



INFORME DE PAGO MENSUAL

Funcionario: Camilo Andrés Donaire San Martín



Mes Correspondiente: Abril 2026

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 Psicología, asociado al convenio del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.
- Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.
- Ejecutar talleres o actividades dentro de su ámbito profesional según requerimiento de la coordinación.
- Realizar ingresos de sus atenciones a la diada en la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- Gestionar casos asignados por la coordinación del PRLAC.
- Participar en actividades solicitadas por DIDECO.

Actividades de acuerdo a los cometidos:

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

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

Calendario de actividades mes Marzo

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		25 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Benjamín Arriaza María Reyes Zaida Reyes	26 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Eduardo Molina Mercedes Cayuqueo Isabel Quiroz	27 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Jessenia Zamorano Eduardo Quintana Benjamín Arriaza Zaida Reyes
30 Capacitación administrativo Gestión de casos	31 Capacitación administrativo Gestión de casos			

**DIDECO**

Dirección de Desarrollo Comunitario

PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**Realización de
taller a club de
adulto mayor "El
Ensueño"**Calendario de actividades mes Abril**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		1 Capacitación administrativo Gestión de casos	2 Visitas domiciliarias: Daniel Cornejo Maria Cerda Alicia Rosales Realización de taller a club de adulto mayor "Las Clavelinas"	3 Feriado
6 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Evaristo Cea Leonides Barrera Isabel Quiroz	7 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: María Reyes Juan Arenas Carlos Soto Mario Vásquez Marcia Valderrama	8 Capacitación administrativo Gestión de casos Reunión de equipo SS.EE. Visitas domiciliarias: Carlos Soto Zelma Ojeda María Sepúlveda	9 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Jasmin Ortiz Luz Díaz	10 Capacitación administrativo Gestión de casos Se participa a proyecto caminando con dignidad y alegría junto a club de adulto mayor "Las Clavelinas"
13 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Martín Cuevas Violeta Ramírez Carlos Soto Manuel Faúndez Eduardo Molina Mercedes Cayuqueo	14 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Miguel Fuentes Brígida González Hermann Ortiz Jasmin Ortiz Luz Díaz	15 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Juan Arenas Evaristo Cea Leonides Barrera María Reyes Eduardo Quintana Juana Uribe	16 Capacitación administrativo Gestión de casos Validaciones: María Chavez Jorquera Berta Soto Rozas	17 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Miguel Fuentes Reunión de equipo PRLAC
20 Capacitación administrativo Gestión de casos	21 Capacitación administrativo Gestión de casos Validaciones: Ignacio González Graciela Castro	22 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Ruby Castillo Eduardo Quintana Juana Uribe María Reyes	24 Capacitación administrativo Gestión de casos Visitas domiciliarias: Eugenio Chanqueo	



La cobertura del programa se encuentra al 100%, pero no todos los usuarios requieren atención de kinesiología.

- **Participar en reuniones o actividades requeridas por la coordinación del programa.**

Asisto y participo en reuniones del equipo referentes a:

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

- **Ejecutar talleres o actividades dentro de su ámbito profesional según requerimiento de la coordinación.**

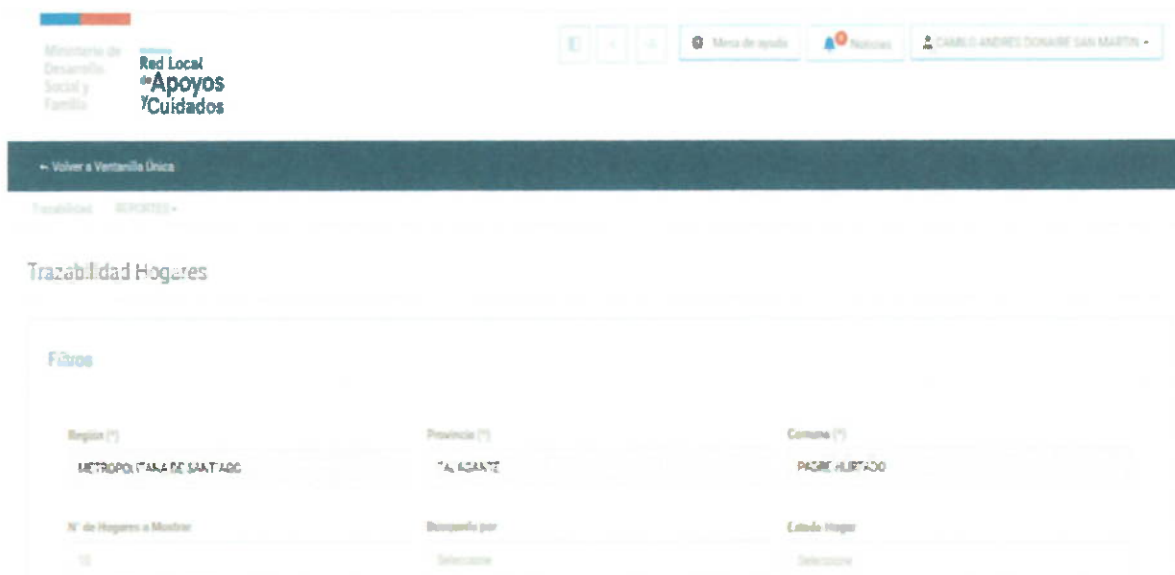
Se está realizando planificación de las fechas y los lugares para los talleres programados durante el presente año.





- **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.



- **Gestionar casos asignados por la coordinación del PRLAC.**

Se realiza trabajo administrativo y la gestión de casos en conjunto con la coordinación del programa, agendando visitas en los nuevos domicilios.

- **Participar en actividades solicitadas por DIDECO.**

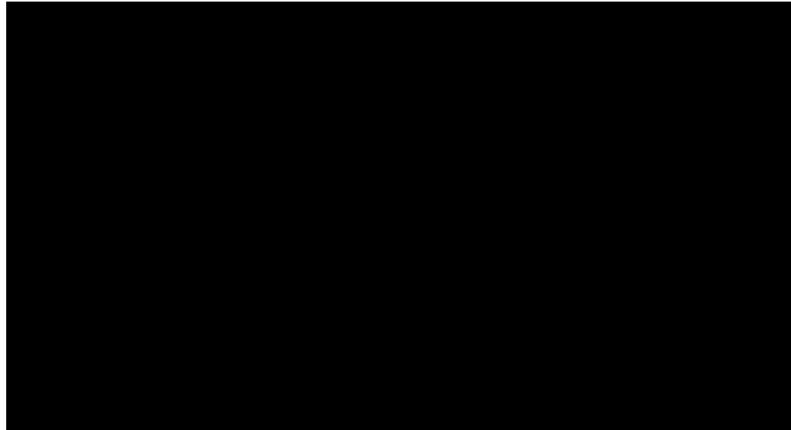
Por rotación de participación este mes no me ha correspondido colaborar. Se espera colaborar en actividades del próximo mes.



DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**





Red Local de Apoyos y Cuidados



PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Fecha	08 Abril 2020
Hora	14:00
Comuna	Puerto Bustos
Lugar de realización	Casa Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Ignacio Durán	Psicólogo, PRLAC	
Macarena Moyano	Psicóloga, PRLAC	
Alfonso Mejías	Psicólogo, PRLAC	
Kenserrat Aballeo Pilate	Terapeuta Comunitario	

N°	Temas a tratar en reunión
	Planificación visita nuevos ingresos
	Geolocalización rutas
	Gestión de casos → Derivación otros profesionales - Derivación Casam de Oficiarios - Solicitudes Ayudas.



PRLAC N°04.1

Acta de Reunión

Desarrollo

- Reunión de desarrollo en terreno y lugares designados.
- Se aclararon dudas y se trabaja generalización
- Se derivaron casos complejos a Cestemu para actualizarse controles médicos

N°	Acuerdos/ compromisos	Responsable	Plazos
	Reuniones	Coordinadora SS.EE.	Abril.
	Generalización Datos	SS.EE.	Abril.
	Gestión de casos.	Coordinadora SS.EE.	Abril / Mayo.



PRLAC N°04.1

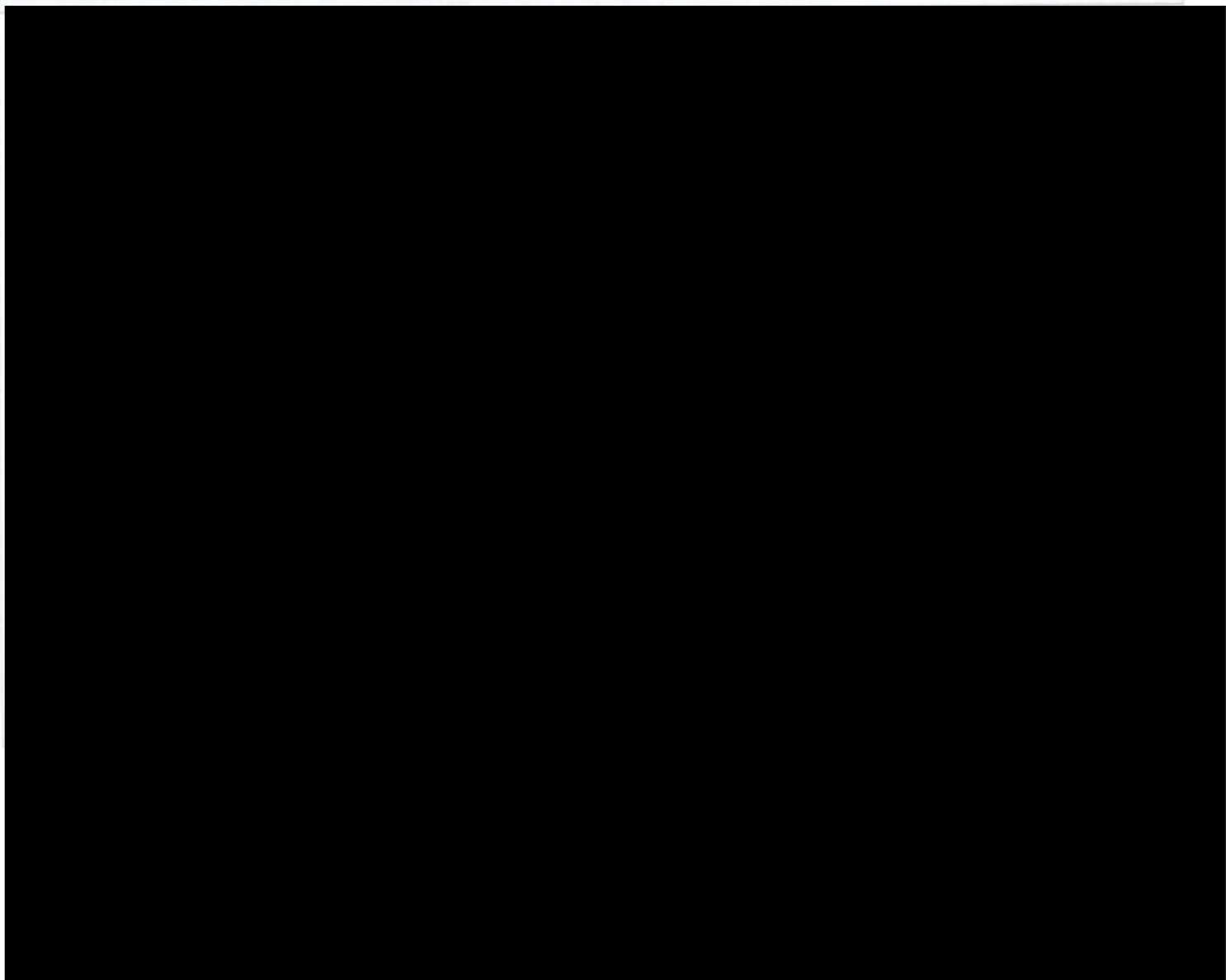
Acta de Reunión

Fecha	17/04/26
Hora	14 ⁰⁰ a 17 ⁰⁰
Comuna	Padre Hurtado
Lugar de realización	Cursos Melipilla 908, Oficina Kaplan

