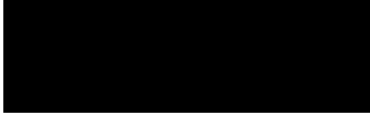




## Informe de pago mensual

Funcionario: Christopher Morales Plaza



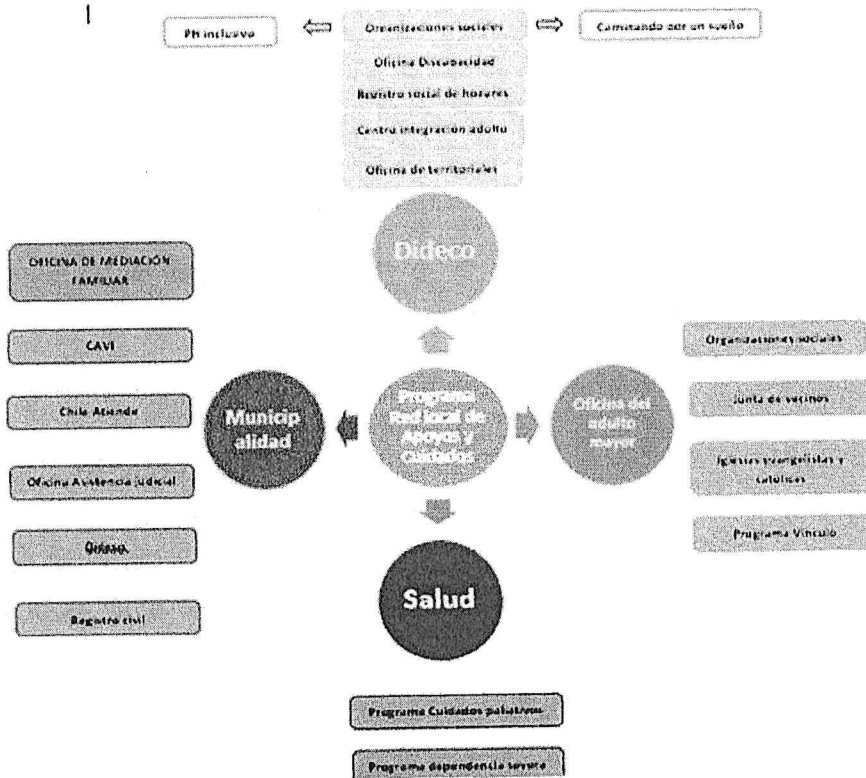
Cargo: Gestor Comunitario

Mes correspondiente: ABRIL 2025

Cometidos solicitados según contrato:

- Realizar un levantamiento o actualización del mapa de actores territoriales (organizaciones sociales y territoriales, organizaciones de la sociedad civil, agrupaciones vecinales, culturales, deportivas, voluntariados, entre otros)

En el presente mes se realizó una actualización de mapa de actores territoriales con el cual se trabajará durante el presente año, Adjunto mapa y sus actores territoriales.





**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
Y Cuidados**

- **Elaborar un diagnóstico de las necesidades a nivel comunitario, que sean posibles de abordar durante el período de ejecución del programa.**

Se realizó reunión de red local de la comuna de Padre Hurtado temas tratados (se adjunta lista de asistencia)

- Acuerdo de confidencialidad para todos los integrantes de la RED comunal
- Decreto para el funcionamiento y compromiso en la asistencia de RED local
- Programas y estamentos encargados de las derivaciones:
  1. VIF y víctimas de delitos: centro de atención a víctimas CAVI
  2. Personas en riesgo de dependencia o dependencia leve: centro integral del adulto mayor CIAM
  3. Dependencia moderada o severa: Programa Red local de apoyos y cuidados PRLAC
  4. Ayudas social Dirección de desarrollo social DIDESO
- Investigar sobre la posibilidad de solicitar un gobierno en terreno junto a COMPIN para tramites de credencial de discapacidad
- Análisis de casos sociales

Se ejecutaron acciones en torno a solicitudes de horas médicas para diversas consultas de los usuarios y usuarias como: revisión de exámenes médicos, consulta de horas por morbilidad, visitas de especialidades médicas, re evaluaciones medicas

León Polanco, Saavedra María Carolina Saavedra (madre y cuidadora León Polanco), Cristian Vengas, Ivone Epul (madre y cuidadora de Cristian Vengas)







# DIDECO

Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local de Apoyos y Cuidados**

**Hora medica** Recibidos x

**csector2@saludmph.cl** para mí - Jun 7, 7:14 a.m. 14:59

Estimadas junto con saludar hago envío de detalle de hora medica de control de artrosis de Usuaría Guillermina Villa González 5 787.497-K La hora Fue gestionada para el día 29 de abril a las 12:30 con Dra Valdivia, la hora fue notificada a cuidadora de usuaria.

