donaire.	Kinesióloga.	
Marcos Behemondes	Kinesióloga	
Cristopher Morales.	Gestor Comunitario	
Sebastian HOLTZ	Psicólogo	
Montserrat Aballay	Terapeuta ocupacional	
Hernán Lequesne.	Coordinador PRAC.	

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

Desarrollo
Hernán Lequesne

N°	Acuerdos / compromisos	Plazos



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballay Zilante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

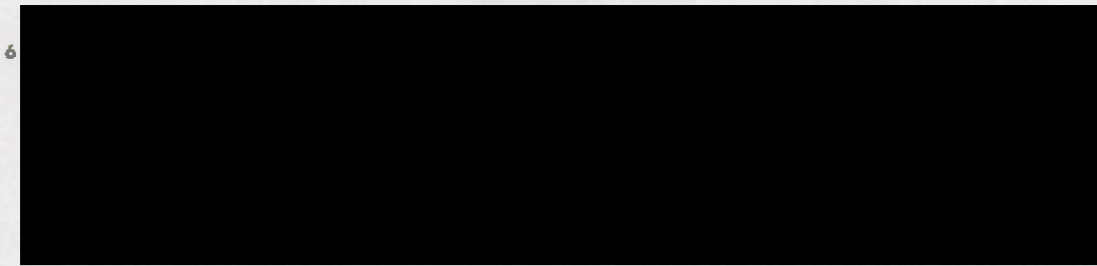
REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Juan Arenas	ID HOGAR	55521	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	-------------	----------	-------	--

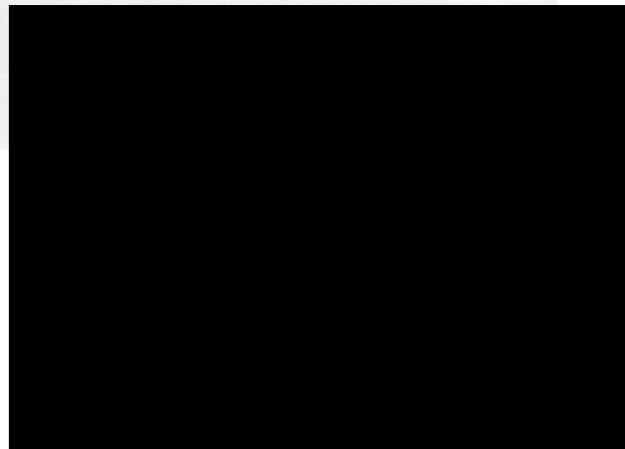
Nº de sesión: <u>1</u>	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>	· se realiza evaluación con Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody.	
Fecha: <u>23 de abril</u>	· se realiza actividad de reconocimiento de imágenes	
Horario: <u>11:30</u>		
Nº de sesión: <u>2</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1</u>	Se realiza intervención en la cual se trabaja reconocimiento de imágenes,	
Fecha: <u>16 de mayo</u>	motivacional fino en la mano dominante, Alcance, Retornos.	
Horario: <u>14:20</u>		
Nº de sesión: <u>3</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1</u>	Se realiza intervención en la cual se trabaja el reconocimiento de imágenes, orientación espacial,	
Fecha: <u>19 de junio</u>	y sistema de comunicación alternativa.	
Horario: <u>10:55</u>		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		
Fecha: _____		
Horario: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN



legal, situación

6



SSEE

FO SE 02

Registro de atención  
profesionales SS.EE.



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

Konserrat Aballoy Pilcante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Hugo Espinora	ID HOGAR	9041	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	---------------	----------	------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>5</u>	<b>Observaciones</b> de realiza intervenciones en la cual se trabaja orienta en especial, tolerancia a la frustración memoria, motricidad fina.	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>3</u>		Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha: <u>5 Junio</u>		
Horario: <u>13:00</u>		
N° de sesión: <u>6</u>	<b>Observaciones</b> se realiza intervenciones en la cual se trabaja la fluidez y la velocidad verbal, Atención sostenida. memoria a corto y a largo plazo.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>3</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>19 de Junio</u>		
Horario: <u>12:15</u>		
N° de sesión: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
N° de sesión: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN

6

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserat Aballea Pilante

Nombre Profesional

Tercera Ocupacional

Especialidad

10

REGISTRO DE ATENCIÓN

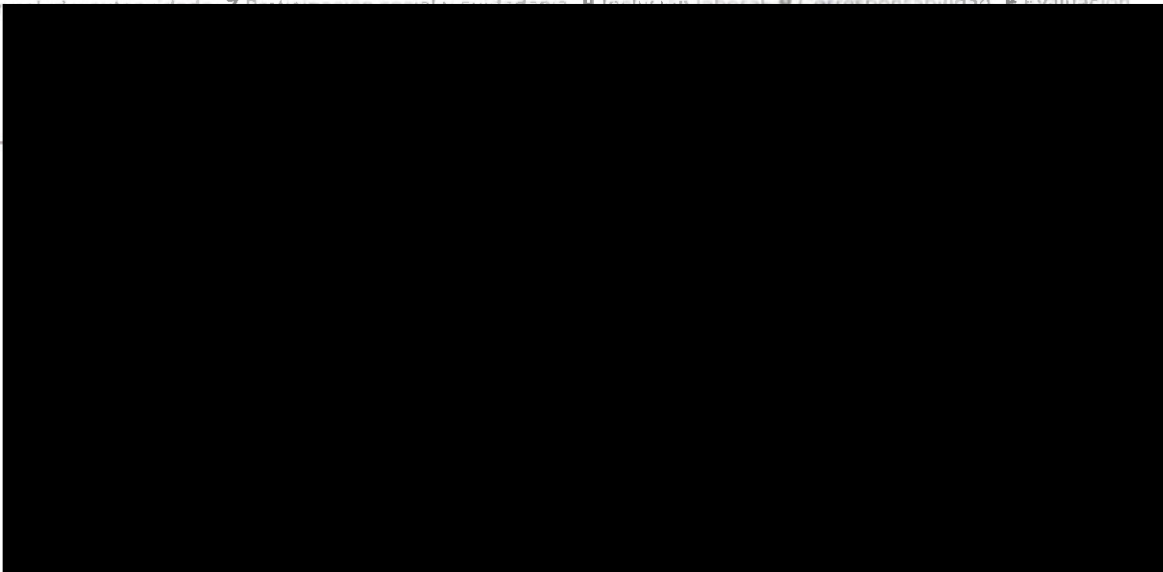
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b>	Rosa Ricos	<b>ID HOGAR</b>	40350	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------	-----------------	-------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>17 de abril</u> Horario: <u>10:00 - 11:00</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con punto de Índice de Barthel y escala de Lawton y Brody.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>13 de mayo</u> Horario: <u>14:30</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabaja coordinación bimanual, reconocimiento de imágenes y categorías.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>14 de junio</u> Horario: <u>12:00</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza visita domiciliar en la cual se trabaja reconocimiento de imágenes, orientación espacial, alcance, forma y categorías.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	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 emocional, 7 Promoción de la autonomía, 8 Estimulación, 9 Comunicación, 10 Responsabilidad, 11 Evaluación



10

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserreat Aballay Pileante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

98

REGISTRO DE ATENCIÓN

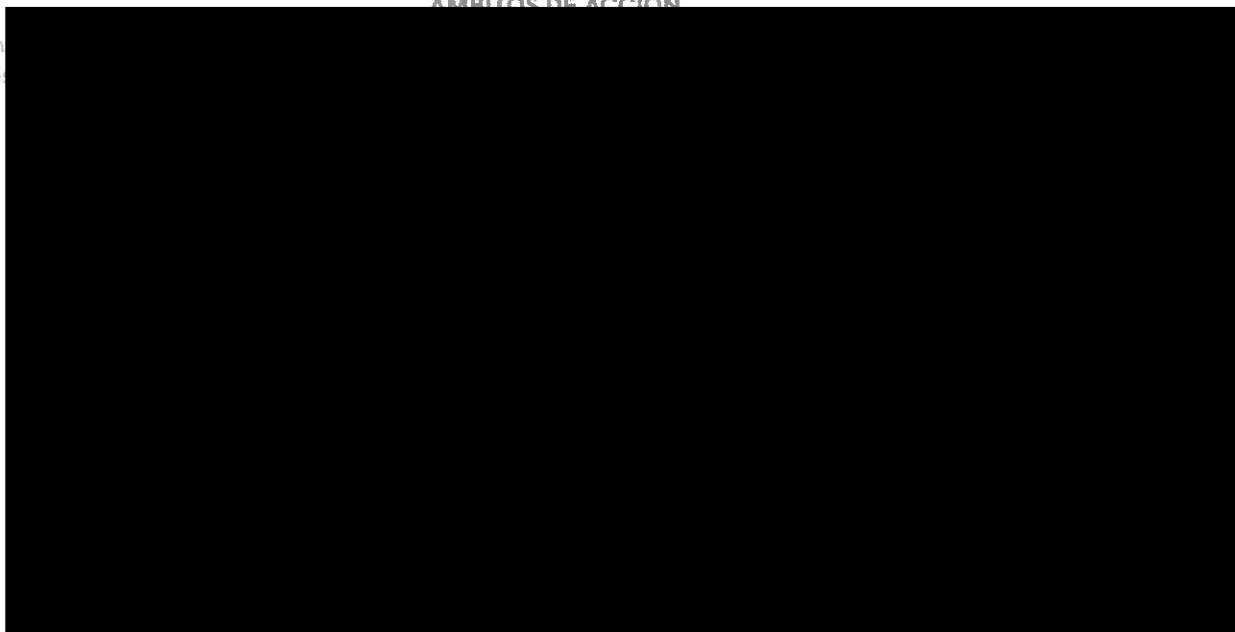
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Alicia Diaz	ID HOGAR	10193	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------	-------------	----------	-------	-------------------------------	--

Nº de sesión: <u>1</u>	<b>Observaciones</b> se realizó evaluación de Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, MoCA.	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>14 de abril</u>		
Horario: <u>13:00</u>		
Nº de sesión: <u>2</u>	<b>Observaciones</b> Se realizó intervención en la cual se trabajó cálculo mental, memoria y fluidez verbal.	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>2</u>		Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha: <u>13 de mayo</u>		
Horario: <u>11:30</u>		
Nº de sesión: <u>3</u>	<b>Observaciones</b> Se realizó visita domiciliar a la cual usuaria menciona que presenta mucho dolor a nivel de cuello. Se trata de trabajar memoria a corto plazo pero el dolor interfiere.	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>6</u>		Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha: <u>17 de Junio</u>		
Horario: <u>14:02</u>		
Nº de sesión: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN

- 1 Rehabilitación
- 6 Bienestar



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballay

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

10  
12

REGISTRO DE ATENCIÓN

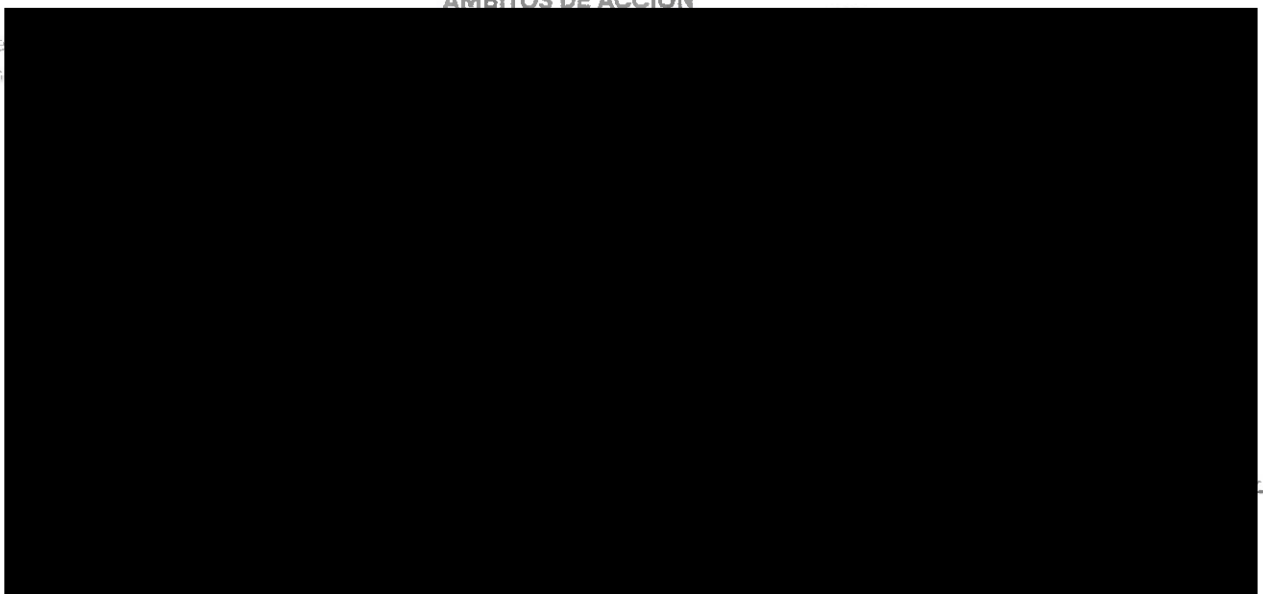
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