Nombre y apellido	Cargo, institución o programa	Correo electrónico
Anis Navarrete	Coordinadora SMO	
Poncio Rivera	A.C.	
JOHANN HOFIS	A.C.	
Patricia Martínez R	A.C. - Tecnología	
Alfonso Arguello	Psicóloga	
Nellen Santos	A.C.	
Macarena Molano	Kinesólogo	
Andrés Refino	A.C.	
Marcos José Cancino	A.C.	
Constanza González	A.C.	
Montserrat Albalay Pilante	Terapeuta Ocupación	
Camilo Denari San Martín	Historiador	
Constanza Soto	A.C.	
Ana María Bohannons	Coordinadora SS.EE	
Christopher Ronel	gestor comunitario	
Herman de Cuzne	Encargado Red PRLAC	



Desarrollo



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Lingüística	
1 ID	87740	
Nombre Usuario/Cuidadores	DANIELA ALONSO	
2 ID	1155502	
Nombre Usuario/Cuidadores	LUCIA REYES	
3 ID	87740	
Nombre Usuario/Cuidadores	DANIELA REYES ALONSO	
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad
8	Corresponsabilidad
9	Sobrecarga emocional
10	Procesos de atención
11	Bienestar emocional

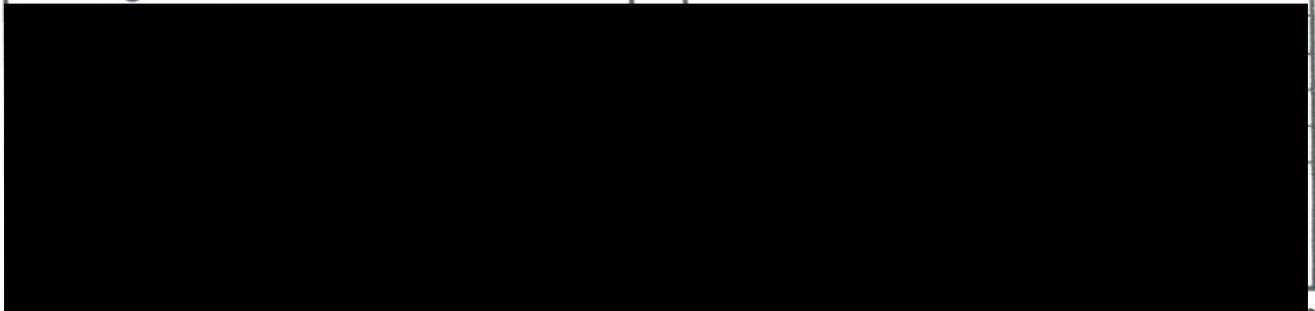
Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 25/3/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-4-7-11	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 25/3/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
1	



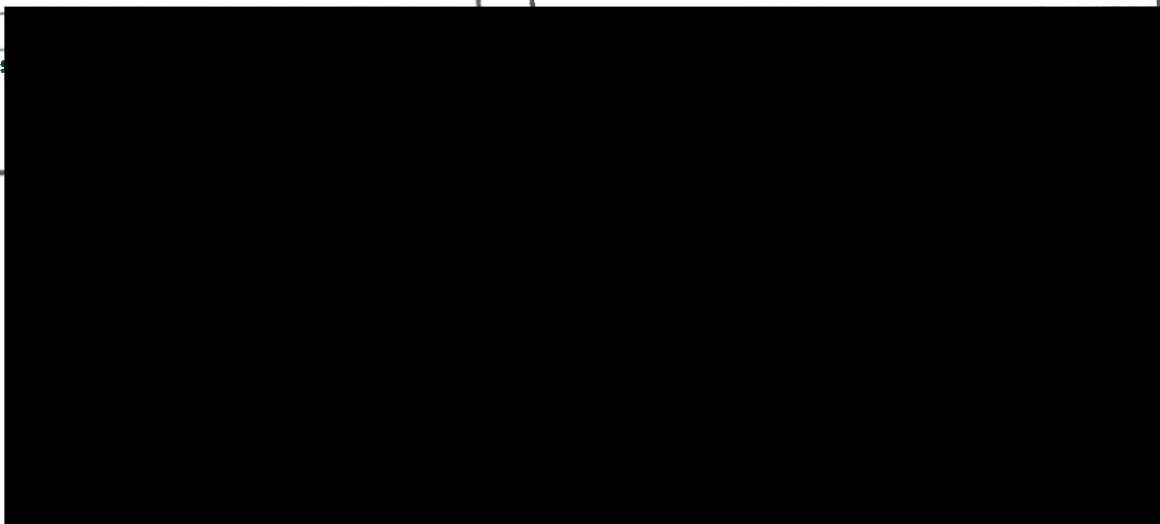
Fecha de sesión: 25/3/26	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-4-7-11	

Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profes	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesióloga	
1 ID	19232	
Nombre Usuario/Cuidadores	Edurne Bolva	
2 ID	13232	
Nombre Usuario/Cuidadores	Marcelo Ayuga	
3 ID	131400	
Nombre Usuario/Cuidadores	Isabel Urrutia	
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga
10	Procesos de
11	Bienestar e

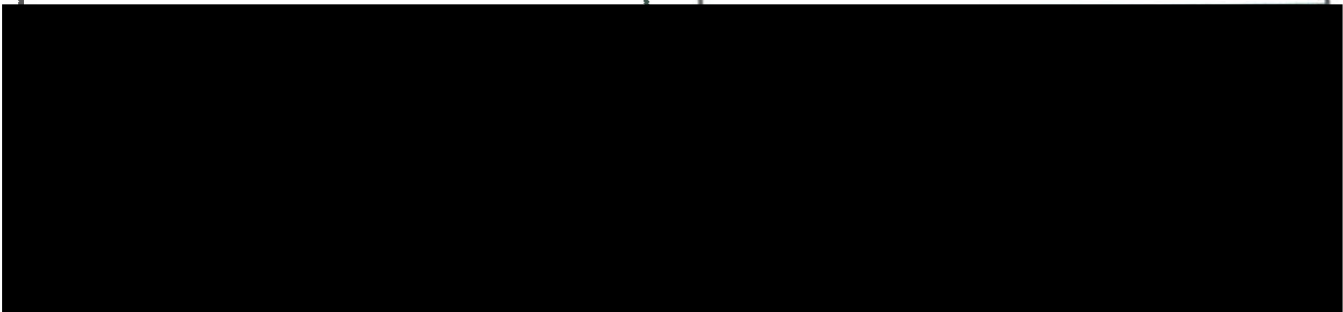
Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	

Horario: 11:50	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	



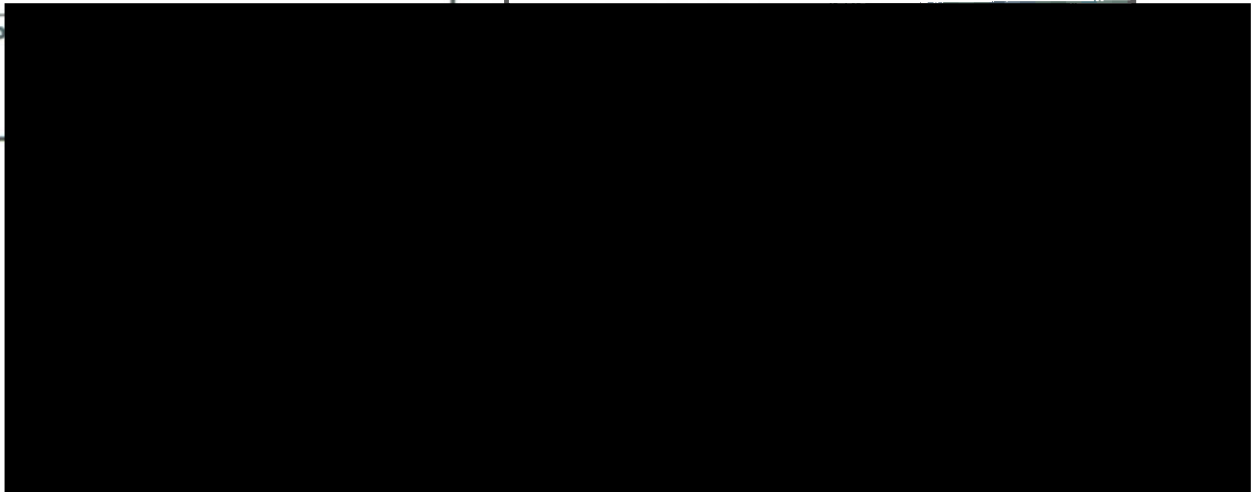
Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 26/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

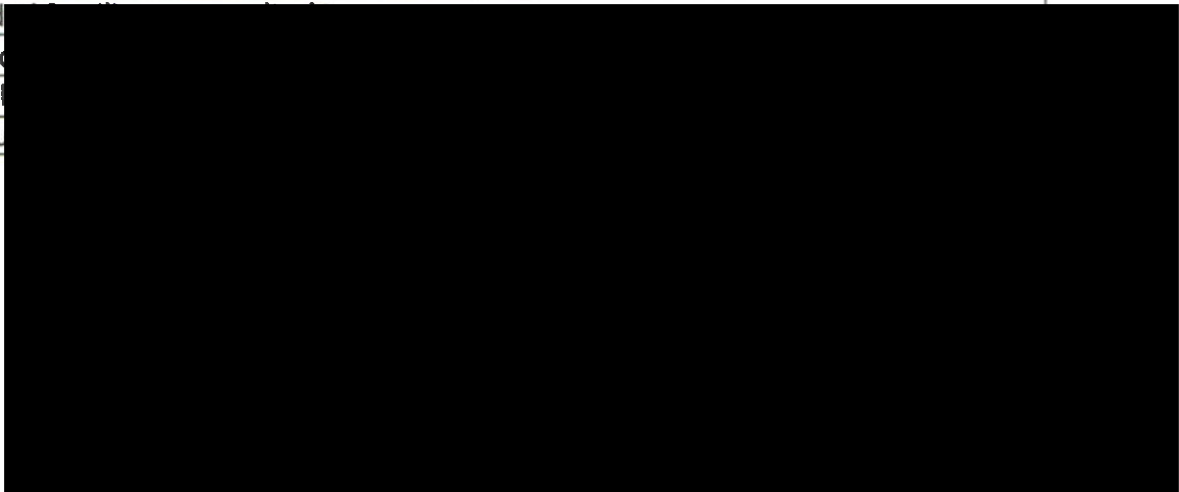




REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

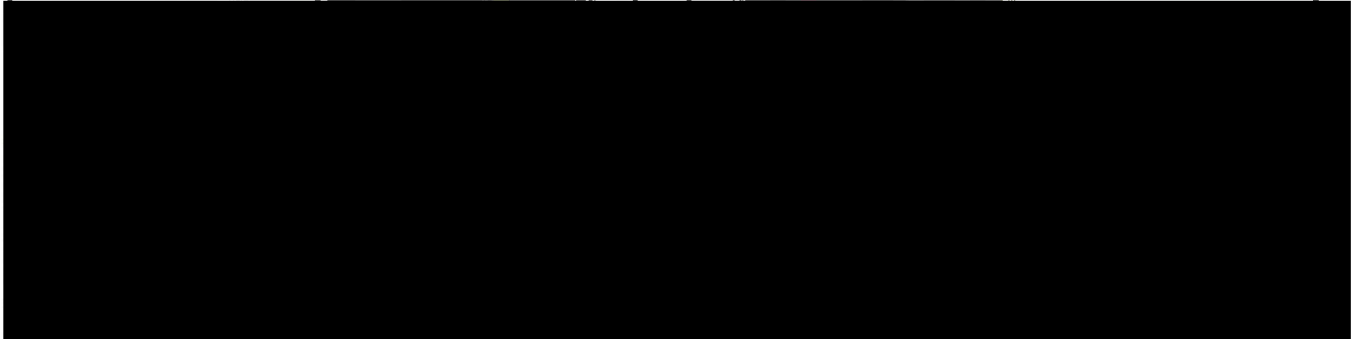
Especialidad	Neurología
1 ID	55523
Nombre Usuario/Cuidadores	Isabella Zamora
2 ID	162190
Nombre Usuario/Cuidadores	Eduardo Sotomayor
3 ID	87749
Nombre Usuario/Cuidadores	Emiliano Arceiza
4 ID	87740
Nombre Usuario/Cuidadores	Zaida Reyes
5 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
6 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
7 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
8 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
9 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
10 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad
9	Sobrecarga emocional
10	Procesos de duelo
11	Bienestar en salud