Quedo atenta.

Saludos.

## Rafael San Martin

**solicitud hora medica usuario** Recibidos x

**Programa Red Local Padre Hurtado** - p.salazph@gmail.com para esactor1 - Jun 4, 4:26 a.m. 10:43

estimadas buenos días, junto con saludar y esperando se encuentre bien, remito el siguiente correo con la finalidad de poder solicitar hora médica para nuestro usuario, puesto que es indispensable la revisión de exámenes médicos con carácter de "urgente" los cuales le fueron pedidos y ya fueron realizados por parte del usuario, puesto que la persona se encuentra a la espera de una operación, paso a detallar los datos

Rafael San Martín 5559989-6  
a contacto: 977867886 Glona Vecina

Atte.  
Programa Red Local De Apoyos y Cuidados

## Rosalba Martínez Vidal

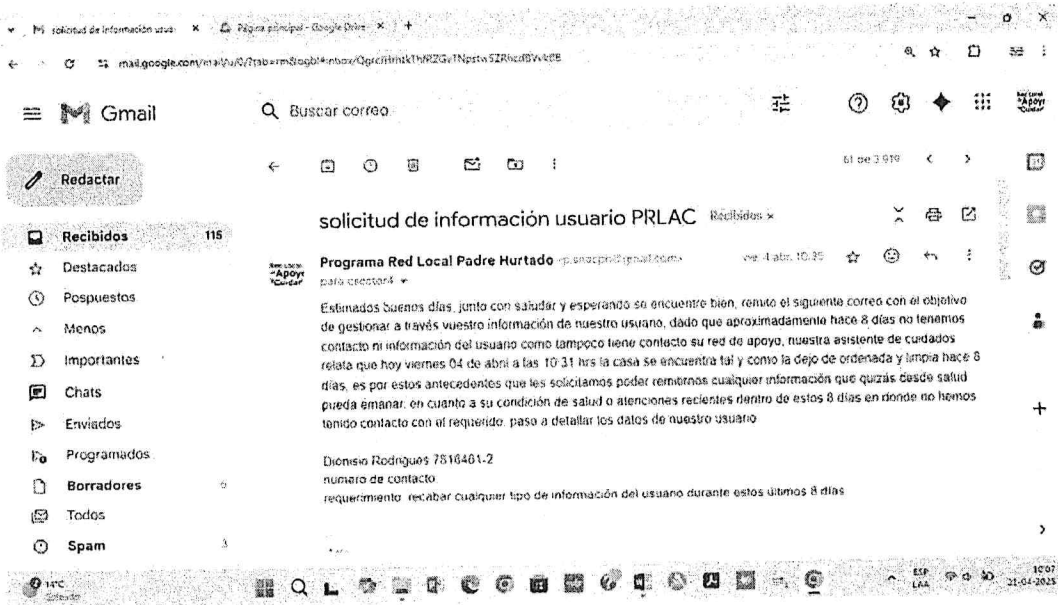
**solicitud** Recibidos x

**Programa Red Local Padre Hurtado** - p.salazph@gmail.com para Carol - Jun 10, 10:13 a.m. 13:15 (hace 11 días)

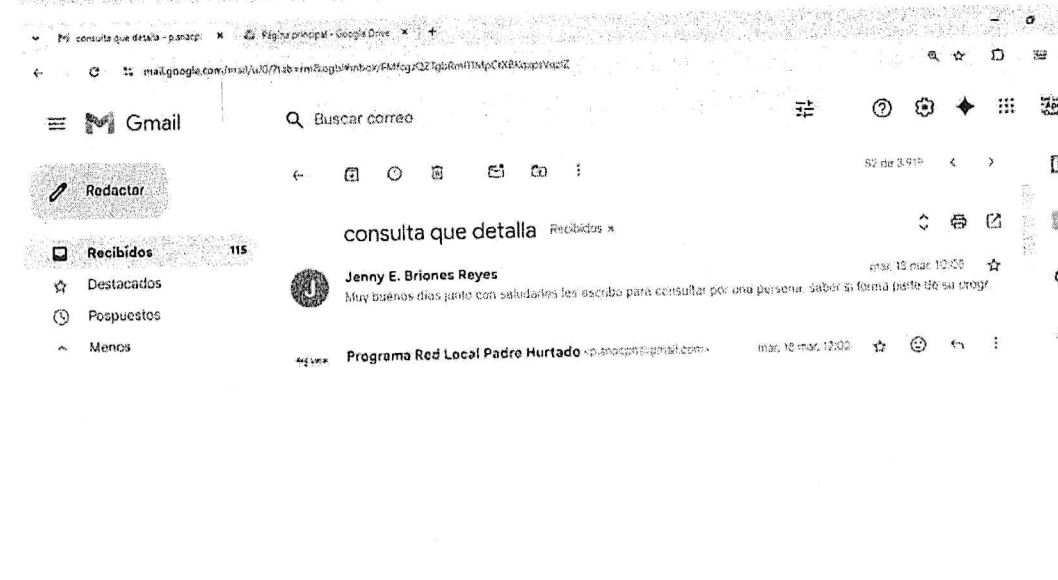
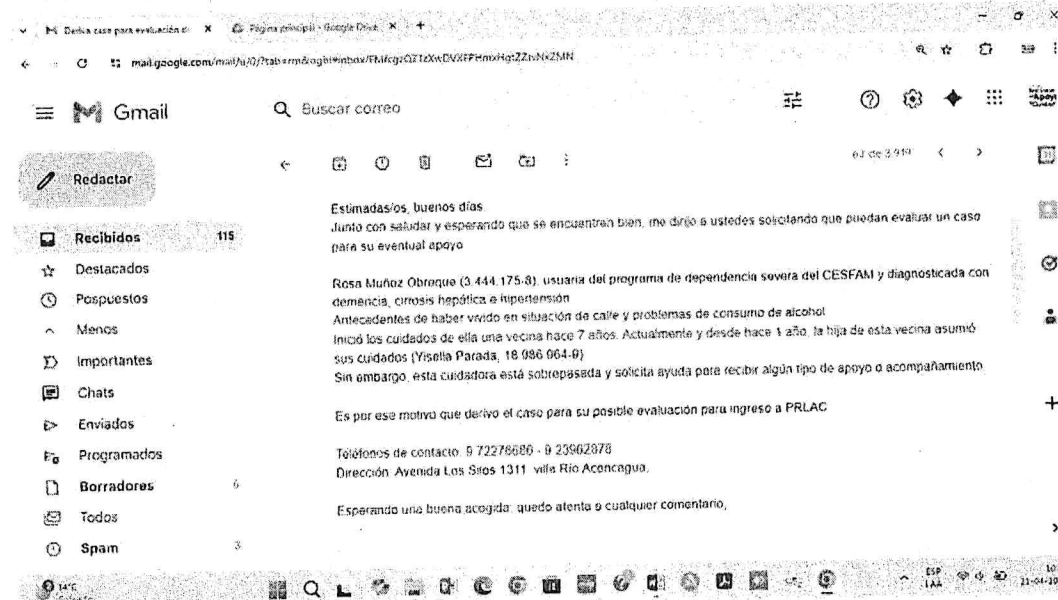
Estimada, muy buenas tardes, junto con saludar y esperando que se encuentre bien remito el siguiente para solicitar gestiones para dos usuarios de nuestro programa