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

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>13 de mayo</u> Horario: <u>12:00</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realizó psicoeducación a la usuaria por situaciones de riesgo, se le entregó un libro a seguir si la lesión se llegase a afectar, se recalca la importancia de si genera molestias o dolor.
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>17 de junio</u> Horario: <u>14:02</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/> Se realizó visita domiciliar en la cual se trabajó memoria a corto plazo, en la intervención hubo mención que era con mucho dolor.
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>

ÁMBITOS DE ACCIÓN

1 Re  
6 Bien



12

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

13

Montserrat Aballay Ricante  
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional  
Especialidad

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

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Carlos Castillo. ID HOGAR 18141 PSDF  CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>14 de abril</u> Horario: <u>11:15</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza evaluación con puntaje de índice de Barthel, escala de Winton y Brody y MOC-A.
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>13 de mayo</u> Horario: <u>13:30</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza intervención en la cual se trabaja orientación espacial, motricidad fina, cálculo mental y fluidez verbal.
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>14 de junio</u> Horario: <u>13:00</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza intervención en la cual se trabaja fluidez y velocidad verbal, memoria a corto plazo, orientación espacial, motricidad fina y tolerancia a la frustración.
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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**

Monserrat Abalía

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

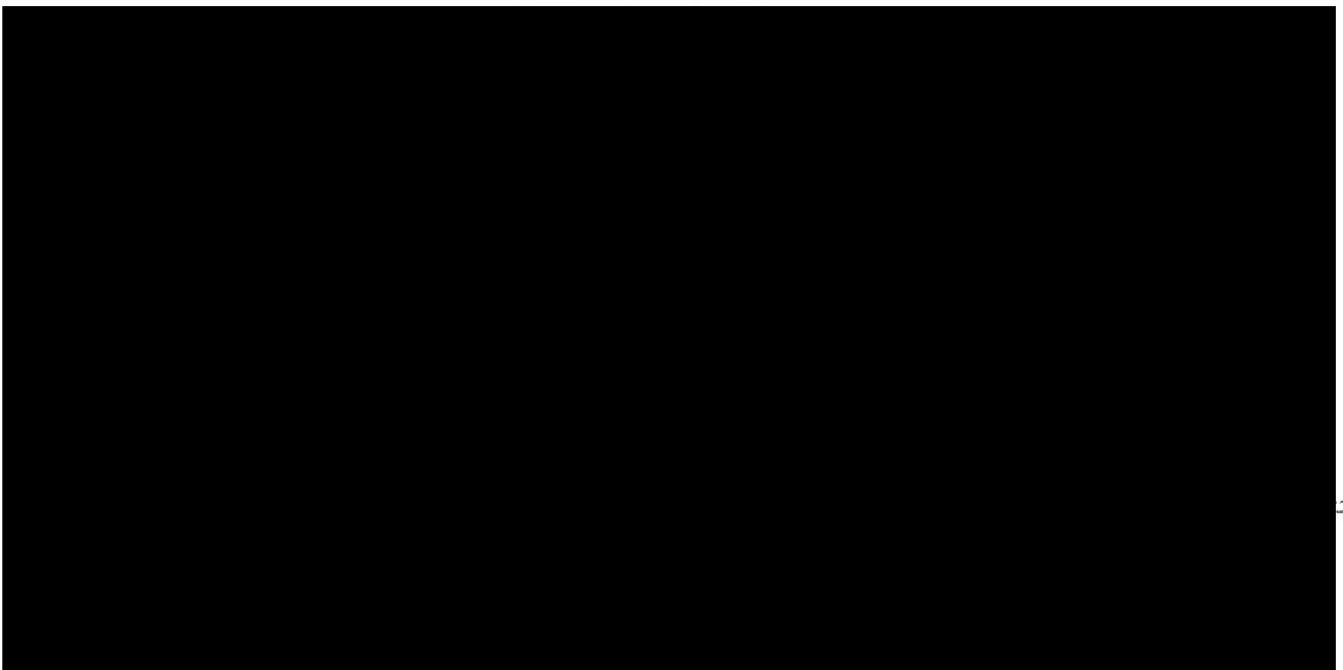
14

**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.

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

Nº de sesión: <u>1</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza evaluación con escala de Lawton y Brody, Índice de Barthel y MACA Se revisa exámenes y horas médicas
Ámbito(s): <u>E</u>	
Fecha: <u>30 de abril</u>	
Horario: <u>11:05</u>	
Nº de sesión: <u>2</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza intervenciones en la cual se trabaja la memoria, fluidez verbal y cálculo mental.
Ámbito(s): <u>1</u>	
Fecha: <u>13 mayo</u>	
Horario: <u>10:30</u>	
Nº de sesión: <u>3</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza actividades de orientación espacial, se trabaja en base a los intereses de la usuaria. Con traducción y apoyo de letras incógnitas.
Ámbito(s): <u>3</u>	
Fecha: <u>20 de mayo</u>	
Horario: <u>9:45</u>	
Nº de sesión: <u>4</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza la intervención en la cual se trabaja la atención, la fluidez y velocidad verbal, orientación espacial y tolerancia a la frustración.
Ámbito(s): <u>3</u>	
Fecha: <u>17 de junio</u>	
Horario: <u>10:35</u>	

**ÁMBITOS DE ACCIÓN**

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Abelioy Pilcante  
 Nombre Profesional  
 Terapeuta Ocupacional  
 Especialidad

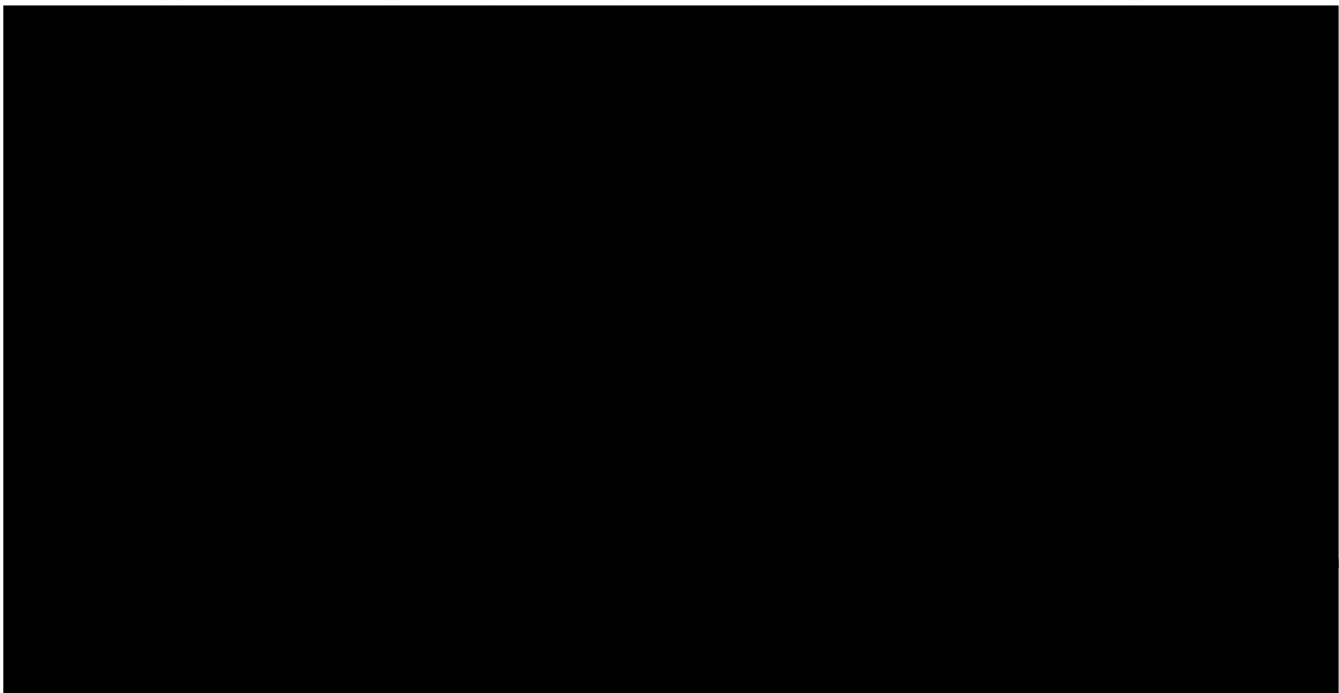
1/1

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A Jose Morris ID HOGAR 19353 PSDF  CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>15 de abril</u> Horario: <u>9:30 - 10:30</u>	<b>Observaciones</b> se realiza evaluación con excito de Leuter y Brody, Índice de Barthel y Mocer. Se realiza actividad de reconocimiento de objetos.         Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>7 de mayo</u> Horario: <u>9:35</u>	<b>Observaciones</b> se realiza reconocimiento de imágenes y/o figuras. se trabaja atención donde el usuario se resiste.         Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): _____ Fecha: <u>11 de junio</u> Horario: <u>14:00</u>	<b>Observaciones</b> visita fallida debido a que usuarios de encuentro asomoliento. Hija llora por telefono sea ausen.         Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

Monserrat Aballay

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

16

REGISTRO DE ATENCIÓN

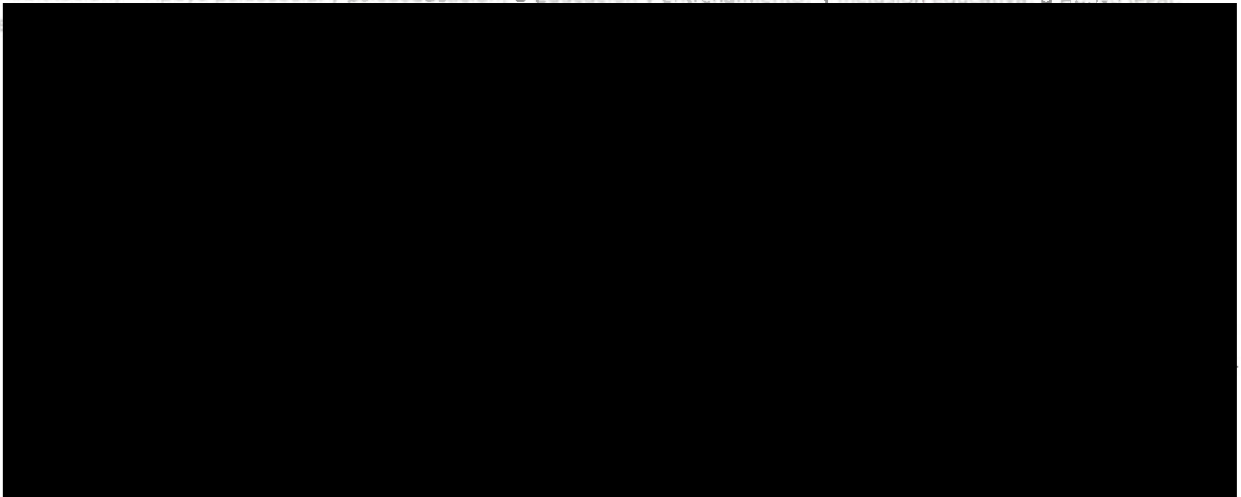
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b>	Eduardo Malinch.	<b>ID HOGAR</b>	18282	<b>PSDF</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>CP</b> <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------	-----------------	-------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>30 de abril</u> Horario: <u>12:10.</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con escala de Lawton y Brody, Índice de Barthel y Puntos de MOCA. : Cálculo mental.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>22 de mayo</u> Horario: <u>11:10.</u>	<b>Observaciones</b> se realiza intervención en la cual se trabajó fluidez verbal, cálculo mental y manejo de dinero.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	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**