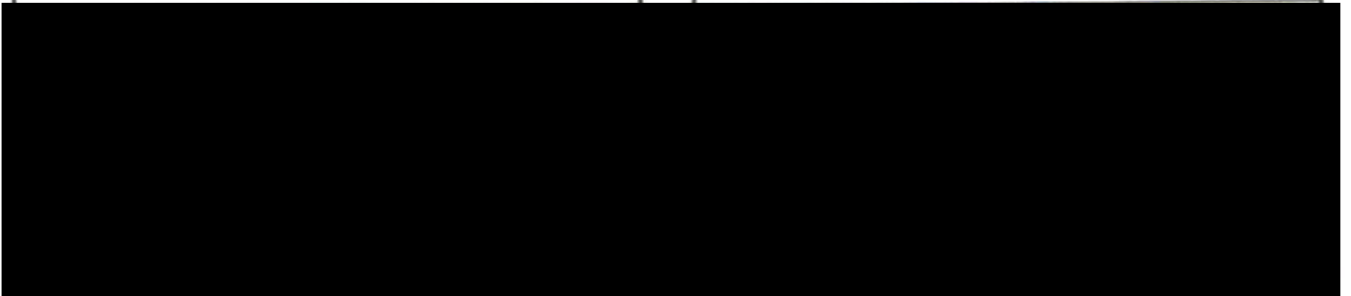
Horario: 11:20	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/07/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Horario: 12:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/08/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	



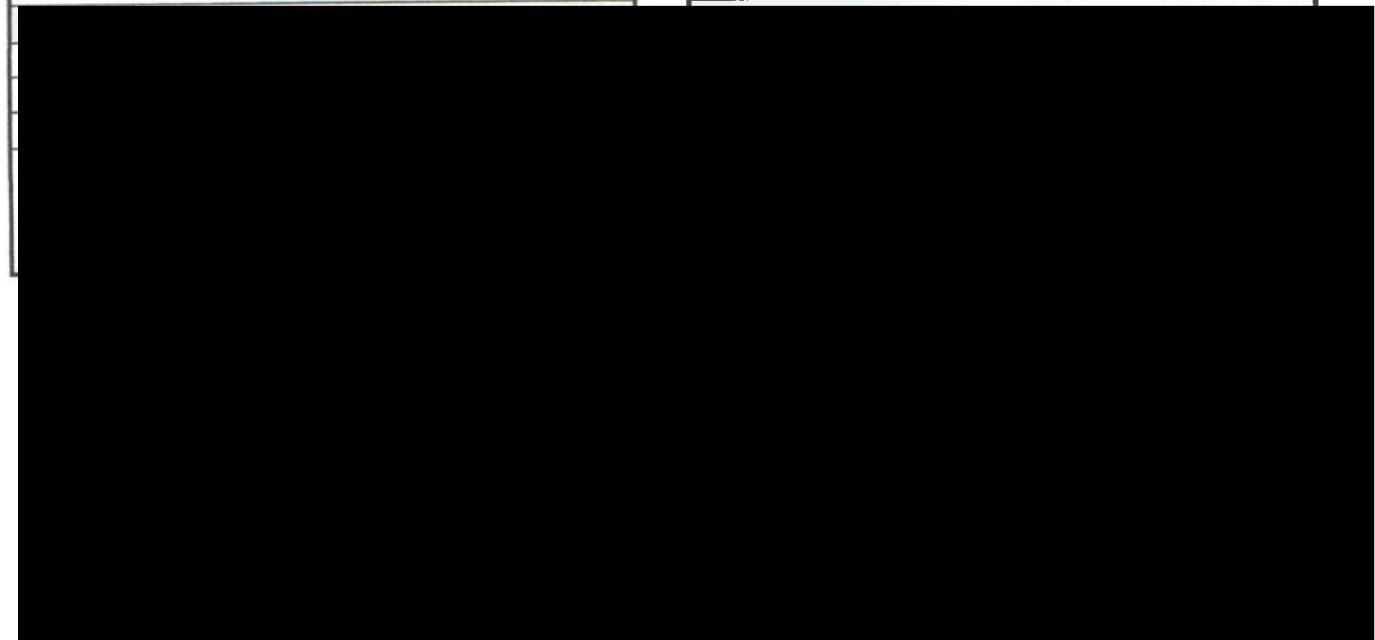
Horario: 13:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/07/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Horario: 14:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 27/07/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

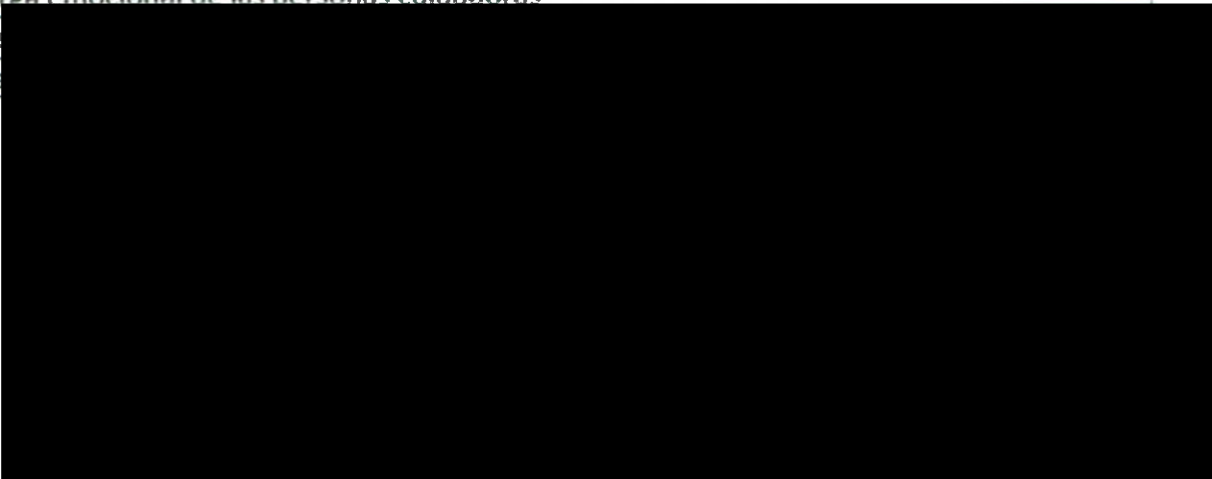


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Kinesiología

1	ID	59041
	Nombre Usuario/Cuidadores	DAVID GARCIA
2	ID	59040
	Nombre Usuario/Cuidadores	VAIA CRIDA
3	ID	131340
	Nombre Usuario/Cuidadores	ALICIA RODRIGUEZ
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos
11	Bienestar



Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 2/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 2/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 2/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

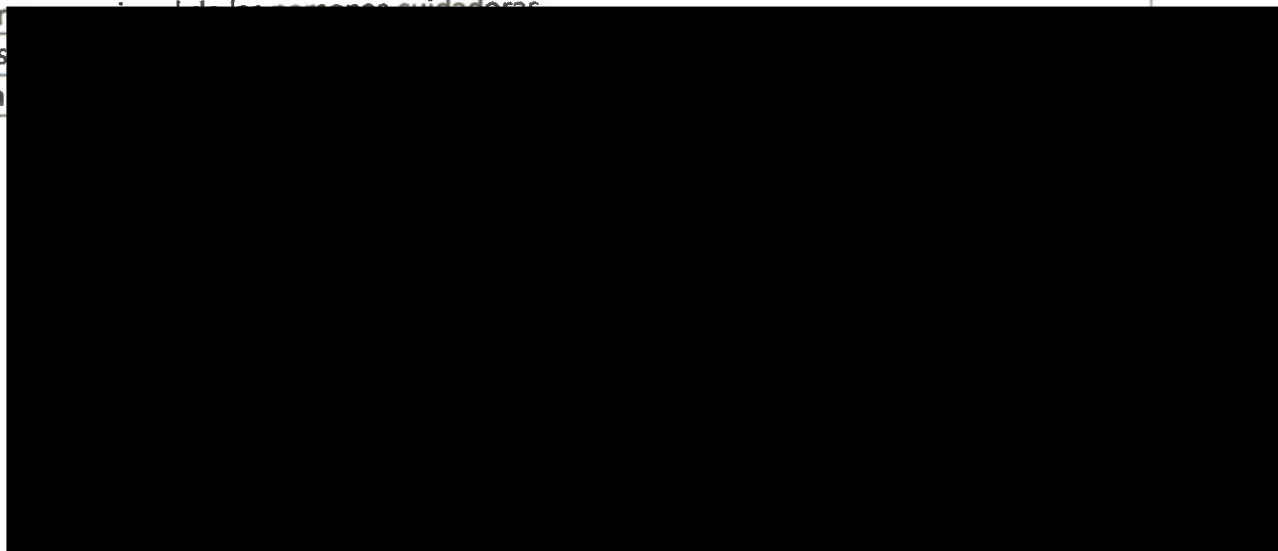
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