Dionisio Rodríguez



**Evaluaciones de casos derivados de diversos estamentos y programas de la red local**



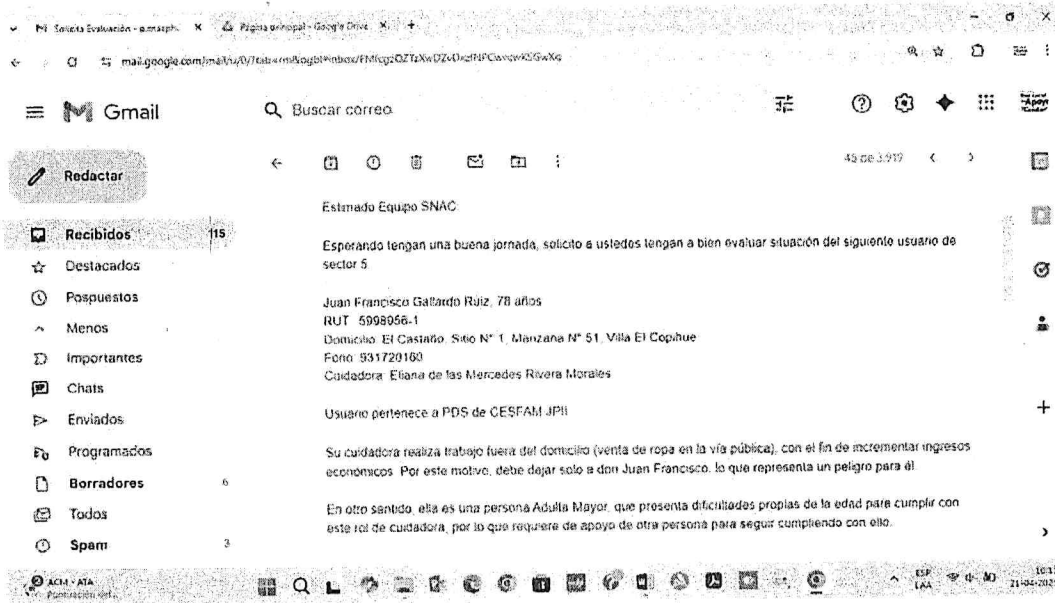


# DIDECO

Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**



Se realizaron evaluaciones de casos sociales derivados desde la red local, como también, en la reunión mensual de red local de la comuna, los casos en los que se ejecutaron visitas domiciliarias para Evaluación Individual: (se adjuntan copias de evaluaciones)

- Rosa Muñoz Obrequé, Patricio Castro Núñez, Zelma Ojeda Sepúlveda, Juan Gallardo Ruiz, Clara Mora Suarez, José Angulo Díaz: usuarios cumplen con perfil de ingreso, queda en lista de espera con prioridad
- Valeriano Guajardo, Carlos Rojas Mena: usuario no cumple con perfil de ingreso
- José Angulo Díaz: usuario en lista de espera
- Héctor Silva Rivas, Florencio Molina Cancino, Luis Quintana Contreras, usuarios cumplen perfil, quedan en lista de espera
- **Generar un proyecto que promueva la participación ciudadana en materia de género, dependencia y/o discapacidad.**

Cometido a realizar en mes de mayo

- **Fomento de la sensibilización en temáticas de dependencia, que incluya acciones socioeducativas.**

En el presente mes se realizó planificación de actividades para fomentar la sensibilización en la temática de dependencia, participación e inclusión con proyección



Red Local de Apoyos y Cuidados

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

ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 16	MES 04	AÑO 2021	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (Índice)  
Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don, Doña, Señor, Señora, Señorita, etc.)

NOMBRES	ROSA CARMEN	SEXO	M	F	<input checked="" type="checkbox"/>
APELLIDO PATERNO	[REDACTED]	TELÉFONO 1	[REDACTED]		
APELLIDO MATERNO	[REDACTED]	TELÉFONO 2	[REDACTED]		
FECHA NACIMIENTO	[REDACTED]	EDAD ACTUAL	[REDACTED]		
DOMICILIO	[REDACTED]	N°	1311		
VILLA O POBLACIÓN	[REDACTED]	OTRAS REFERENCIAS	[REDACTED]		
COMUNA	[REDACTED]				

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

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

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

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

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

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

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

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





PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

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

ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 16	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

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

Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátela por el vocativo que la persona indique (Don, Doña)

NOMBRES	PATRICIO EDUARDO		SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F
APELLIDO PATERNO	CASTRO		TELÉFONO 1		
APELLIDO MATERNO	ABANDONA		TELÉFONO 2		
FECHA NACIMIENTO	DIA		EDAD ACTUAL	3	
DOMICILIO	CALLE		N°	1882	
VILLA O POBLACIÓN	TO		OTRAS REFERENCIAS		
COMUNA	PARI		M		

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

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

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

2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.7	Demencias	SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI		NO		¿Cuál?	AUTISMO / TPA 1			
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI		NO						
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI		NO						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI		NO						

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

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

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

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



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

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

ID HOGAR						
FECHA ENTREVISTA	DIA	16	MES	04	AÑO	2025
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI		