 Monserat Aballea Pileante
 #21

Nombre Profesional

Terapia Ocupacional

Especialidad

**REGISTRO DE ATENCIÓN**

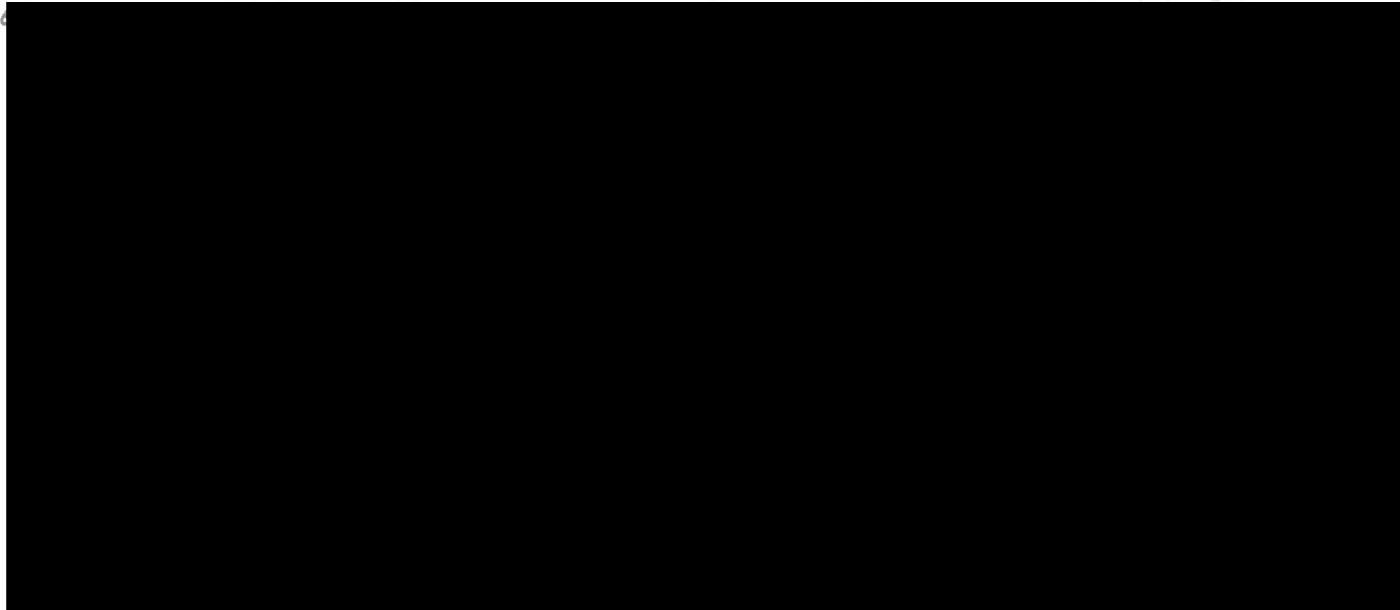
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbitos" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b> Miguel Olmos	<b>ID HOGAR</b> 44369	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
---	-----------------------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>22 de abril</u> Horario: <u>14:35</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación utilizando Escala de Louton y Brody Índice de Barthel y Puntos de MOC.A. - Se realiza actividades de cálculo y de Orientación espacial.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>26 de mayo</u> Horario: <u>13:45</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza actividad de la vida diaria instrumental con manejo de dinero, Se trabaja orientación espacial, tolerancia a la frustración.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	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

Monserrat Aballoy Pilante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

46  
18

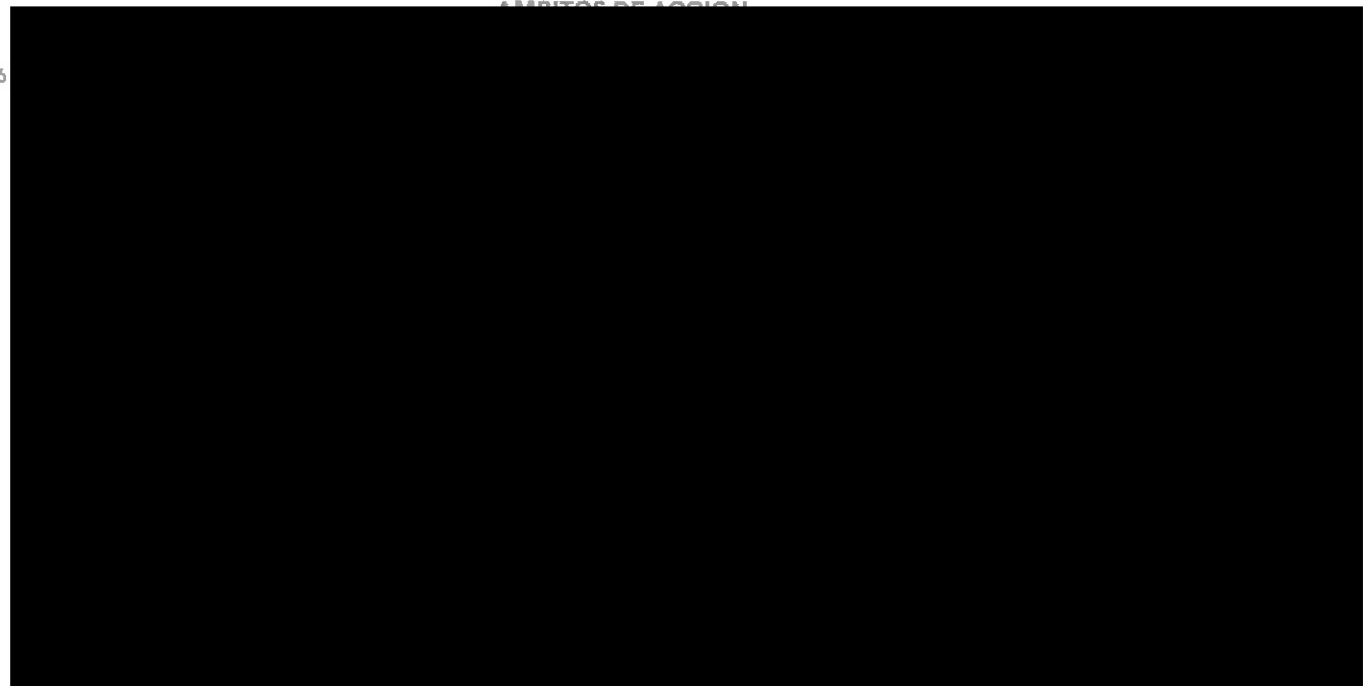
REGISTRO DE ATENCIÓN

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	Margarita Lineros	ID HOGAR	28702	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	-------------------	----------	-------	--

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>23 de abril</u> Horario: <u>12:40</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con escalos de Lowry y Brady, Índice de Barthel y evaluación MOCA. - se realiza actividad de contar.	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>6 de mayo</u> Horario: <u>12:05</u>	<b>Observaciones</b> Se realizan las tarjetas sobre los horas médicas. - se realiza AVD's, manejo de dinero, reconocimiento de valores. - Reconocimiento de vocal inicial.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>20 de mayo</u> Horario: <u>11:00</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza actividad en el manejo de dinero, reconocimiento de imágenes con palabras, seguimiento de instrucciones, reconocimiento de sílabo inicial.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>5 de junio</u> Horario: <u>12:15</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabaja la descomposición silábica de las palabras. El reconocimiento de la sílaba inicial.	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

Monserat Aballea Pilante  
 Nombre Profesional  
 Terapia Ocupacional  
 Especialidad

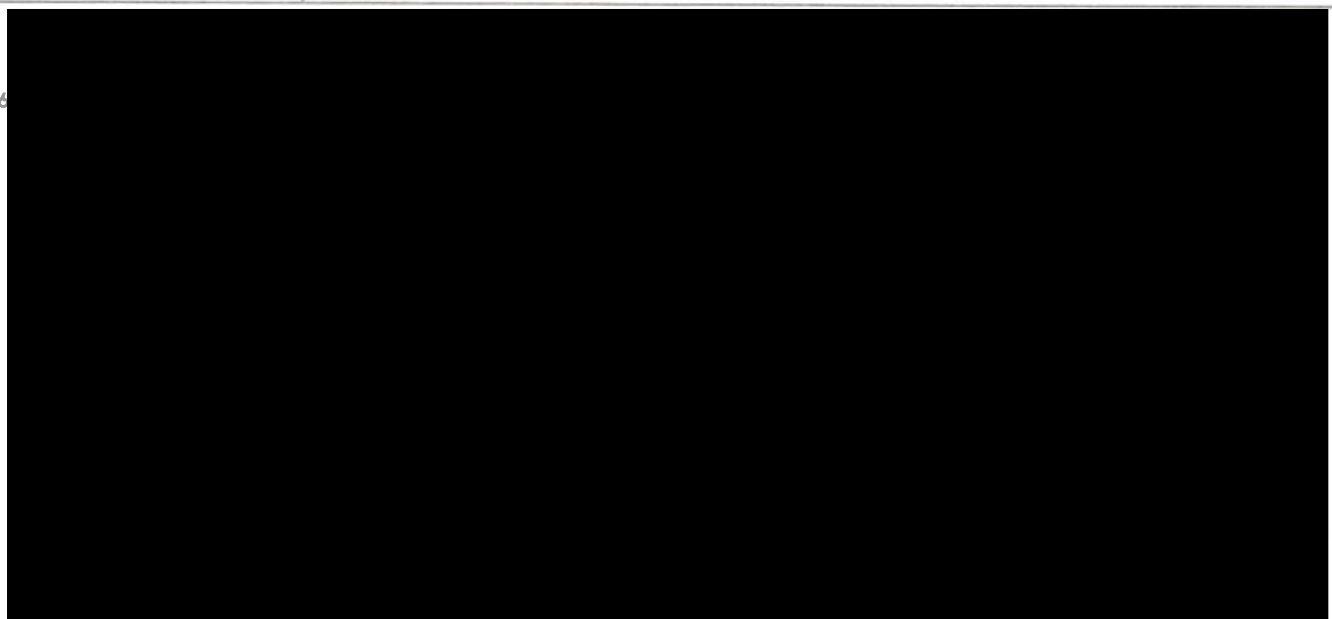
19

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 Carla Delgado. ID HOGAR 13001 PSDF  CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>22 de abril</u> Horario: <u>11:35</u>	<b>Observaciones</b> <span style="float: right;">Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></span> Se realiza evaluación con escala de Louton y Brody e Índice de Barthel.
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>9 de mayo</u> Horario: <u>11:30</u>	<b>Observaciones</b> <span style="float: right;">Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></span> Se realiza actividad de motricidad fina, coordinación oculo-manual y respuesta refleja.
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>6 de junio</u> Horario: <u>12:45</u>	<b>Observaciones</b> <span style="float: right;">Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></span> Se realiza intervenciones en las que se trabaja el seguimiento de instrucciones, alcance, preforma y encode.
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> <span style="float: right;">Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/></span>



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Abailay Pilcante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

18/20

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.