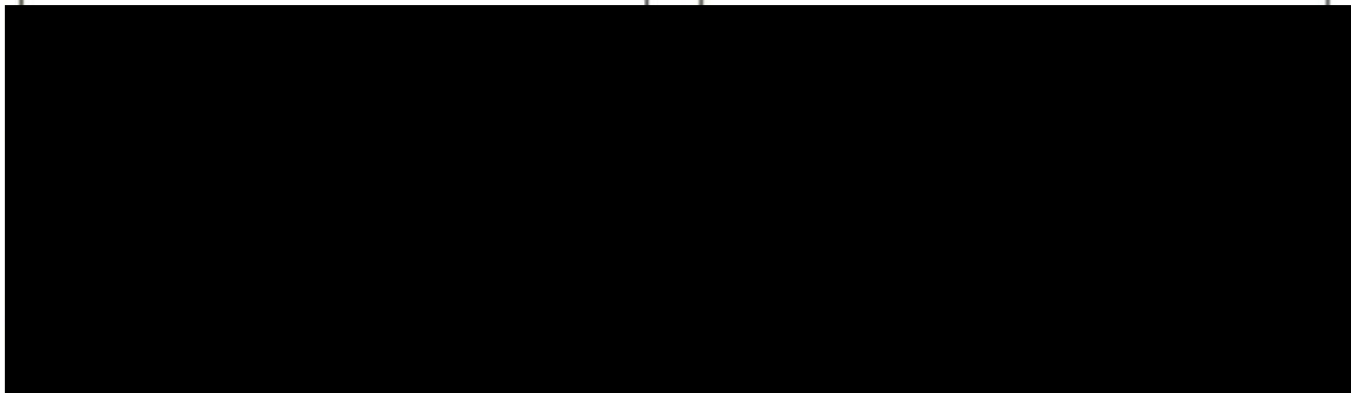
Especialidad	Gerontología	
1 ID	19261	
Nombre Usuario/Cuidadores	Emilio Cruz	
2 ID	19261	
Nombre Usuario/Cuidadores	Lorena Barrios	
3 ID	131400	
Nombre Usuario/Cuidadores	Isabel Cruz	
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga física y psicológica de las personas cuidadoras
10	Procesos
11	Bienestar



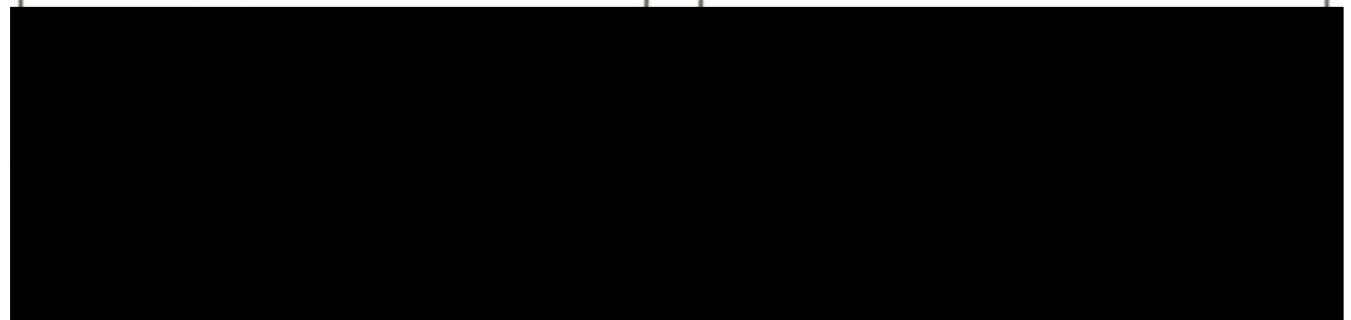
Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 6/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Horario: 10:50	N° de Sesión
Fecha de sesión: 6/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	



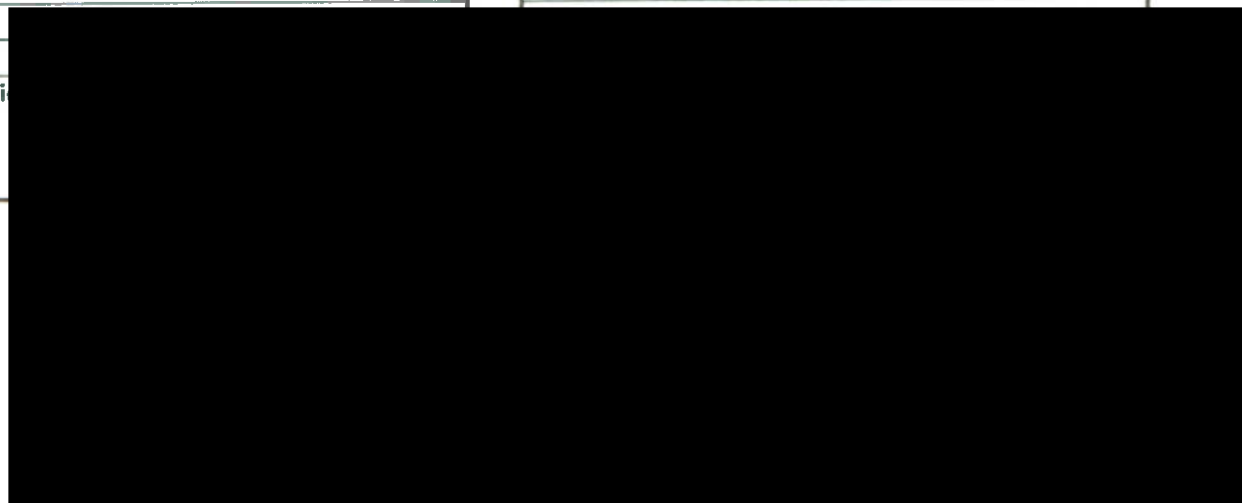
Fecha de sesión: 6/4/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesi	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	





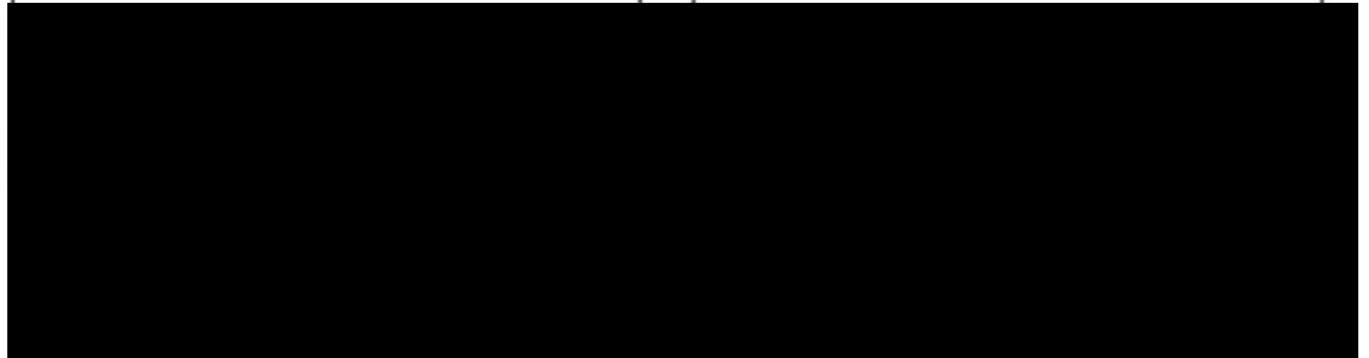
REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	kinesiología	
1 ID	55502	
Nombre Usuario/Cuidadores	MARIA HEYES	
2 ID	55521	
Nombre Usuario/Cuidadores	JUAN ACUNA	
3 ID	55500	
Nombre Usuario/Cuidadores	CARLOS SOTO	
4 ID	44343	
Nombre Usuario/Cuidadores	MARIA VARGAS	
5 ID	44343	
Nombre Usuario/Cuidadores	MARIA VALDIVIA	
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	
10	
11	

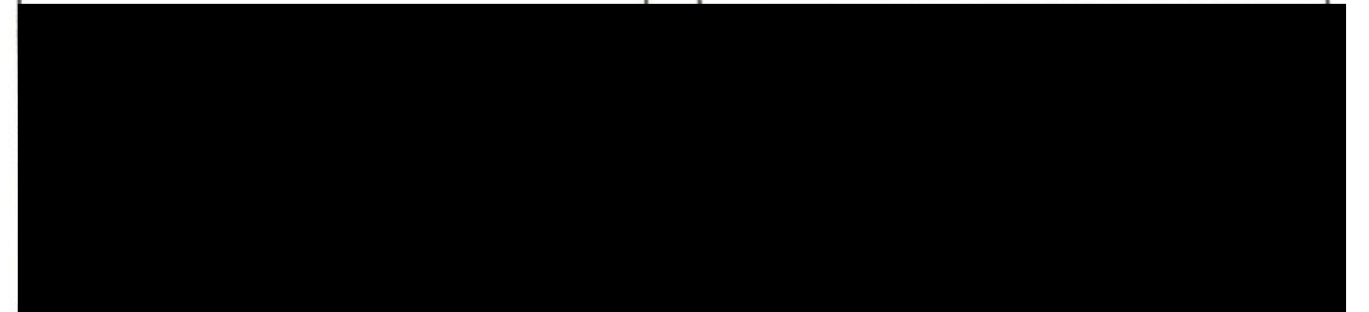
Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	



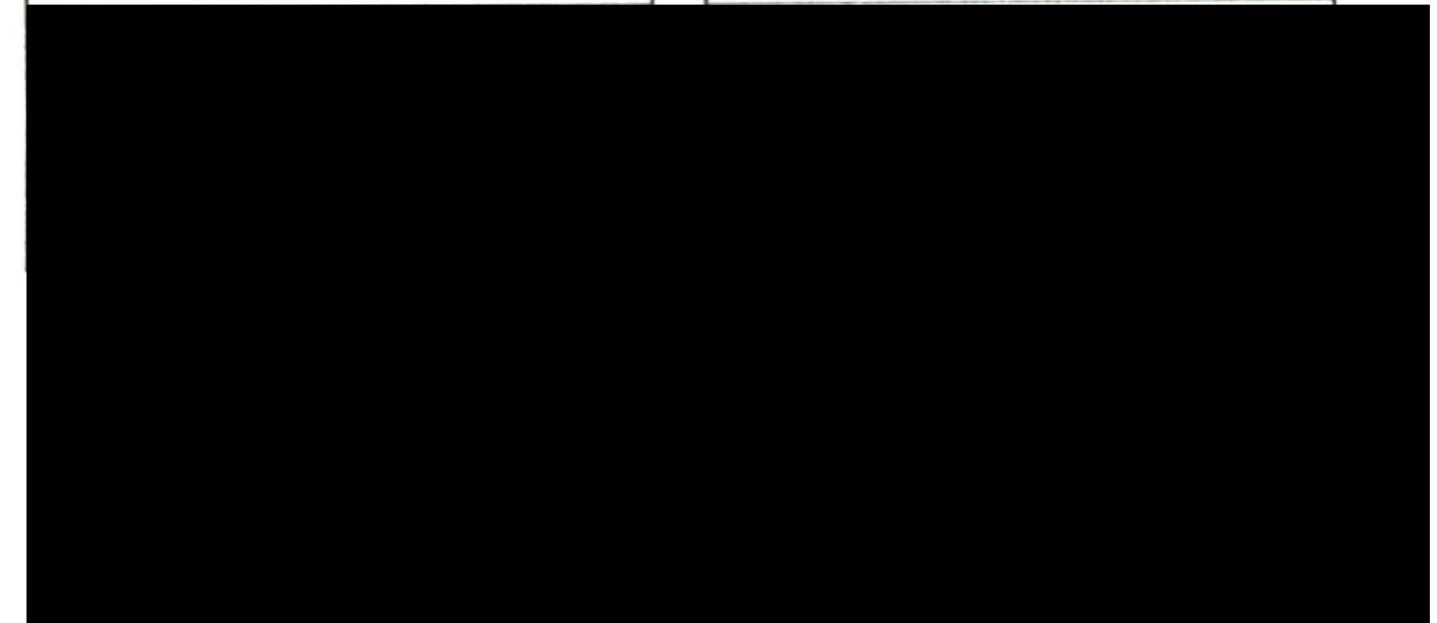
Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Horario: 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	



Horario: 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 7/4/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