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

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

NOMBRES	ZOLMA ROSANA	SEXO	M	F	<input checked="" type="checkbox"/>	
APELLIDO PATERNO	WILDA STPULUDA	TELÉFONO 1				
APELLIDO MATERNO		TELÉFONO 2				
FECHA NACIMIENTO		EDAD ACTUAL				
DOMICILIO		N° DPTO./CASA	6.			
VILLA O POBLACIÓN		OTRAS REFERENCIAS				
COMUNA						

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

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

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

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

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

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

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

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



PROGRAMA  
**Red Local de Apoyos y Cuidados**

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

ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 16	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

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

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

NOMBRES	JUAN	SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
APELLIDO PATERNO	BALBUENA	TELÉFONO 1		
APELLIDO MATERNO	PEREZ	TELÉFONO 2		
FECHA NACIMIENTO		EDAD ACTUAL	78	
DOMICILIO		N° DPTO/CASA	51/1751	
VILLA O POBLACIÓN		REFERENCIAS		
COMUNA				

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

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

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

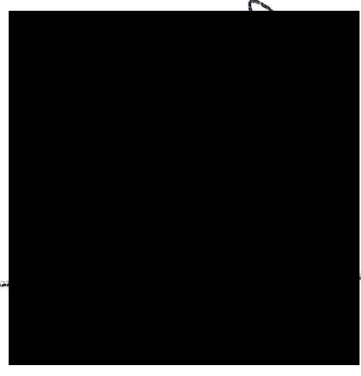
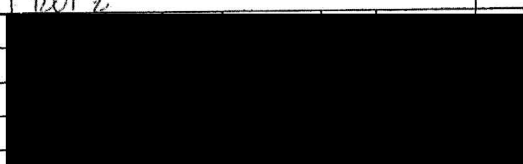
2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.7	Demencias	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.1.3	Dificultad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

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

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

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

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





ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 17	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI <input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI	

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

Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don, Doña, Señor, Señora, Señorita, etc.)

NOMBRES	CARRA ADRIANA	SEXO	M	F <input checked="" type="checkbox"/>	
APELLIDO PATERNO	RODA	TELÉFONO 1	[REDACTED]		
APELLIDO MATERNO	SMARTE	TELÉFONO 2	[REDACTED]		
FECHA NACIMIENTO	[REDACTED]	EDAD ACTUAL	[REDACTED]		
DOMICILIO	[REDACTED]	N°	201	N° DPTO/CASA	
VILLA O POBLACIÓN	[REDACTED]	OTRAS REFERENCIAS			
COMUNA	[REDACTED]				

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

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

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

2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	2.1.7	Ocurrencias	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	→ ¿Cuál? - ACV (sevilla) 31 - DAME A - IPA					
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>						
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						

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

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

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

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





ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 16	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

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

Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don, Doña, etc.).

NOMBRES	VALDOMIRO				SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	
APELLIDO PATERNO	GUAYARDO				TELÉFONO 1	[REDACTED]			
APELLIDO MATERNO					TELÉFONO 2	[REDACTED]			
FECHA NACIMIENTO	DIA		MES		AÑO		EDAD ACTUAL	[REDACTED]	
DOMICILIO	[REDACTED]				N° DPTO/CASA	260			
VILLA O POBLACIÓN	[REDACTED]				REFERENCIAS				
COMUNA	[REDACTED]								

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

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

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

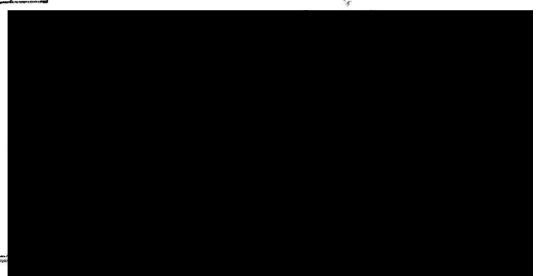
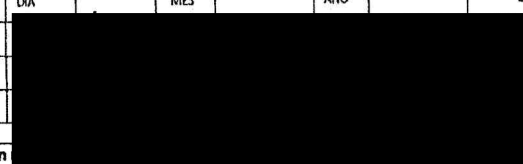
2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	2.1.7	Demencias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	2.1.8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