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b> Jose Apurero	<b>ID HOGAR</b> 10261	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
---	-----------------------	--

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbitos(s): <u>E</u> Fecha: <u>22 de abril</u> Horario: <u>10:00</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con escala de Louisa y Brody. Índice de Barthel y parte de Maa. Se realizan actividades de estimulación cognitiva.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbitos(s): <u>3</u> Fecha: <u>9 de mayo</u> Horario: <u>10:00</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza actividad de estimulación cognitiva, fluidez verbal, cálculo mental. Se realiza control de trazo de líneas y lanzamiento con pichón.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>3</u> Ámbitos(s): <u>3</u> Fecha: <u>22 de mayo</u> Horario: <u>9.30.</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza interacción en lo cual se trabaja fluidez verbal, categorización, orientación espacial y cálculo mental.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>4</u> Ámbitos(s): <u>2</u> Fecha: <u>6 de Junio.</u> Horario: <u>11:15</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza interacción en lo cual se apoya en la ejecución de conducta motora y compra de pas. Se trabaja la memoria.	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**

Monserrat Aballay

Nombre Profesional

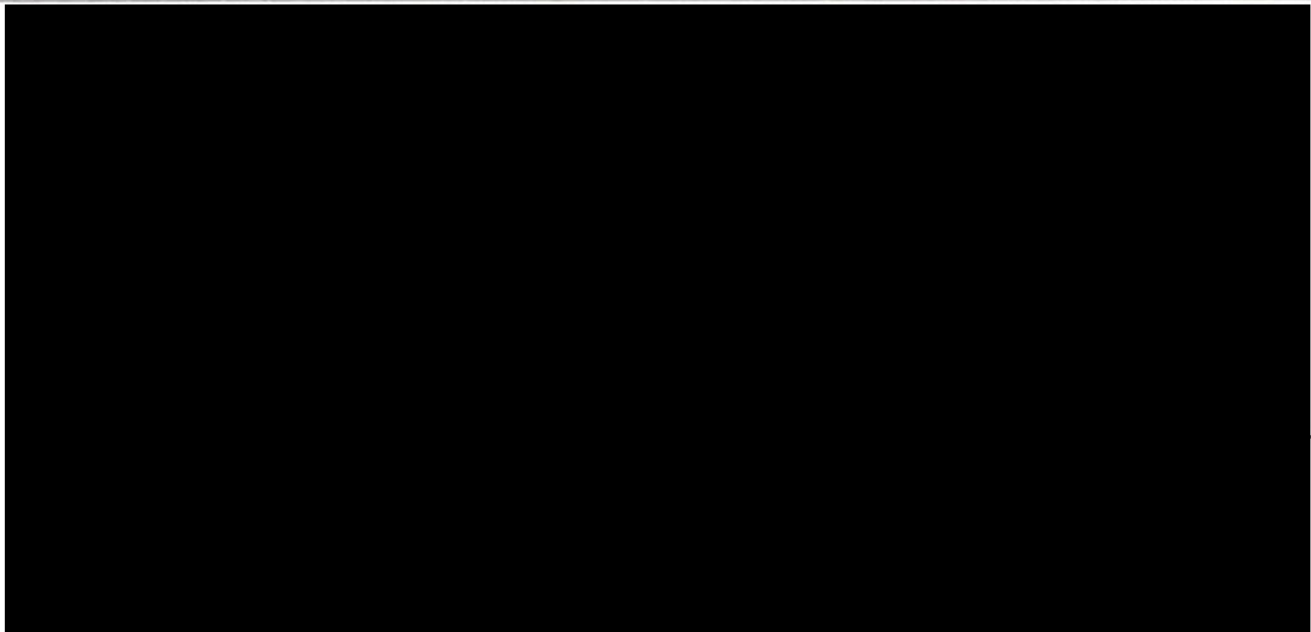
Terapeuta Ocupacional.

Especialidad

19  
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.

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b> Manuel Pachez		<b>ID HOGAR</b> 30401	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>5</u> Fecha: <u>30 de abril</u> Horario: <u>13:15</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación utilizando los Puntos de Lorton y Brody, Índice de Barthel y MCCA. Se realiza reconocimiento de mujeres	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>26 de mayo</u> Horario: <u>12:33</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza reconocimiento de áreas por características, trabajo alcance, lanzamiento, Coordinador ocupacional.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	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**

Monderrat Aballoy Pilante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

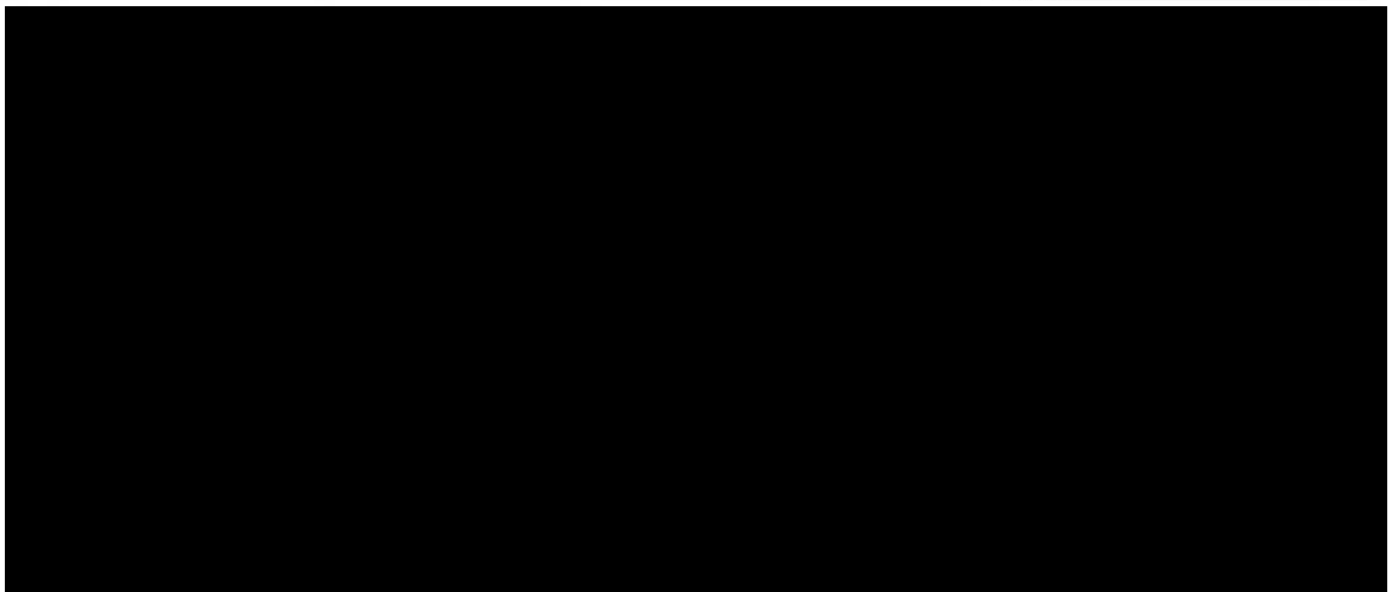
Especialidad

76  
22**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.

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b>	Guillemine Lare	<b>ID HOGAR</b>	19401	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------	-----------------	-------	-------------------------------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>22 de abril</u> Horario: <u>13:10</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con Escala de Canton y Brody, Índice de Barthel y MOCAT	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>26 de mayo</u> Horario: <u>11:10</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza actividad para trabajar memoria a corto y largo plazo, fluidez y velocidad verbal, cálculo mental.	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	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

Monserat Aballay Pilcaite  
 Nombre Profesional  
 Terapia Ocupacional  
 Especialidad

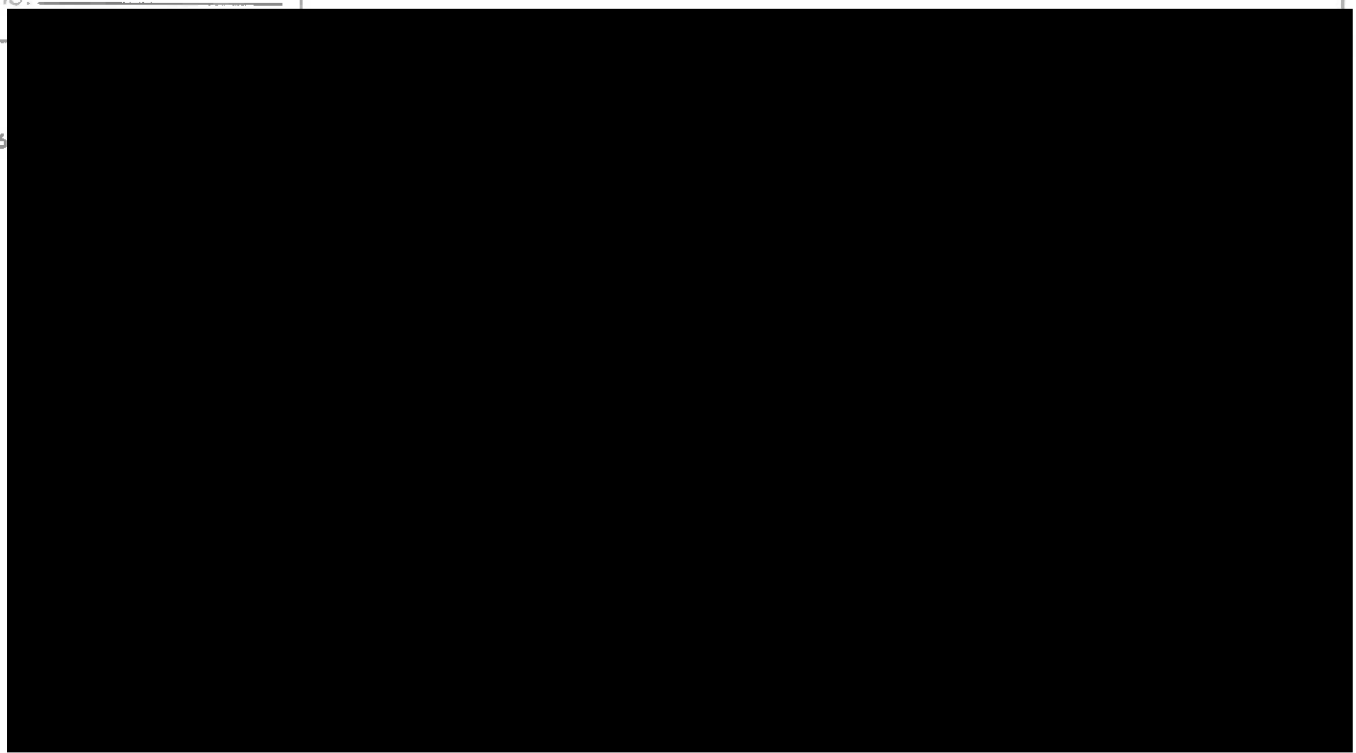
23

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: Rosa Espinoza ID HOGAR: 18401 PSDF  CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>22 de abril</u> Horario: <u>12:45</u>	<b>Observaciones</b> Se realizó evaluación utilizando lo escalas de Lawton y Brody, Índice de Barthel y MOCA de forma verbal. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>26 de mayo</u> Horario: <u>11:10</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabajó, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, fluidez verbal, velocidad verbal y cálculo mental. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

2024

Montserrat Aballay.  
Nombre Profesional

Terapia Ocupacional.  
Especialidad

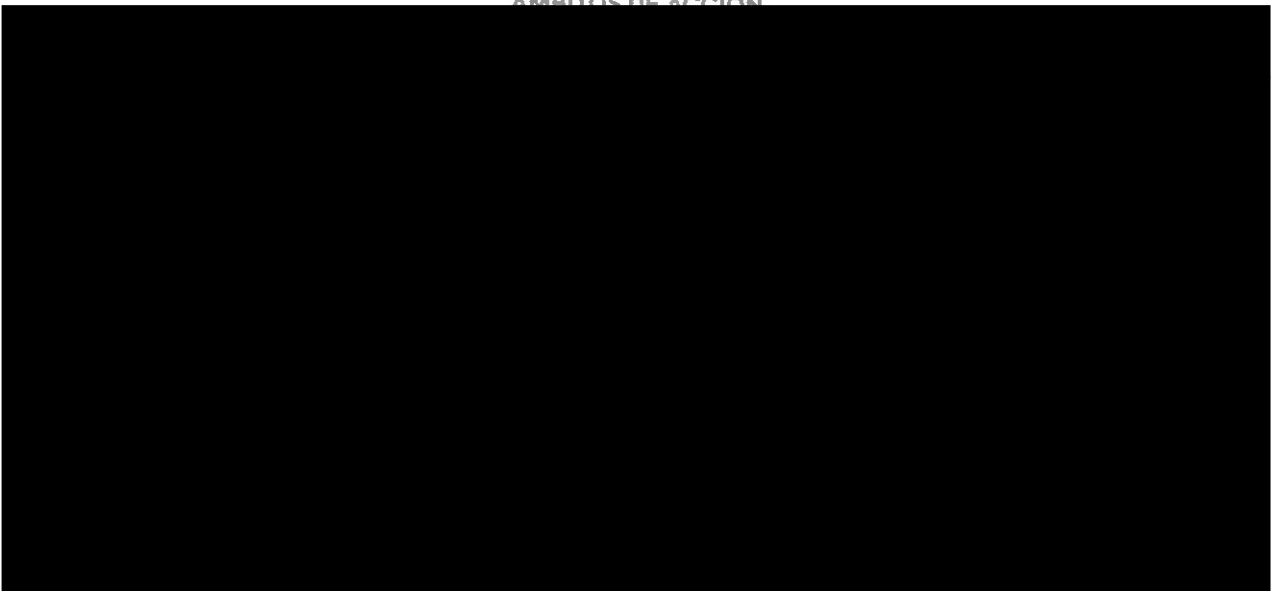
REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A Claudia Ojeda ID HOGAR \_\_\_\_\_ PSDF  CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>29 de mayo</u> Horario: <u>12 W.</u>	<b>Observaciones</b> se realizó evaluación utilizando la parte de índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y MOCA. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