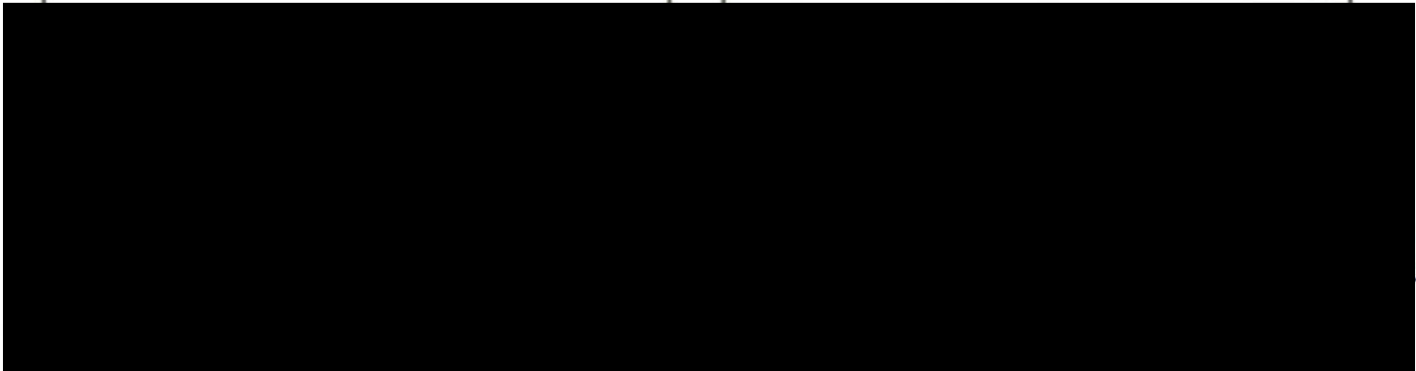
REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	kinología
1 ID	55500
Nombre Usuario/Cuidadores	Arlos Soto
2 ID	129180
Nombre Usuario/Cuidadores	Felipe Urrutia
3 ID	129180
Nombre Usuario/Cuidadores	María Sepúlveda
4 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
5 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
6 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
7 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
8 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
9 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
10 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga
10	Procesos
11	Bienestar

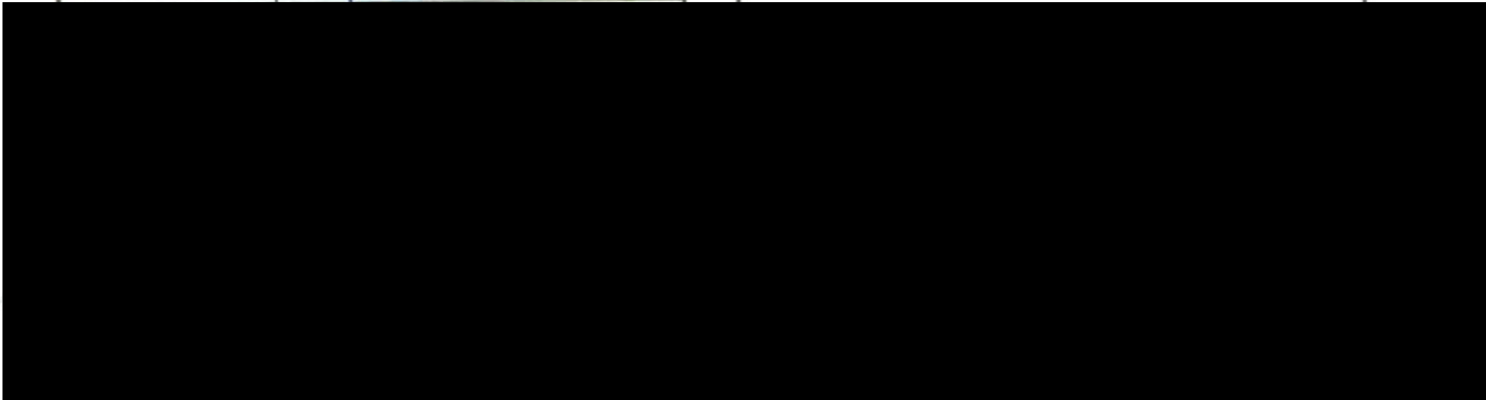
Horario: 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 8/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-2-4	

Horario: 15:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 8/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-2-4	



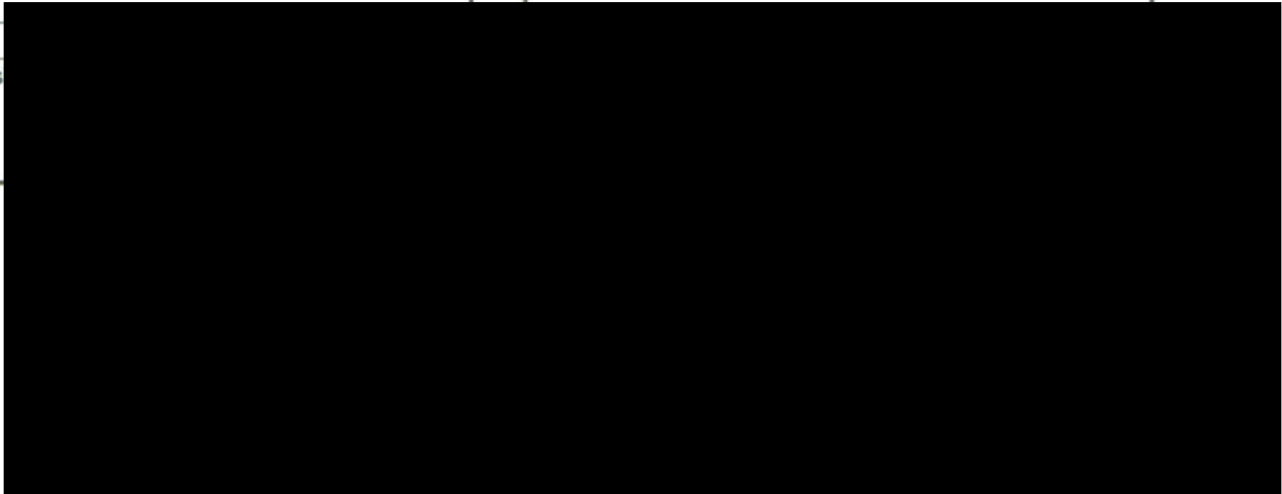
Fecha de sesión: 8/4/26	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-2-4	

Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profes	

Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Gerontología	
1 ID	11109	
Nombre Usuario/Cuidadores	Joniú Díaz	
2 ID	11109	
Nombre Usuario/Cuidadores	Díaz Joniú	
3 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar e

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 9/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 9/4/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

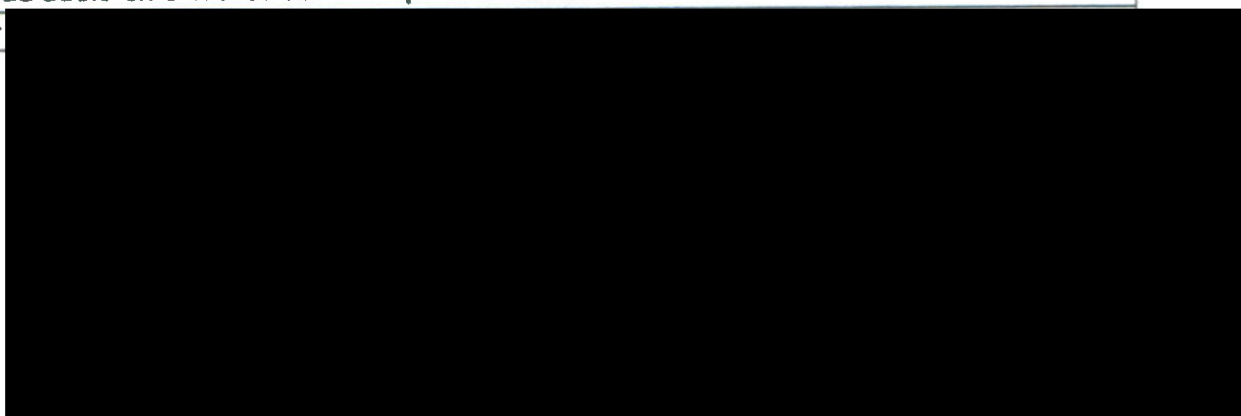


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Kimnología

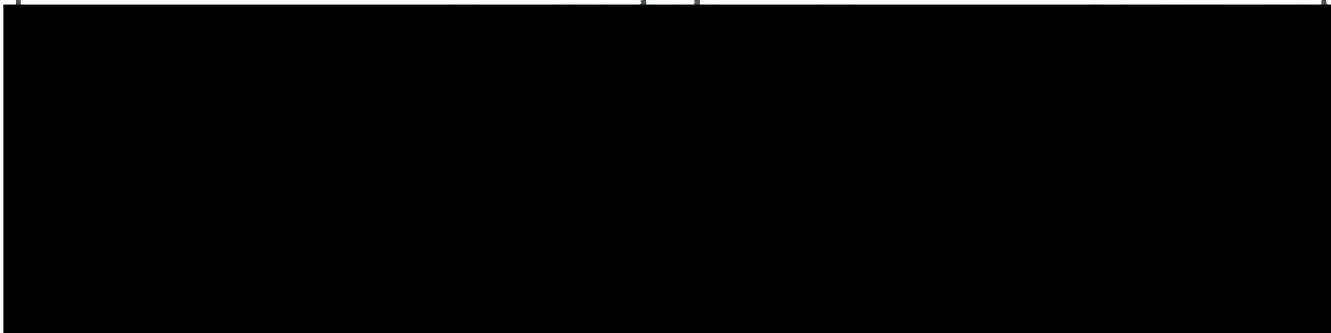
1	ID	44324
	Nombre Usuario/Cuidadores	Martín Cuevas
2	ID	44324
	Nombre Usuario/Cuidadores	Verónica Ramírez
3	ID	55500
	Nombre Usuario/Cuidadores	Carlos Soto
4	ID	80401
	Nombre Usuario/Cuidadores	Harold Rándera
5	ID	18282
	Nombre Usuario/Cuidadores	Eduardo Valina
6	ID	18282
	Nombre Usuario/Cuidadores	Mercedes Lapugnao
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad familiar y comunitaria
9	Sobrecarga emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de duelo en el marco de las responsabilidades de cuidado
11	Bienestar



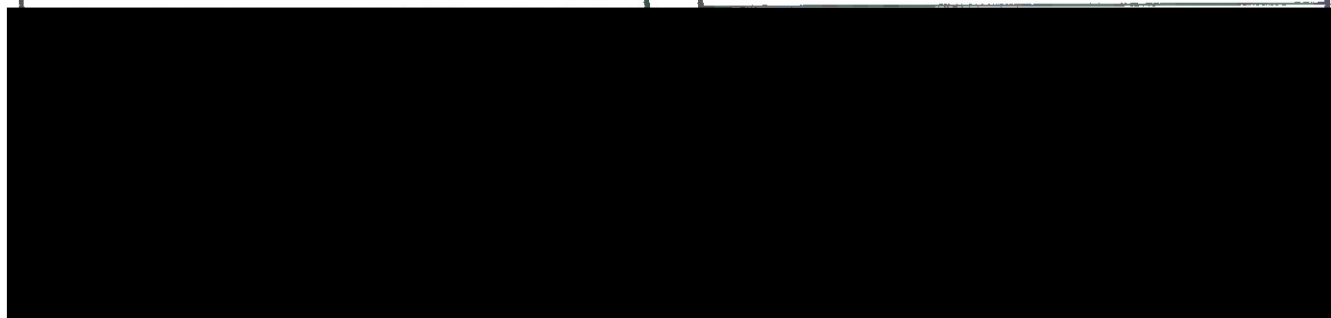
Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	