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

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

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

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





ID HOGAR			
FECHA ENTREVISTA	DIA 10	MES 04	AÑO 2025
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/> RE-EVALUACIÓN	SI

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

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

NOMBRES	CARLOS	SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F	
APELLIDO PATERNO	ROJAS	TELÉFONO 1	[REDACTED]		
APELLIDO MATERNO	MARÍA	TELÉFONO 2	[REDACTED]		
FECHA NACIMIENTO	[REDACTED]	EDAD ACTUAL	[REDACTED]		
DOMICILIO	[REDACTED]	N°	118	N° DPTO/CASA	
VILLA O POBLACIÓN	[REDACTED]	OTRAS REFERENCIAS			
COMUNA	[REDACTED]				

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

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

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

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

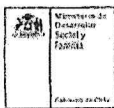
**2.2. Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia. Marque SI o NO.**

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

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

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





ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 15	MES 04	AÑO 25	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

**SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa de Apoyos y Cuidados (Índice)**  
Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don, Doña, Señorita, etc.).

NOMBRES	Dios Alejandro		SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F	
APELLIDO PATERNO	Angulo		TELÉFONO 1			
APELLIDO MATERNO			TELÉFONO 2			
FECHA NACIMIENTO			EDAD ACTUAL			
DOMICILIO			N° 260	N° DPTO/CASA		
VILLA O POBLACIÓN			OTRAS REFERENCIAS			
COMUNA						

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

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

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

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

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

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

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

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





ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 14	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

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

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

NOMBRES	HUGO RIVERA		SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F
APELLIDO PATERNO	RAVAT		TELÉFONO 1		
APELLIDO MATERNO	SILVA		TELÉFONO 2		
FECHA NACIMIENTO			EDAD ACTUAL		
DOMICILIO			N°	416	N° DPTO/CASA
VILLA O POBLACIÓN			OTRAS REFERENCIAS		
COMUNA					

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

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

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

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

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

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

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

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



ENTREVISTA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE APOYOS Y CUIDADOS  
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL  
INSTRUMENTO TIPO B: 15+ AÑOS



ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 08	MES 04	AÑO 25	
EVALUACION	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACION	SI

**SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia (PSD) que requiere acceso al subsistema**  
Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don, Doña, Señor)

NOMBRES	Florencio		SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	
APELLIDO PATERNO	Polina		TELÉFONO 1				
APELLIDO MATERNO	Cameño		TELÉFONO 2				
FECHA NACIMIENTO	[REDACTED]		EDAD ACTUAL				
DOMICILIO	[REDACTED]		N°	777		N° DPTO/CASA	
VILLA O POBLACION	[REDACTED]		OTRAS REFERENCIAS				
COMUNA	[REDACTED]						

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

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

2.1. Dificultades permanentes de la persona (verificar y consignar todos los factores que correspondan)									
2.1.1	Dificultad física y/o de movilidad	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	2.1.7	Demencias	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.1.2	Mudez o dificultad en el habla	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	2.1.8	Otra dificultad permanente	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
2.1.3	Dificultad psiquiátrica	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	→ ¿Cuál?				
2.1.4	Dificultad mental o intelectual	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>					
2.1.5	Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>					
2.1.6	Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>					

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

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

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

2.2.6	Puede levantarse de la cama	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
2.2.7	Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	



ID HOGAR				
FECHA ENTREVISTA	DIA 09	MES 04	AÑO 2025	
EVALUACIÓN	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	RE-EVALUACIÓN	SI

**SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Cuidados (Índice)**  
*Una vez consignado el nombre de la persona con dependencia funcional, trátelo por el vocativo que la persona indique (Don, Doña, Señor)*

NOMBRES	LUIS ENRIQUE	SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F	RUT	
APELLIDO PATERNO	QUINTANA	TELÉFONO 1				
APELLIDO MATERNO	CONTRERAS	TELÉFONO 2				
FECHA NACIMIENTO		EDAD ACTUAL				
DOMICILIO		N°	323	N° DPTO/CASA		
VILLA O POBLACIÓN		OTRAS REFERENCIAS				
COMUNA						

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

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

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

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

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

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

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

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



**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

21

- **Promoción de la participación ciudadana de las personas en situación de dependencia y sus cuidadores en espacios comunitarios.**

El presente mes se realizó planificación de actividades para una participación ciudadana durante los meses de abril del año 2025.