Monserrat Aballe

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

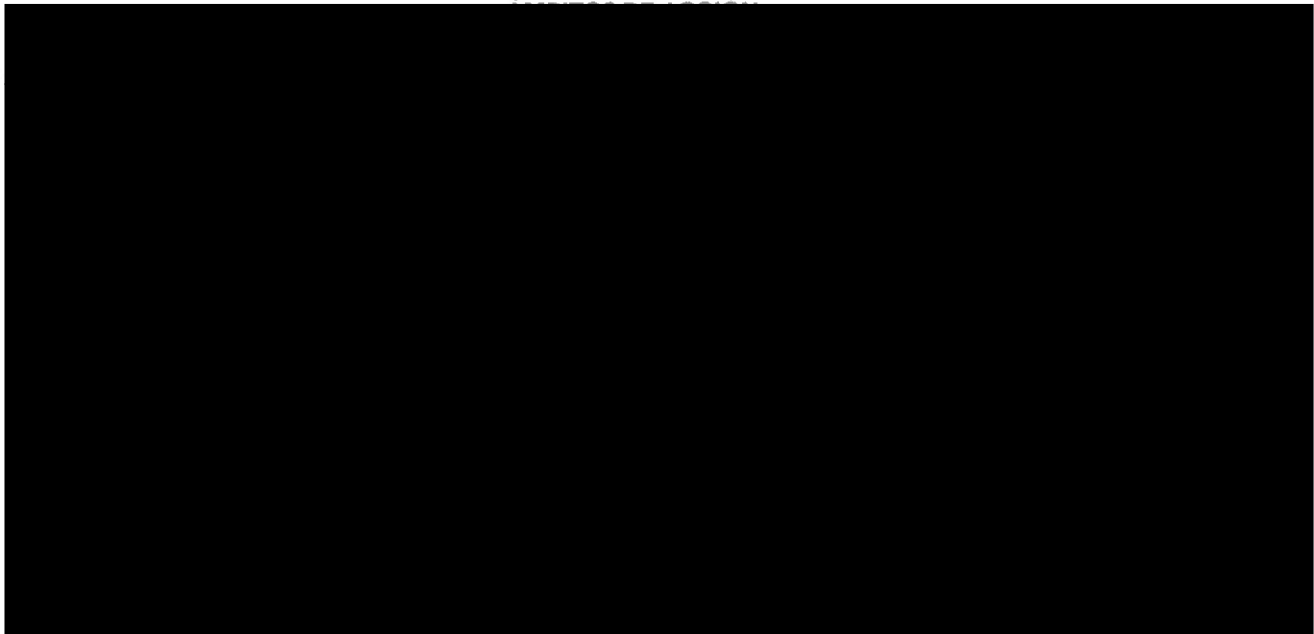
22

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	Marcos Catalan	ID HOGAR	44341	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	----------------	----------	-------	--	-----------------------------

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>29 de abril</u> Horario: <u>12:30</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con Escala de Lawton y Brody Índice de Barthel y MOCA. Se le entrega material de orientación espacial.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>29 de mayo</u> Horario: <u>11:00</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabajó Atención, suprimiento de patrones, matrices del IMA, Lluvia verbal, Orientación espacial.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	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

Monserrat Aballay Pilcante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

24/26

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.

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b>	Mario Uarquez	<b>ID HOGAR</b>	44343	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
------------------------------	---------------	-----------------	-------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>16 de abril</u> Horario: <u>14:45</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>28 de mayo</u> Horario: <u>14:00</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en conjunto con cuidadora SAD. Se trabajó el reconocimiento de sombras con objeto. Se trabajó la pizarra y secuencia, patrones y encaje.	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	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

Nonserrat Abella Pileante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

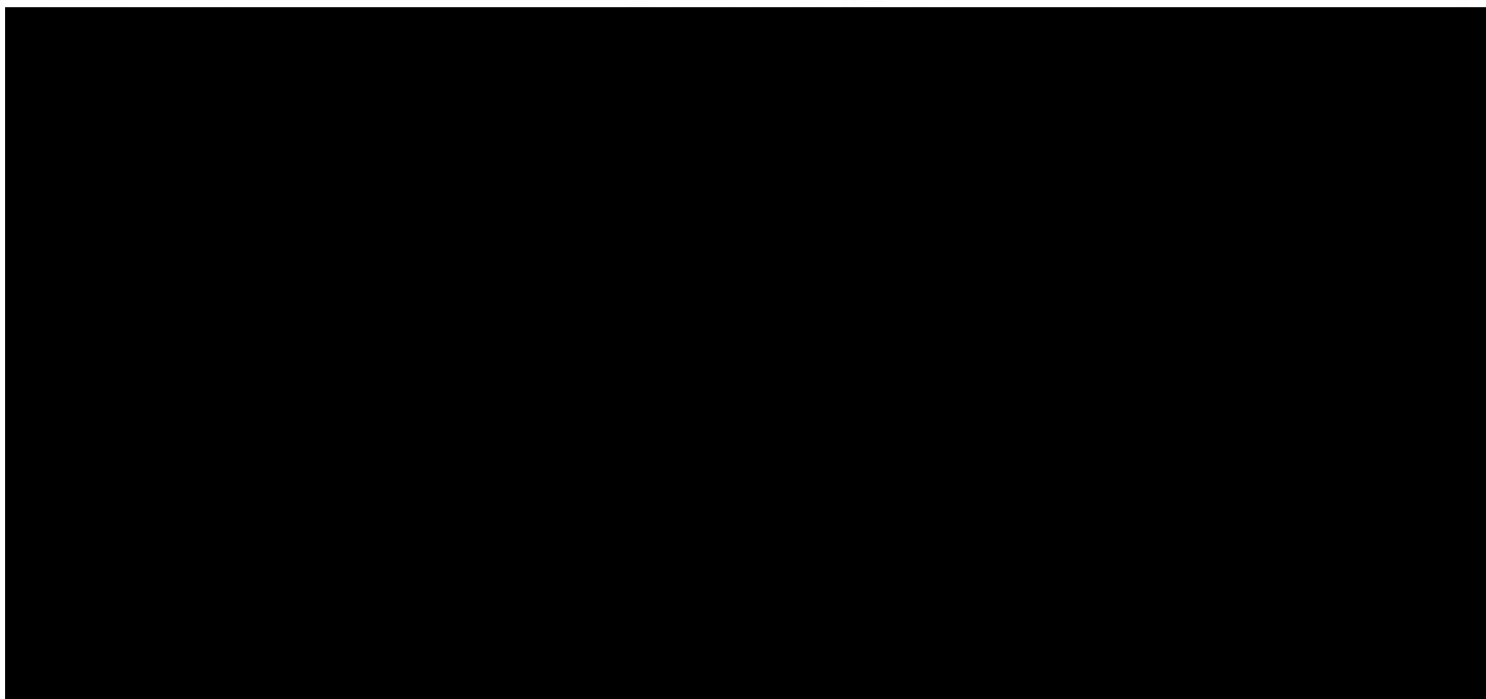
Handwritten initials

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	Enrinda del Carmen Melgarejo	ID HOGAR	20120	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	------------------------------	----------	-------	--

Nº de sesión: <u>1</u>	Ámbito(s): <u>E</u>	Fecha: <u>16 de abril</u>	Horario: <u>9:35</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Se realiza evaluación con escalas de Louison y Brody, Índice de Barthel y Parte de MOCA. Se realiza reconocimiento de imágenes.					
Nº de sesión: <u>2</u>	Ámbito(s): <u>2</u>	Fecha: <u>28 de mayo</u>	Horario: <u>12:20</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Memoria e Largo plazo, seguimiento de instrucciones, orientación espacial, alcance, preforma y motricidad fina.					
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"/>



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballoy Pilcante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

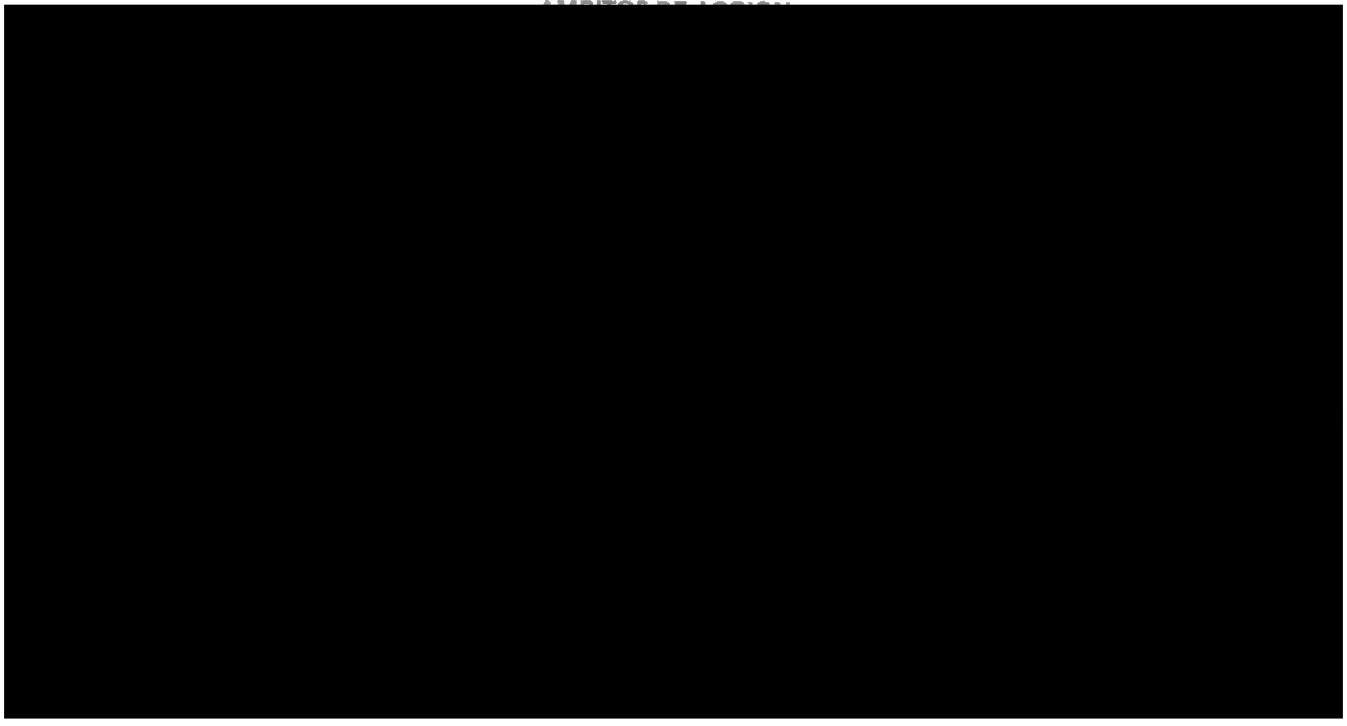
24/28

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.