Horario: 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	



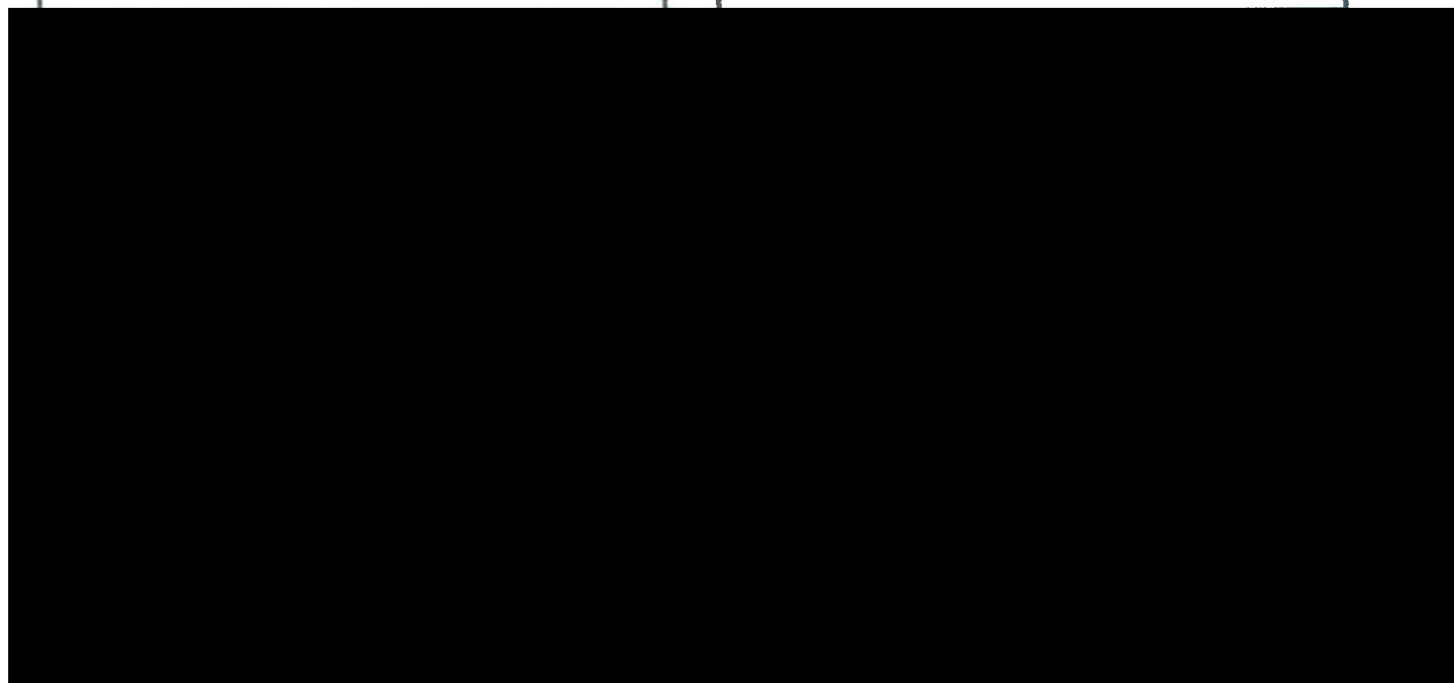
Horario: 14:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	

Horario: 16:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	



Horario: 10:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/26	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

Horario: 17:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 13/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	



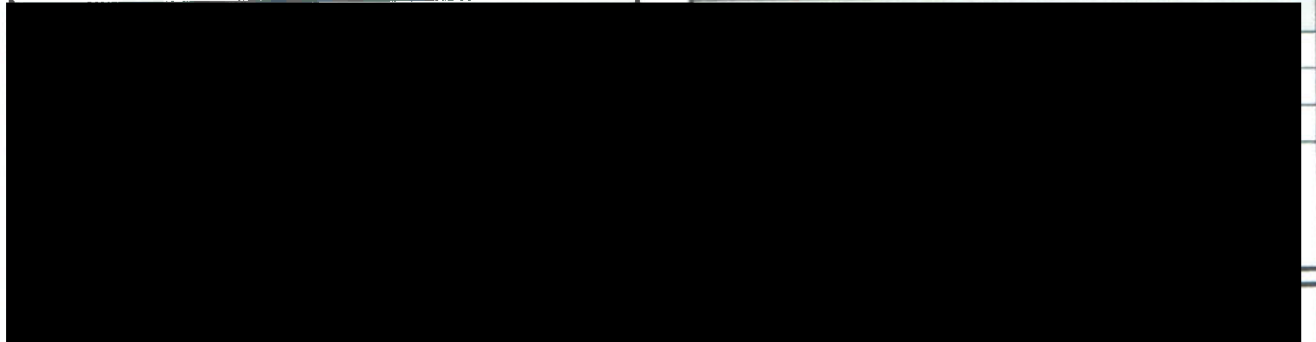
REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Neurología
1 ID	55522
Nombre Usuario/Cuidadores	Luz del Huerto
2 ID	44322
Nombre Usuario/Cuidadores	Angela González
3 ID	55520
Nombre Usuario/Cuidadores	Hermann Ortiz
4 ID	11609
Nombre Usuario/Cuidadores	José María Díaz
5 ID	11609
Nombre Usuario/Cuidadores	Luz Díaz Carrasco
6 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
7 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
8 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
9 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
10 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Corresponsabilidad
9	Sobrecarga emocional
10	Procesos de cuidado
11	Bienestar emocional

Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	



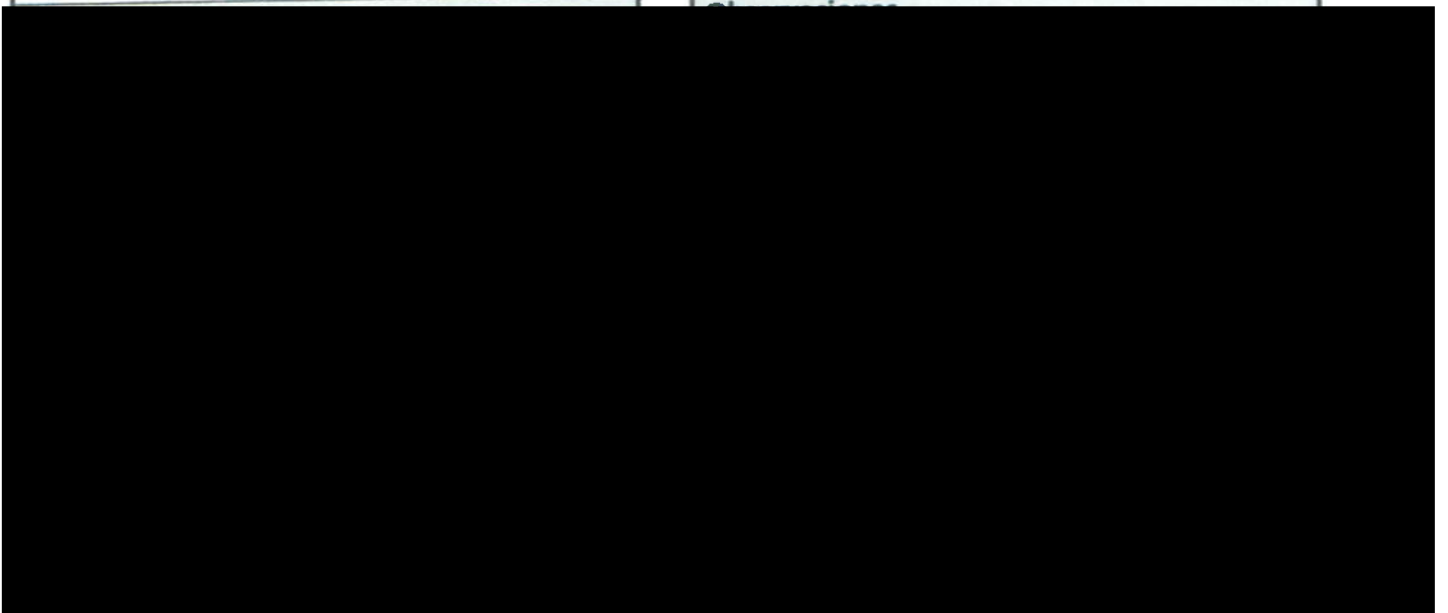
Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	

Horario: 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	



Horario: 15:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 14/04/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

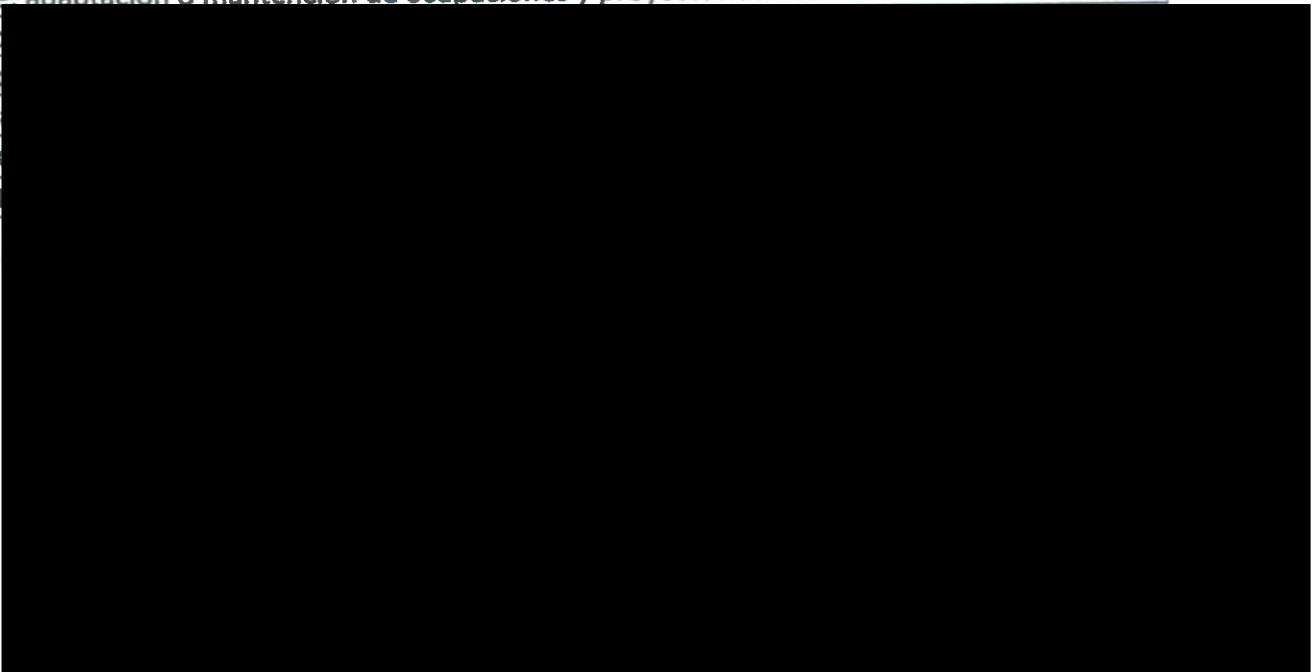




REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

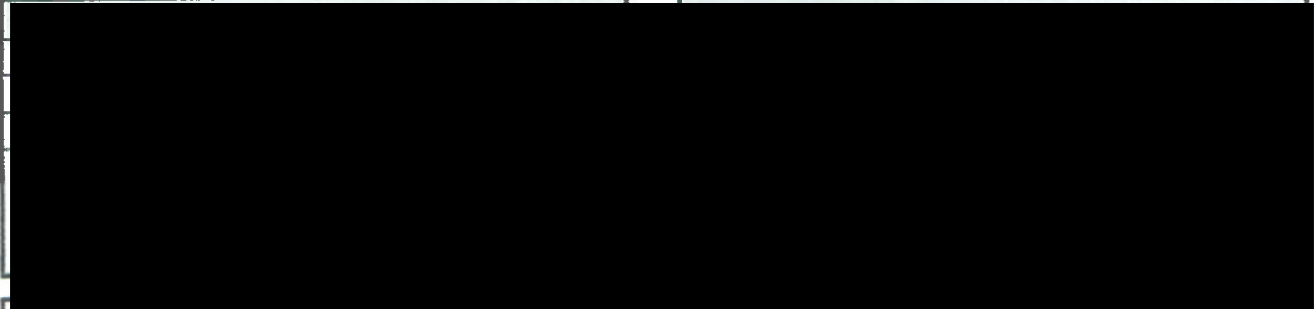
Especialidad	Kinesología	
1 ID	5552	
Nombre Usuario/Cuidadores	JUAN ARENAS	
2 ID	19261	
Nombre Usuario/Cuidadores	Evaristo Cía	
3 ID	19261	
Nombre Usuario/Cuidadores	Leonides BARRERA	
4 ID	55502	
Nombre Usuario/Cuidadores	MARIA REYES	
5 ID	162180	
Nombre Usuario/Cuidadores	EDUARDO QUINANA	
6 ID	162180	
Nombre Usuario/Cuidadores	JULIA UCHIRI	
7 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
8 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
9 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
10 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad
8	Correspondencia
9	Sobrecarga
10	Procesos
11	Bienestar



Horario: 0:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/01/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	

Horario: 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 17/01/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	



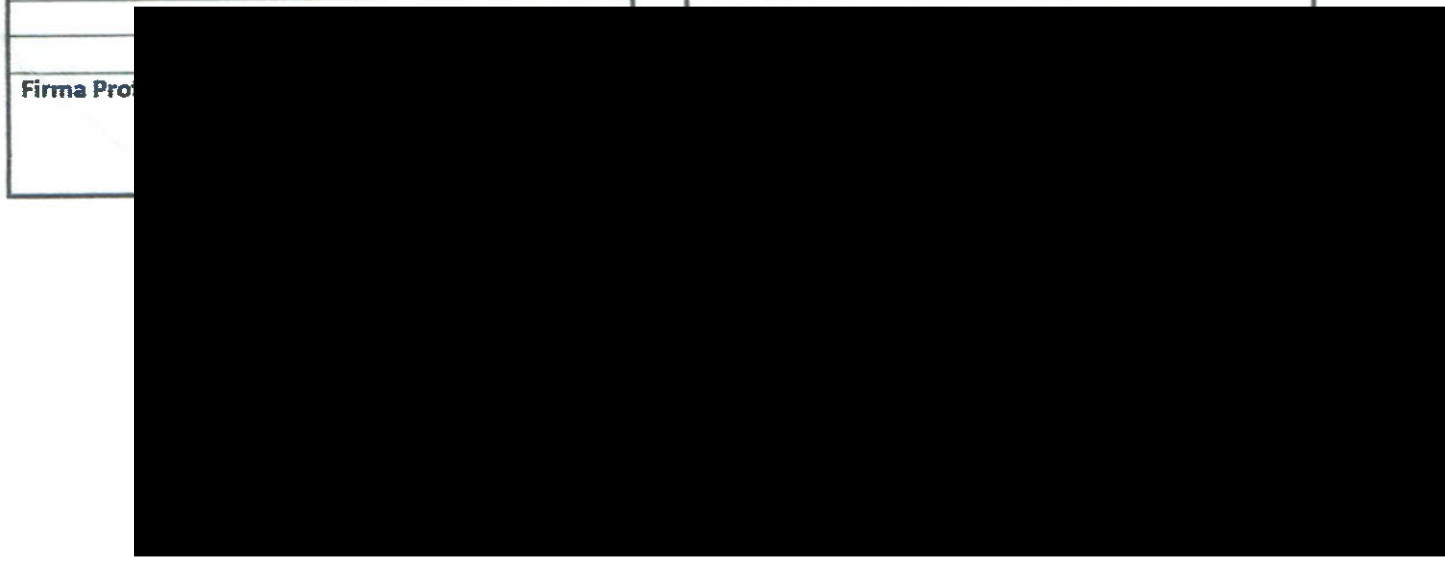
Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/01/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	



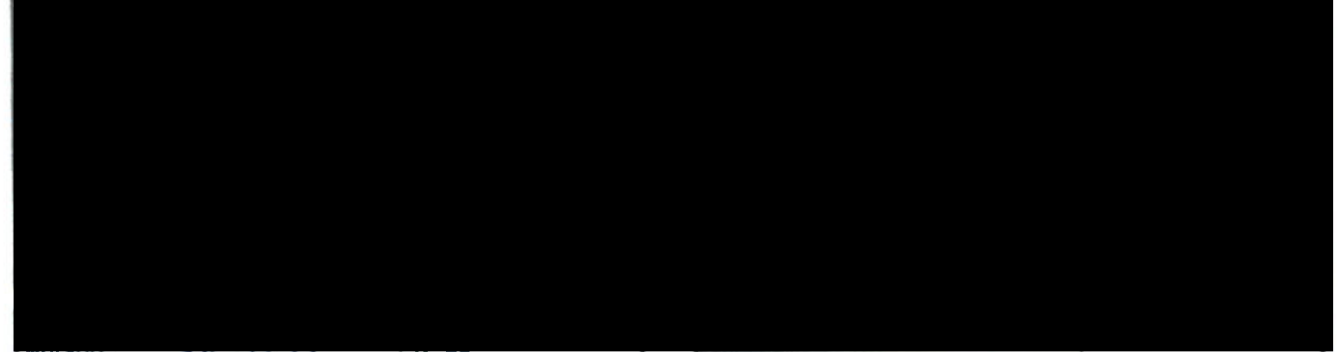
Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	



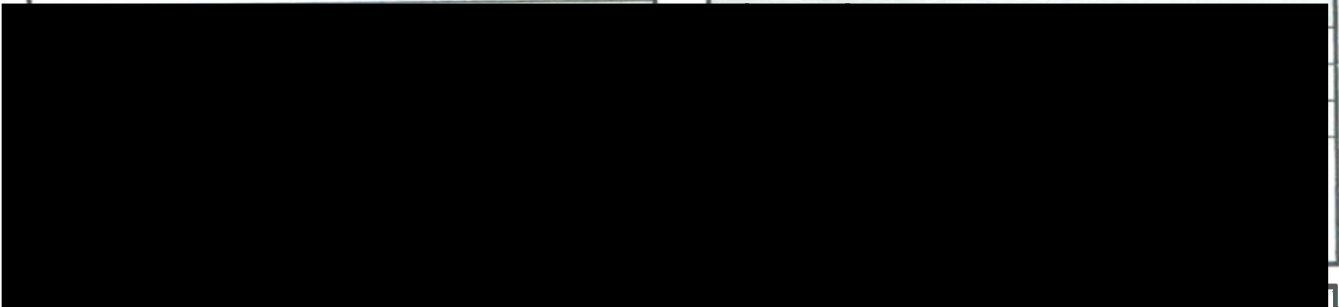
Horario: 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/04/20	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	

Horario: 15:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/04/20	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	



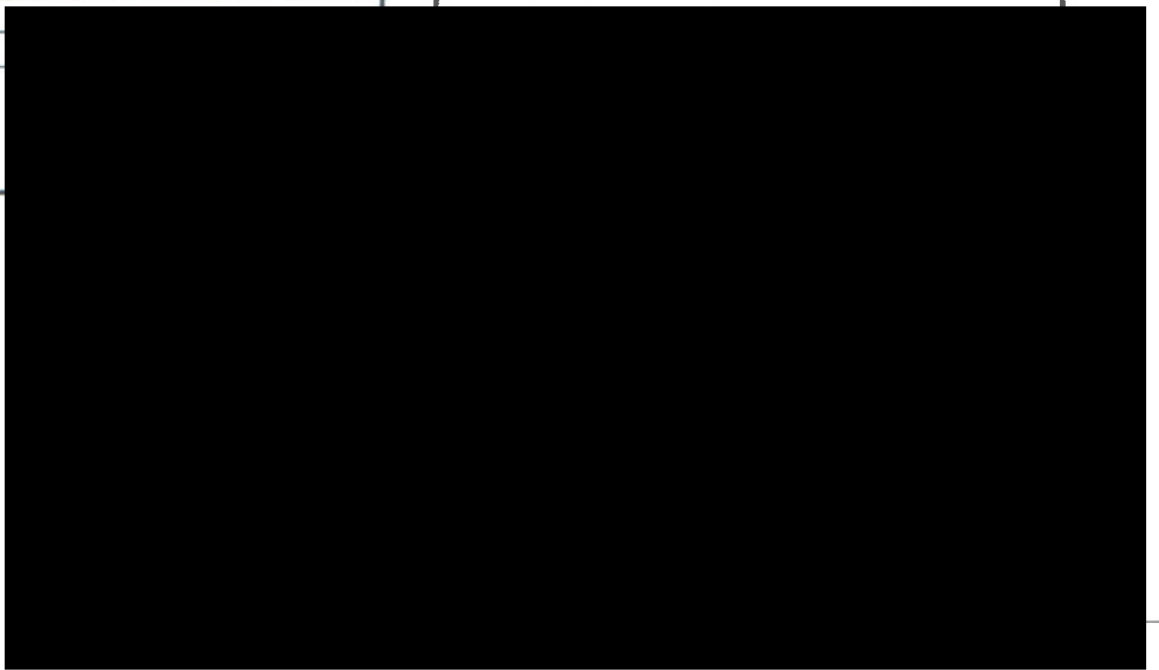
Horario: 16:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 15/04/20	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-M	



Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

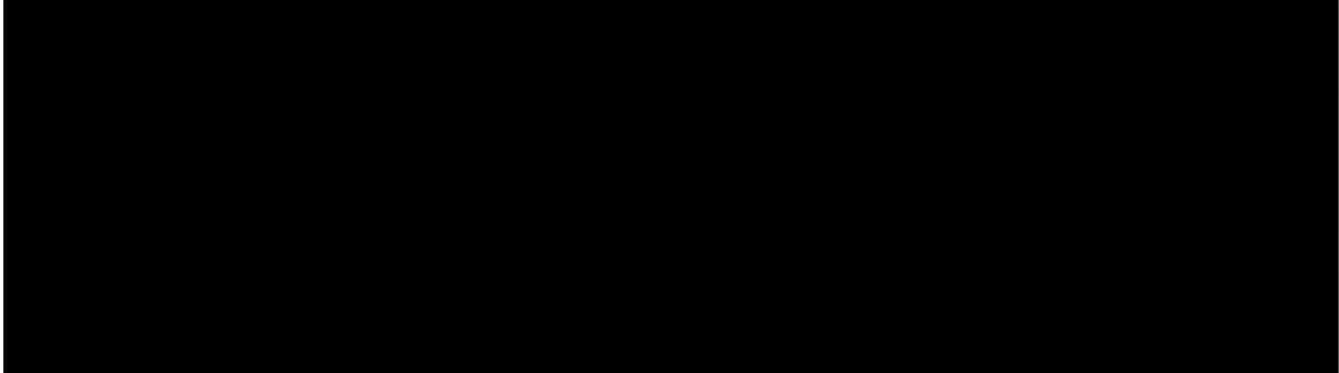
Especialidad

1	ID	55522
	Nombre Usuario/Cuidadores	Miguel Fuentes
2	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
3	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física
8	Corresponsabilización
9	Sobrecarga emocional
10	Procesos de duelo
11	Bienestar en salud