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

N° de sesión: <u>5</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>5 Junio</u> Horario: <u>13:10</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabajó oriente en especial, tolerancia a los frustraciones memoria, motricidad fina.	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	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**

Monserrat Aballoy Pilcente

Nombre Profesional

Terapia Ocupacional

Especialidad

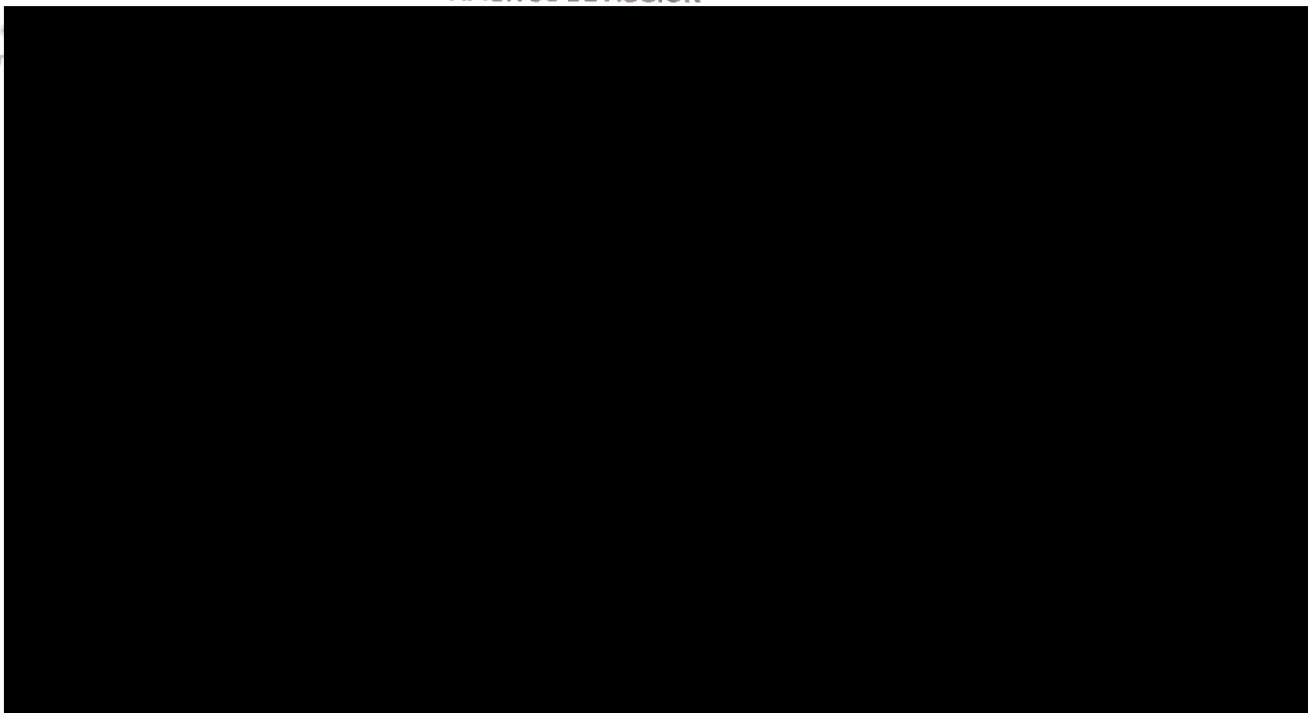
24/23

**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.

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

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>11 de abril 2025</u> Horario: <u>13:45</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con Escala de Lawton y Brody, Índice de Barthel y escala de MOCA <div style="text-align: right;">           Individual <input type="checkbox"/>            Grupal <input type="checkbox"/> </div>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3, 6</u> Fecha: <u>23 de abril</u> Horario: <u>13:30</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza visita, en la cual se le consulta por control médico al dra. Linares; Se realiza actualización de coordenadas, conductas voluntarias y orientación espacial. <div style="text-align: right;">           Individual <input checked="" type="checkbox"/>            Grupal <input type="checkbox"/> </div>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>6 de mayo</u> Horario: <u>13:15</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza revisión de exámenes. Se realiza actividad de entrenamiento cognitivo, principalmente fluidez verbal y memoria a corto plazo. <div style="text-align: right;">           Individual <input type="checkbox"/>            Grupal <input type="checkbox"/> </div>
N° de sesión: <u>4</u> Ámbito(s): <u>6</u> Fecha: <u>28 de mayo</u> Horario: <u>13:05</u>	<b>Observaciones</b> Se va a visitar al usuario y se observa que se encuentra enfermo, por lo que solicita que no se realice la sesión por miedo a contagio. <div style="text-align: right;">           Individual <input checked="" type="checkbox"/>            Grupal <input type="checkbox"/> </div>

**ÁMBITOS DE ACCIÓN**1 R  
6 Bie

**SSEE**

FO SE 02

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

Monserrat Aballay Pilcarie
Nombre Profesional
Terapia Ocupacional
Especialidad

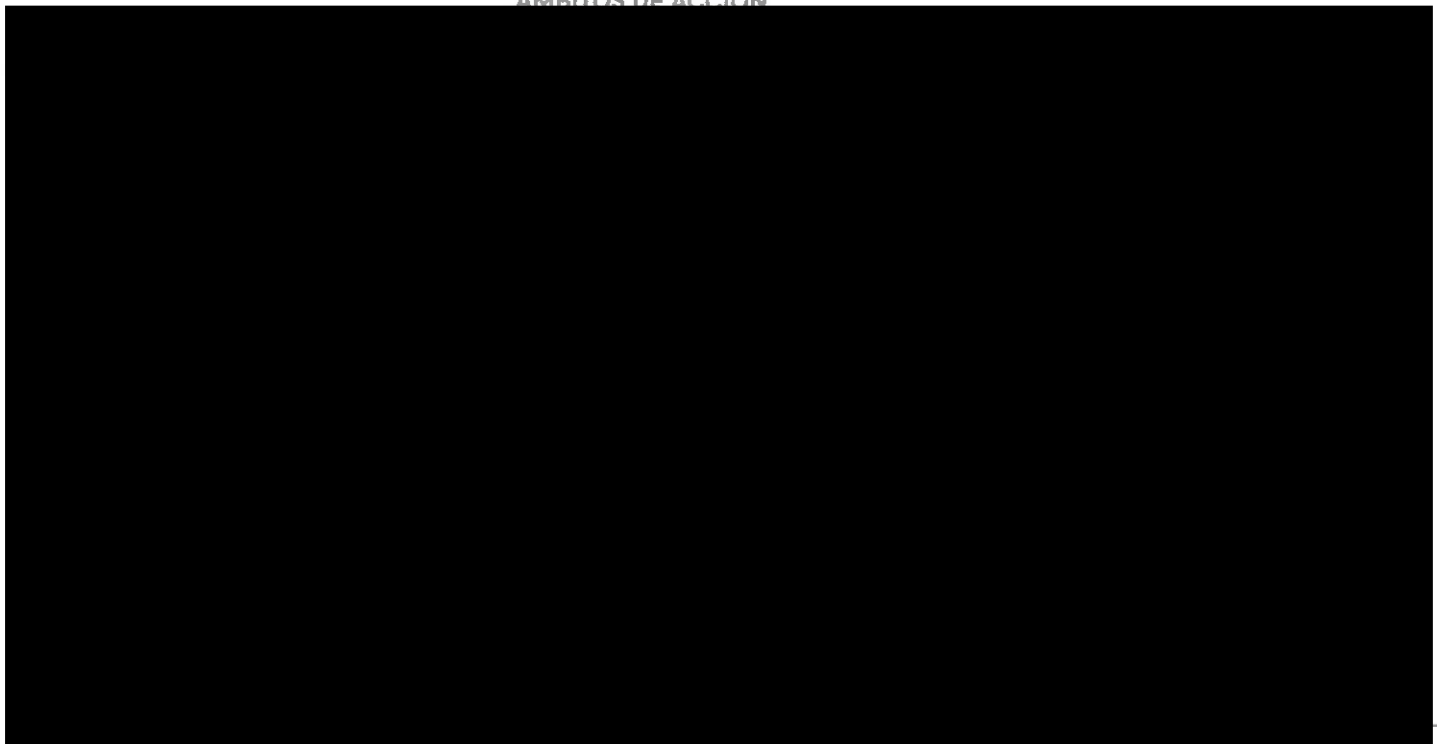
28  
30**REGISTRO DE ATENCIÓN**

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.

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

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>16 de abril</u> Horario: <u>11:10</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con parte de MICA, Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody.	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>6 de mayo</u> Horario: <u>14:30</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabajó fluidez verbal, reconocimiento de imágenes y cálculo mental.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>5 de junio</u> Horario: <u>14:15</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabajó cálculo mental, fluidez verbal, coordinación visomotora.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	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

Monserrat Aballej Pilante  
 Nombre Profesional  
 Terapeuta Ocupacional  
 Especialidad

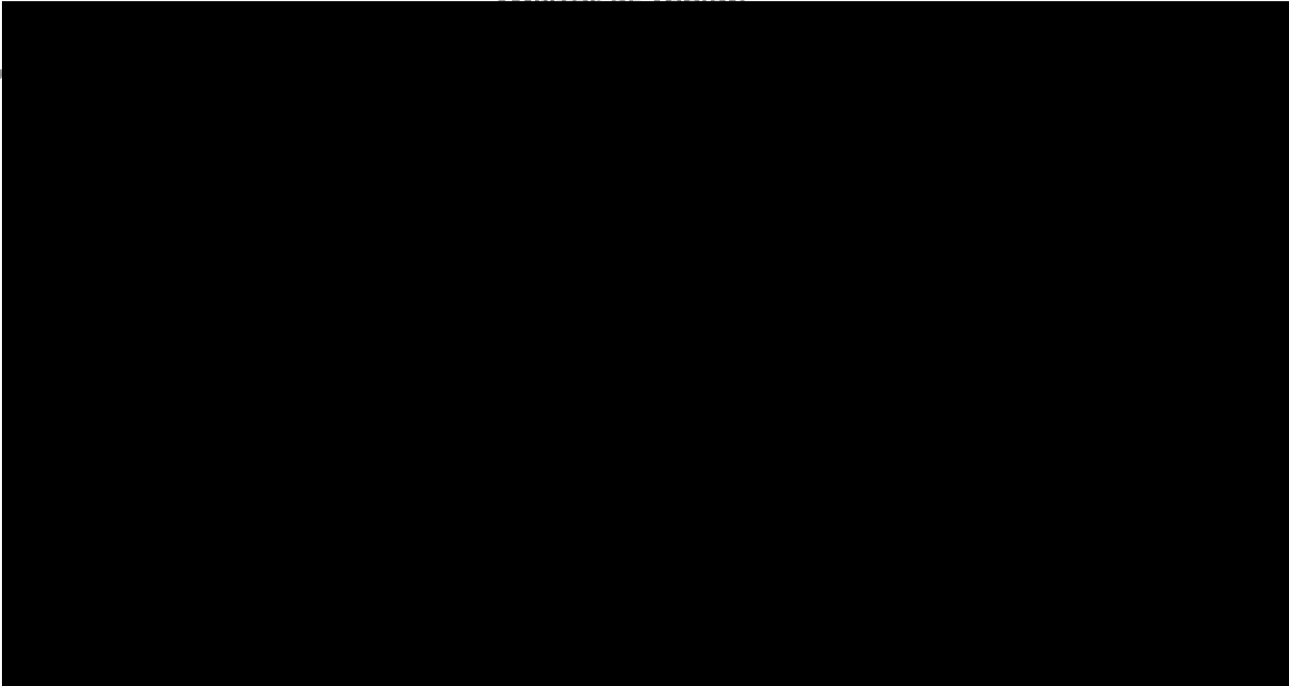
29/01

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 Luis Martinez ID HOGAR 15105 PSDF  CP

Nº de sesión: 1 Ámbito(s): E Fecha: 10 de abril Horario: 10:05 - 10:55	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación utilizando las pruebas de Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Puerto de MCCA.         Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: 2 Ámbito(s): 1 Fecha: 14 de mayo Horario: 9:30	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en el cual se hace reconocimiento de lo local inicial además de cálculo mental y orientación temporal.         Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: 3 Ámbito(s): 3 Fecha: 10 de junio Horario: 10:20	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en el cual el usuario se encuentra somnoliento, se le debe dar constante apoyo verbal y cosquillas para que no se duerma. Se realiza cálculo mental y reconocimiento de imágenes.         Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> _____         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**

 Monserrat Abalaya Pizante
 28/28

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.

Especialidad

**REGISTRO DE ATENCIÓN**

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

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b> Segundo Antonio González	<b>ID HOGAR</b> 126-23	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
---	------------------------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>10 de abril 2025</u> Horario: <u>13:10 - 14:00</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza evaluación con puntajes de evaluación Índice de Barthel Escala de Lawton y Brody, y MCCA.
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>14 de mayo</u> Horario: <u>13:50 - 14:45</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza intervención en la cual se trabaja coordinación visuomotor, motricidad fina, orientación viso-espacial, y cálculo mental.
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>10 de junio</u> Horario: <u>14:05</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza intervención en la cual se trabaja el reconocimiento de imágenes, cálculo mental, Atención y seguimiento de instrucciones.
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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



SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Konserrat Aballar Pilcante.

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional.

Especialidad

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.

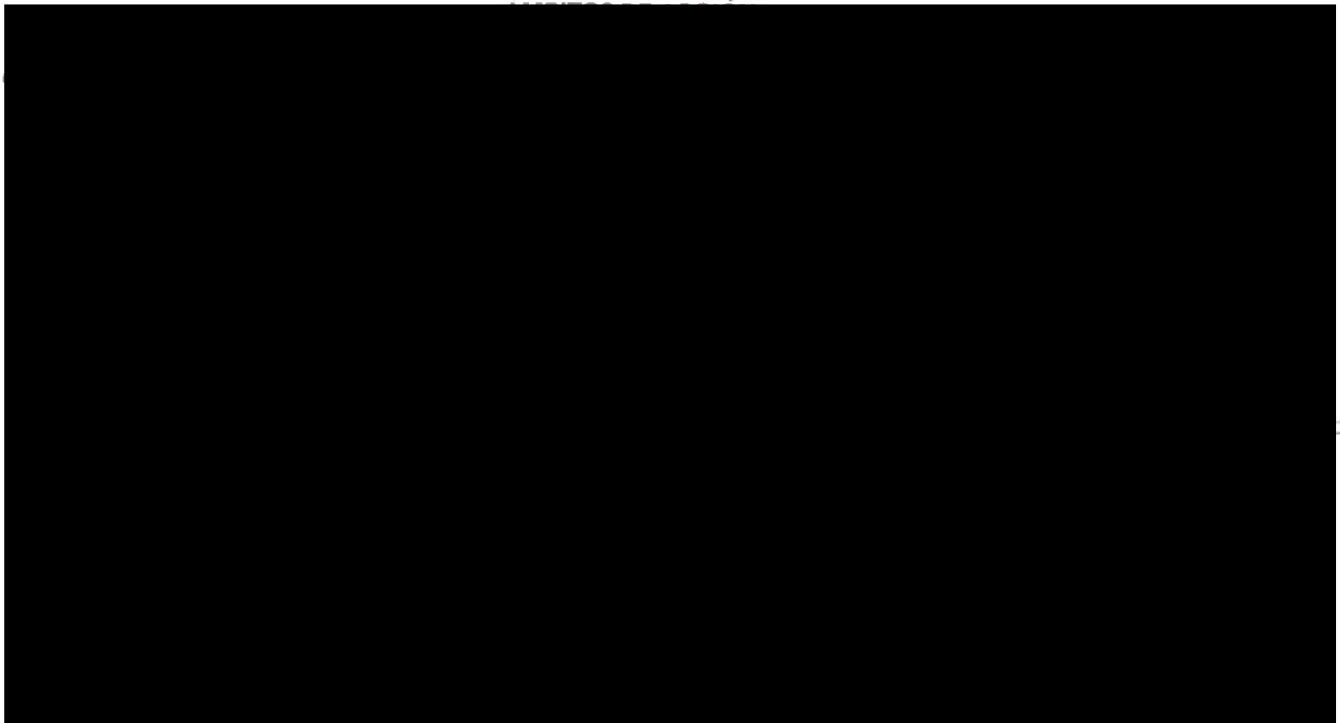
<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b>	Ana Zapata	<b>ID HOGAR</b>	13623	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	------------	-----------------	-------	-------------------------------	--

Nº de sesión: <u>1</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con el Índice de Barthel, Escala de Louster y Brody y Moco.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>10 de abril 2025</u>		
Horario: <u>14:00 - 15:00</u>		

Nº de sesión: <u>2</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabaja categorización, coordinación culo motor y especial. Seguimiento de patrones y fluidez verbal y memoria a corto plazo.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>14 de mayo</u>		
Horario: <u>14:45 - 15:30</u>		

Nº de sesión: <u>3</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabaja el respeto de turnos, categorías semánticas, fluidez y velocidad verbal, atención y memoria a corto plazo.	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>3</u>		Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha: <u>16 de junio</u>		
Horario: <u>13 h.</u>		

Nº de sesión: _____	<b>Observaciones</b>	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

Monserrat Abulay Pilonte  
 Nombre Profesional  
 Terapeuta Ocupacional.  
 Especialidad

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

REGISTRO DE ATENCIÓN

NOMBRE BENEFICIARIO/A Sergio Salas. ID HOGAR 44321 PSDF  CP

Nº de sesión: 1 Ámbito(s): E Fecha: 15 de abril Horario: 10:45 - 11:30	Observaciones Se realizó evaluación con escala de Lawton y Brody, Índice de Barthel y Hooper. Se realiza act. de orientación. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: 2 Ámbito(s): 1 Fecha: 7 de mayo Horario: 12:00	Observaciones Se realiza intervención de estimulación cognitiva, fluidez verbal. Se trabaja orientación viso-espacial, autonomía motriz y seguimiento de instrucciones. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: 3 Ámbito(s): 3 Fecha: 14 de junio Horario: 15:45	Observaciones Se realiza intervención en la cual se trabaja funciones cognitivas y elementos tales como atención, seguimiento de instrucciones, categorización y fluidez verbal. 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"/>

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

Firma

Firma

Mónica Rodríguez  
 Presidente

Vol. a Paul al emp. del



7/3/15

Montserrat Abailay Pileante
Nombre Profesional
Terapeuta Ocupacional
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

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

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>15 de abril</u> Horario: <u>13:10</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza evaluación con escala de Lawton y Brody, Índice de Barthel y Prueba de MCA. Se realiza actividad de Orientación Espacial.
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>7 de mayo</u> Horario: <u>14:10</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza intervención en la cual se trabaja fluidez verbal, tolerancia a la frustración, motricidad fina y coordinación oculo-manual, viso espacial.
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>11 de junio</u> Horario: <u>14:35</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Se realiza intervención en la cual se trabaja principalmente el seguimiento de instrucciones, motricidad fina, coordinación oculo-manual, fluidez y velocidad verbal.
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

  
Firma

  
Firma

  
Marta Pacheco

Colar final al original

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

*Monserrat Abalicy Pilcante*  
 Nombre Profesional  
*Terapeuta Ocupacional*  
 Especialidad

31/36

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A *Ara Gutierrez* ID HOGAR *18662* PSDF  CP

Nº de sesión: 1 Observaciones *Se realiza evaluación con el escalero de Lawton y Brody - Índice de Barthel y MCCA.* Individual  Grupal   
 Ámbito(s): E  
 Fecha: 15 de abril  
 Horario: 11:35 - 12:45

Nº de sesión: 2 Observaciones *Se realiza actividad de Orientación espacial, seguimiento de instrucciones. Se realiza estimulación cognitiva con fluidez verbal.* Individual  Grupal   
 Ámbito(s): 1  
 Fecha: 7 de mayo  
 Horario: 11:00

Nº de sesión: 3 Observaciones *Se realiza intervención en la cual se utilizan referentes se aborda la discriminación auditiva. Se realiza actividad de memoria a corto plazo fluidez y velocidad verbal.* Individual  Grupal   
 Ámbito(s): 2  
 Fecha: 11 de junio  
 Horario: 16:45

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

*Monserrat*  
Firma

*Ara Gutierrez*  
Firma

*Monserrat Abalicy Pilcante*  
15/05/2015  
Terapeuta Ocupacional

*col el al original*

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

*Monserrat Abella Picante*  
 Nombre Profesional

*Terapeuta Ocupacional*  
 Especialidad

*7/2*

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 *Daniel Peñañillo* ID HOGAR *70131* PSDF  CP

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de abril</u> Horario: <u>10:25</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> <i>Se realiza evaluación con Índice de Barthel y Escala de Louter y Brody</i>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>4 de junio</u> Horario: <u>10:15</u>	<b>Observaciones</b> Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> <i>Se realiza evaluación de SPM, se revisa trabajo en curso a la coordinación con objetivos. Se trabaja retorno a EESS.</i>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

*[Signature]*  
 Firma

*[Signature]*  
 Firma

*Maria Beltrami*  
*[Signature]*

*Cda. Paul Mafina*

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserat Aballoy Pizarro  
 Nombre Profesional  
 Terapia Ocupacional  
 Especialidad

Handwritten initials

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A León Polanco ID HOGAR 44350 PSDF  CP

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de abril</u> Horario: <u>11:45</u>	Observaciones <u>Se realiza evaluación en punto de Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody.</u>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>4 de junio</u> Horario: <u>11:30</u>	Observaciones <u>Se realiza evaluación a la cuidadora principal con punto del GPM, posterior se trabaja preforma y alcance, en lo cual se imposibilita la intervención por estado clínico del usuario. Se revisan antecedentes médicos</u>	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

- 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

[Signature]  
Firma

[Signature]  
Firma

Maria Alejandra Lopez  
[Signature]

cola real al oficial

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballay

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

39

REGISTRO DE ATENCIÓN

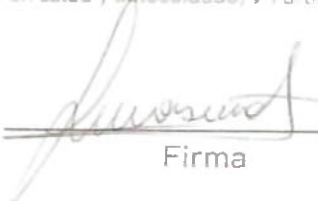
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b>	Juana Menares	<b>ID HOGAR</b>		PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
------------------------------	---------------	-----------------	--	--

Nº de sesión: <u>1</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación utilizando la pauta de evaluación Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y pauta de MoCA.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>4 de junio</u>		
Horario: <u>12:15.</u>		
Nº de sesión: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
Nº de sesión: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		
Nº de sesión: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN

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

  
 Firma

  
 Firma

Marcia Barrios  
 15/06/2013  


Una vez al mes

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserat Aballay  
 Nombre Profesional  
 Terapeuta Ocupacional.  
 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: Juan Arriagada ID HOGAR: 62420 PSDF  CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de abril</u> Horario: <u>14:00</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con escala de Louton y Brody, Índice de Barthel y Pauta de MOCA. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>4 de junio</u> Horario: <u>14:05</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabajó el reconocimiento de imágenes y respuesta acorde a los enunciados. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

Firma

Firma

Copia Real al original

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Manseerat Aballay
Nombre Profesional
Terapeuta Ocupacional.
Especialidad

31

REGISTRO DE ATENCIÓN

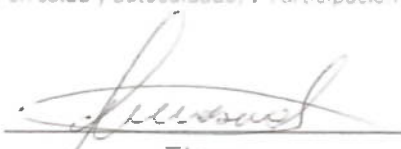
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

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

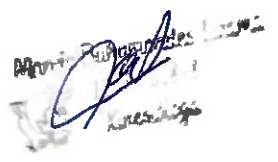
Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de abril</u> Horario: <u>14.55</u>	Observaciones Se realiza evaluación con Escala de Louisa y Brody e Índice de Barthel.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>4 de junio</u> Horario: <u>13.10</u>	Observaciones Reconocimiento de imágenes mediante el alcance, memoria y seguimiento de instrucciones. Se entrega informes a familiares.	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

- 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

  
Firma

  
Firma



CPA Paul Alarcón

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballeu

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

40/02

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Marcelo Túniga	ID HOGAR	40200	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	----------------	----------	-------	--

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de abril</u> Horario: <u>12:55</u>	Observaciones Se realiza evaluación utilizando Escala de Leuton y Brody, Índice de Pzarter y Prueba de MOCA.	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>4 de Junio</u> Horario: <u>10:45</u>	Observaciones Se realiza intervención en la cual se trabaja fluidez verbal, orientación espacial, estereognosis, tolerancia a la frustración.	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

- 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

Firma

Firma

Marcia Behar  
  
Fisioterapeuta

cola pul al original

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Konberrat Aballoy
Nombre Profesional
Terapia Ocupacional
Especialidad

44/13

REGISTRO DE ATENCIÓN

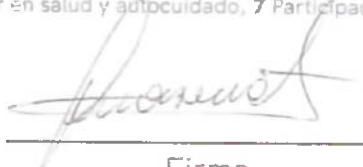
Este formato aplica para las intervenciones de SSEE. En el apartado "Ámbito(s)" seleccione el o los ámbitos desarrollados en la sesión indicando el número correspondiente.

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b>	Dionisio Rodriguez	<b>ID HOGAR</b>		PSDF <input checked="" type="checkbox"/> .CP <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------	-----------------	--	---

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>27 de mayo</u> Horario: _____	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con parte de Índice de Barthel, Escala de Lawton y Body & Mucci	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b>	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

  
Firma

  
Firma

Maria Dolores  
15  


col. a RW al oficina

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserat Abella Pizarro.  
 Nombre Profesional  
 Terapia Ocupacional.  
 Especialidad

42/44

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 Jasmin Molina. ID HOGAR 12082 PSDF  CP

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E.</u> Fecha: <u>9 abr. 1 2025</u> Horario: <u>9:30 - 10:30</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con escala de Índice de Barthel. Escala de Lawton y Brody. - Se realiza reconocimiento de imágenes y sombras. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): _____ Fecha: <u>27 de mayo</u> Horario: <u>9:30 - 10:30</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervenciones en la cual se trabaja por la pictórico, alcance y estructuras bimanual. - Se realiza reconocimiento de formas y colores. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

[Firma]  
 Firma

[Firma]  
 Firma

Miriam P. [Firma]  
 Kinesióloga

copa Red Apoyos

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Aballay Pilante.  
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional  
Especialidad

13/04

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 Maria Cecilia Cerda ID HOGAR 59040 PSDF  CP

Nº de sesión: 1 Observaciones Se realiza evaluación utilizando los pautas de Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y MOCA. Individual  Grupal

Ámbito(s): E

Fecha: 9 de abril

Horario: 10:40 - 11:30.

Nº de sesión: 2 Observaciones Se realiza evaluación en conjunto a Kinesiólogo, se trabajó estimulación cognitiva y Plan de EEFS. Individual  Grupal

Ámbito(s): 3

Fecha: 27 de mayo

Horario: \_\_\_\_\_

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

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Kinesiólogo

copa Red Alcañal

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monseerrat Abalía  
 Nombre Profesional  
 Terapeuta Ocupacional  
 Especialidad

44/46

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: Oscar Borruea ID HOGAR: PSDF  CP

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>24 de mayo</u> Horario: <u>13 h.</u>	Observaciones se realiza evaluación utilizando la prueba de Índice de Barthel, Escala de Wasser y Brody y MOCAT	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,
- 6 Bienestar en salud y autocuidado, 7 Participación social y ciudadanía, 8 Inclusión laboral, 9 Responsabilidad, E Evaluación

Firma

Firma

Maria Robinson del...  
 Psicóloga

Copia del original

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Montserrat Abalía

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

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

Nº de sesión: <u>1</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con escala de Loxton y Brody, Índice de Barthel y MCCA - Se revisa exámenes y horas médicas	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>30 de abril</u>		
Horario: <u>11:05</u>		

Nº de sesión: <u>2</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervenciones en la cual se trabaja la memoria, fluidez verbal y cálculo mental.	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>1</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>13 mayo</u>		
Horario: <u>10:30</u>		

Nº de sesión: <u>3</u>	<b>Observaciones</b> - se realiza actividades de orientación espacial, se trabajó en base a los intereses de la usuaria. con trancheles y sopa de letras incógnita	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>3</u>		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>20 de mayo</u>		
Horario: <u>9:45</u>		

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

ÁMBITOS DE ACCIÓN

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

  
 Firma

  
 Firma



Copia para el hogar

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos Y Cuidados

*Monserrat Abailay*  
 Nombre Profesional  
 Terapeuta Ocupacional  
 Especialidad

*44/48*

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 *Rosa Tobar* ID HOGAR *11523* PSDF  CP

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>11 de abril</u> Horario: <u>10:30</u>	Observaciones <i>Se realiza evaluación con escala de Louison y Brady, Índice de Berthel.</i>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>6 de mayo</u> Horario: <u>10:30</u>	Observaciones <i>Se realiza evaluación de MOCA, se trabaja estímulos cognitivos, fluidez verbal.</i>	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>5 de junio</u> Horario: <u>11:20</u>	Observaciones <i>Se realiza intervención en la cual se trabaja seguimiento de instrucciones, Atención sostenida de memoria a corto plazo, respeto de turnos</i>	Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" 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,
- 6 Bienestar en salud y autocuidado, 7 Participación social y ciudadanía, 8 Inclusión laboral, 9 Corresponsabilidad, E Evaluación

*[Signature]*  
 Firma

*[Signature]*  
 Firma

*Marta Pacheco*  
*[Signature]*

*ceda del original*

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballeo Pilcante

Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional

Especialidad

48/29

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	Fresca Tobar	ID HOGAR	11523	PSDF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------	----------	-------	--	-----------------------------

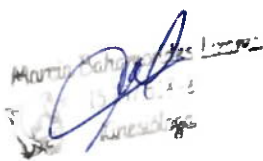
Nº de sesión: <u>1</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>E</u>	Se realiza evaluación con escalas de Lawton y Brody, Índice de Barthel y MOCAT.	Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>11 de abril 2025</u>		
Horario: <u>10:30 - 11:15</u>		
Nº de sesión: <u>2</u>	Observaciones	Individual <input checked="" type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>2</u>	Se realizan actividades de reconocimiento de vocal inicial, motricidad fina, y seguimiento de instrucciones.	Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: <u>6 de mayo</u>	Se trabaja coordinación oculo-manual.	
Horario: <u>11:10</u>		
Nº de sesión: <u>3</u>	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): <u>3</u>	Se trabaja la atención sostenida, el seguimiento de instrucciones, atención sostenida, memoria a corto plazo, respeto de turnos.	Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha: <u>5 de junio</u>	Reconocimiento de sílabas inicial	
Horario: <u>10:35</u>		
Nº de sesión: _____	Observaciones	Individual <input type="checkbox"/>
Ámbito(s): _____		Grupal <input type="checkbox"/>
Fecha: _____		
Horario: _____		

ÁMBITOS DE ACCIÓN

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

  
Firma

  
Firma

  
Copia del original

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Munirrat Aballeo P. Leante  
 Nombre Profesional  
 Terapeuta Ocupacional.  
 Especialidad

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 Margarita Arroyo ID HOGAR 10 PSDF  CP

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>23 de abril</u> Horario: <u>10:15 -</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación a la cuidadora se utiliza la evaluación de Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y Evaluación H.O.C.A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>16 de mayo</u> Horario: <u>12:05</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabaja orientación espacial, memoria a corto y a largo plazo. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>13 de junio</u> Horario: <u>12:35</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabaja memoria a corto y a largo plazo, fluidez y velocidad verbal y atención. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

[Firma]  
 Firma

[Firma]  
 Firma

Maria P. Leante  
 [Firma]  
 Kinesióloga  
 cola red al profesional

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballoy Pileante  
 Nombre Profesional  
 Terapeuta Ocupacional  
 Especialidad

49

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		EUGENIO CEA	ID HOGAR	19261	PSDF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>1</u>	Ámbito(s): <u>E</u>	Fecha: <u>16 de abril</u>	Horario: <u>12:50</u>	<b>Observaciones</b> Se realizó evaluación con Instrumento de MORA, Índice de Barthel y escala de Louder y Brody. Se realizó actividades de orientación espacial. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>2</u>	Ámbito(s): <u>1</u>	Fecha: <u>16 de mayo</u>	Horario: <u>11:15</u>	<b>Observaciones</b> Se realizó intervención en la cual se trabajó motricidad fina, orientación espacial, fluidez y velocidad en el habla, tolerancia a la frustración y categorización. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/>	
Nº de sesión: <u>3</u>	Ámbito(s): <u>3</u>	Fecha: <u>13 de junio</u>	Horario: <u>11:05</u>	<b>Observaciones</b> Se realizó intervención en la cual se trabajó motricidad fina, estimulación cognitiva, resolución de problemas, concentración y tolerancia a la frustración. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/>	
Nº de sesión: _____	Ámbito(s): _____	Fecha: _____	Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

Firma

Firma

Monserrat Aballoy Pileante  
 Terapeuta Ocupacional

cola del original

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Abalioy Pilcante

Nombre Profesional

Terapia Ocupacional

Especialidad

12

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.

<b>NOMBRE BENEFICIARIO/A</b>	Leonides Barrero	<b>ID HOGAR</b>	19261	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	------------------	-----------------	-------	-------------------------------	--

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>16 de abril</u> Horario: <u>12:10</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con instrumento de MACA, Escala de Leuteri y Brody e Índice de Barthel. - Dinámica de orientación espacial. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>16 de mayo</u> Horario: <u>10:35</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabaja la orientación espacial, tolerancia a la frustración, categorización y fluidez verbal. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>13 de junio</u> Horario: <u>11:05</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabaja la motricidad fina, estimulación cognitiva, resolución de problemas, concentración, tolerancia a la frustración. Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input checked="" type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

  
 Firma

  
 Firma



Copia para el beneficiario

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrot Aballoy Pilcente  
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional  
Especialidad

137

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A Jose Diaz ID HOGAR \_\_\_\_\_ PSDF  CP

N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>14 de abril</u> Horario: <u>12:00</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación en la cual se utilizan puntos de Índice de Barthel, Escala de Louton y Brody y Moca. Se realiza reconocimiento de imágenes Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>13 de mayo</u> Horario: <u>12:30</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención trabajada el reconocimiento de imágenes, con memoria a largo plazo, orientación espacial y motricidad fina Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>13 JUNIO</u> Horario: <u>15:05</u>	<b>Observaciones</b> Se le entrega material de apoyo en act. de estimulación cognitiva. Se trabaja la comprensión y el seguimiento de instrucciones. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> 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

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Firma

Maria Pacheco de Lopez  
[Firma]  
asesora

cola del el apilado

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserreat Aballea Pilante  
Nombre Profesional

Terapeuta Ocupacional  
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A Alicia Lepe Lepe ID HOGAR 18621 PSDF  CP


N° de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E</u> Fecha: <u>16 de abril</u> Horario: <u>13.35.</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza evaluación con puntas de índice de Barthel, escala de Lawton y Brody y Moct. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>16 de mayo</u> Horario: <u>13.40.</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza contención debido a duelo. Se conversa sobre sus dolores y diagnósticos. Se habla de categorización. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>3</u> Fecha: <u>13 de junio</u> Horario: <u>13.40.</u>	<b>Observaciones</b> Se realiza intervención en la cual se trabaja la flexión verbal, la tolerancia a la frustración y tolerancia actividades en su rutina. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
N° de sesión: _____ Ámbito(s): _____ Fecha: _____ Horario: _____	<b>Observaciones</b> _____ 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

  
Firma

  
Firma

  
Maria Buitrago  
Kirkesolaga

Copa del original

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballay Pileante  
Nombre Profesional  
Terapia Ocupacional.  
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A Luis Velásquez ID HOGAR 44334 PSDF  CP

Table with 4 rows of session records. Each row contains session number, date, time, and observations. The first three rows have handwritten entries for sessions 1, 2, and 3. The fourth row is empty.

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

[Handwritten signature] Firma

[Red circular stamp] Firma

[Handwritten signature]

Logo del Apoyado

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserat Aballar Pilcante  
 Nombre Profesional  
 Terapia Ocupacional  
 Especialidad

52

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A Teobaldo Altamirano ID HOGAR 10181 PSDF  CP

Nº de sesión: 1  
 Ámbito(s): E  
 Fecha: 10 de abril  
 Horario: 9:00-10:00

Observaciones: Se realizó evaluación del índice de Barthel, Escala de Louison y Brody y evaluación HCAH. Se realiza actividad de reconocimiento de imágenes.

Individual   
 Grupal

Nº de sesión: 2  
 Ámbito(s): 1  
 Fecha: 14 de mayo  
 Horario: 11:30

Observaciones: Se realiza intervención en la cual se trabaja la fluidez verbal, memoria a corto y largo plazo y orientación espacial.

Individual   
 Grupal

Nº de sesión: 3  
 Ámbito(s): 3  
 Fecha: 10 de junio  
 Horario: 14:10

Observaciones: Se realiza intervención en la cual se le entrega material para trabajar la fluidez y velocidad verbal, el reconocimiento de patrones.

Individual   
 Grupal

Nº de sesión: \_\_\_\_\_  
 Ámbito(s): \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Horario: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Individual   
 Grupal

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

Firma

Firma

María Dolores López

CofA en el original

SSEE

FO SE 02

Registro de atención profesionales SS.EE.



PROGRAMA Red Local de Apoyos y Cuidados

Monserrat Aballay Pilcante
Nombre Profesional
Terapeuta Ocupacional
Especialidad

REGISTRO DE ATENCIÓN

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

NOMBRE BENEFICIARIO/A	Rosalba Martinez	ID HOGAR	15105	PSDF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------	------------------	----------	-------	-------------------------------	--

Nº de sesión: <u>1</u> Ámbito(s): <u>E.</u> Fecha: <u>10 abril 2025</u> Horario: <u>10:55 - 11:55</u>	Observaciones: Se realiza evaluación de índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Evaluación MOCA. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>2</u> Ámbito(s): <u>1</u> Fecha: <u>14 de mayo</u> Horario: <u>10:15</u>	Observaciones: Se realiza intervención de categorización, fluidez verbal y cálculo mental. Se trabaja además tolerancia a la frustración. Individual <input checked="" type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/>
Nº de sesión: <u>3</u> Ámbito(s): <u>2</u> Fecha: <u>10 de junio</u> Horario: <u>9:25</u>	Observaciones: Se realiza actividades de fluidez verbal, orientación e cálculo. (evaluación de mayor a menor.) 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"/>

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

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Municipalidad de Padre Hurtado  
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO  
Mónica [Firma]