Horario: 09:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 4/4/16	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

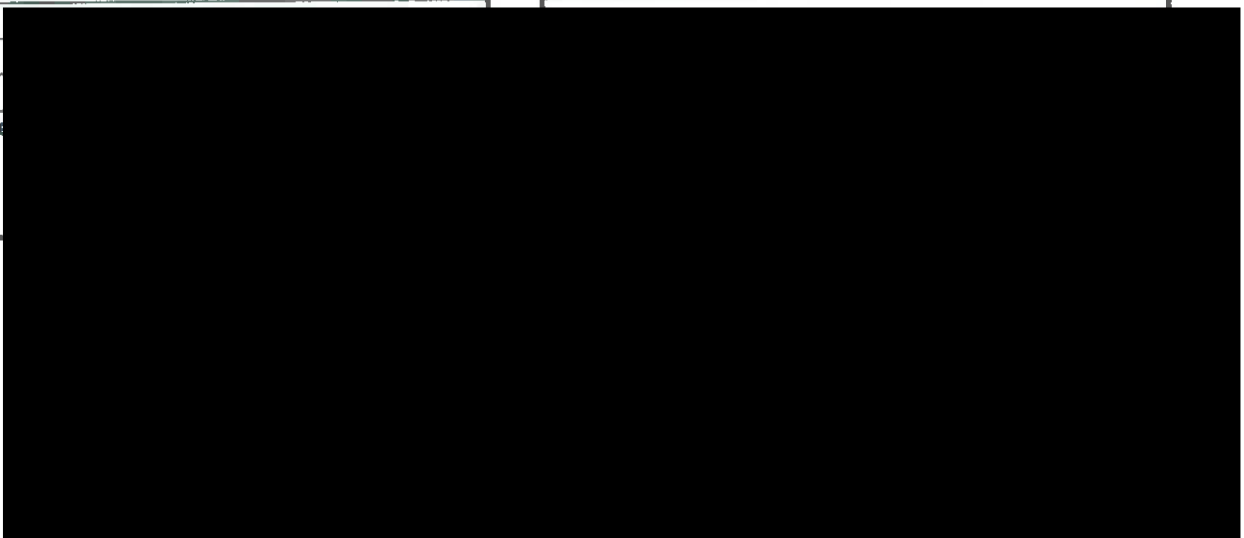


Fecha de sesión: / /	N° de Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Fecha de sesión: / /	N° de Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

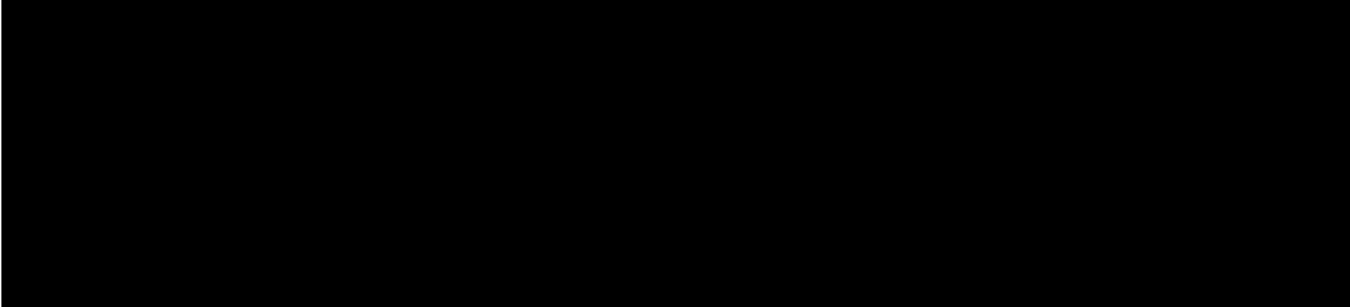
Especialidad Neurología

1	ID	13881
	Nombre Usuario/Cuidadores	Ruby Castilla
2	ID	162190
	Nombre Usuario/Cuidadores	Edoardo Quiroga
3	ID	162130
	Nombre Usuario/Cuidadores	Sonia Urbic
4	ID	55502
	Nombre Usuario/Cuidadores	Marta Lizaso
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
9	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
10	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantención de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	Co
9	So
10	Pr
11	Bi

Horario: 15:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/4/16	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-4	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

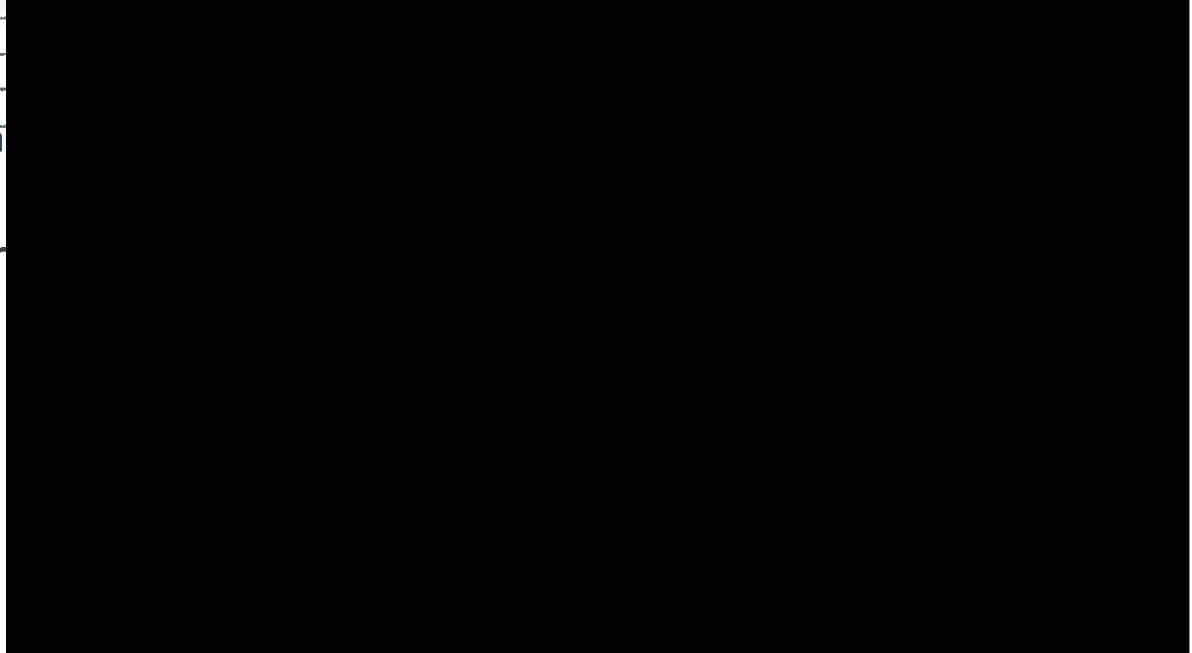


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	



Horario: 16:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/4/26	
Realizado: Si / No	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	

Horario: 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 21/4/26	
Realizado: Si / No	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-7-11	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si No	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

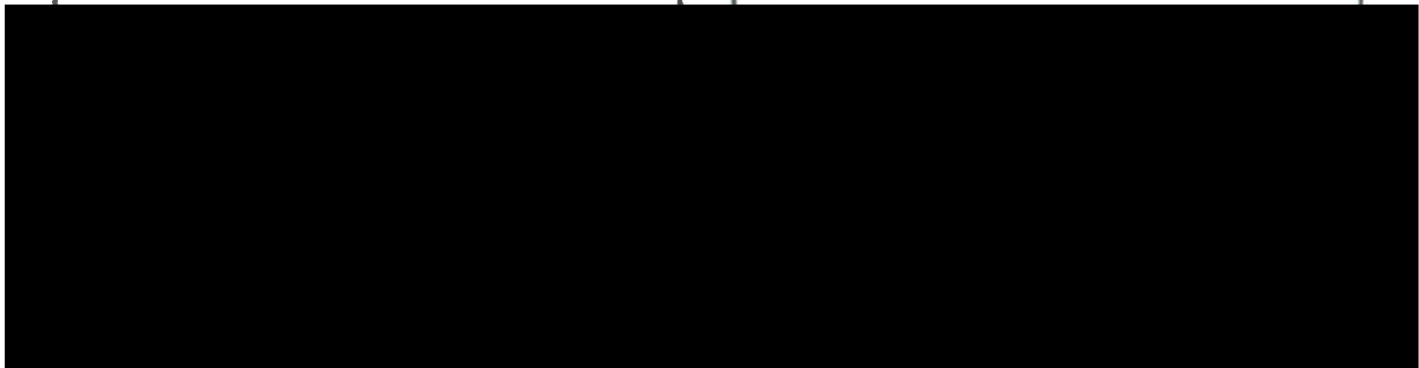
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si No	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si No	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si No	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/4/21	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
23-7-11	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

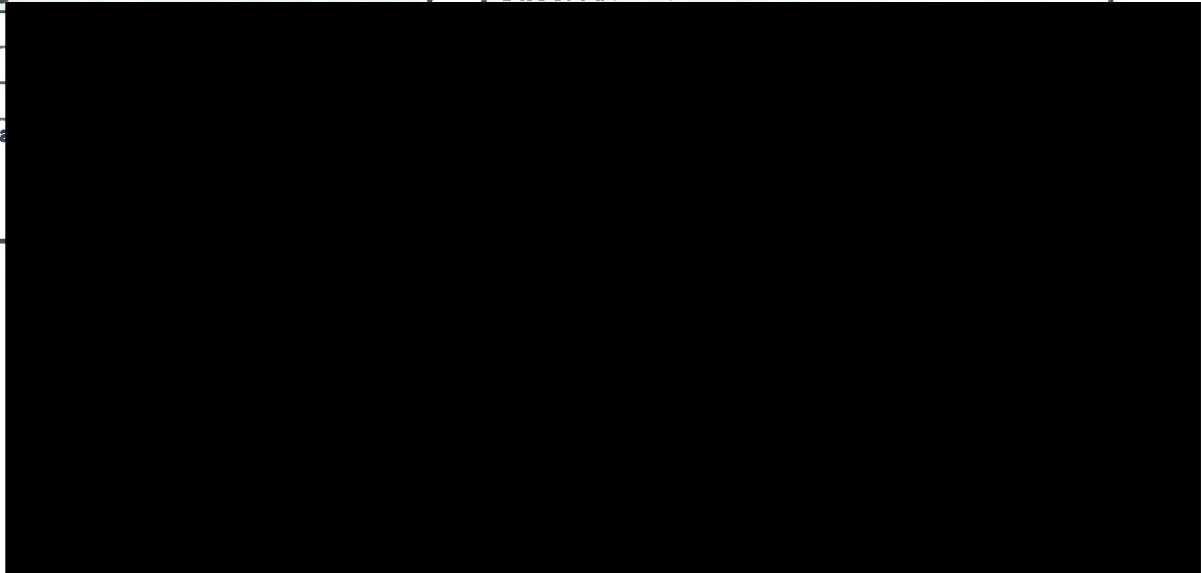


Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Fecha de sesión: / /	Sesión
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

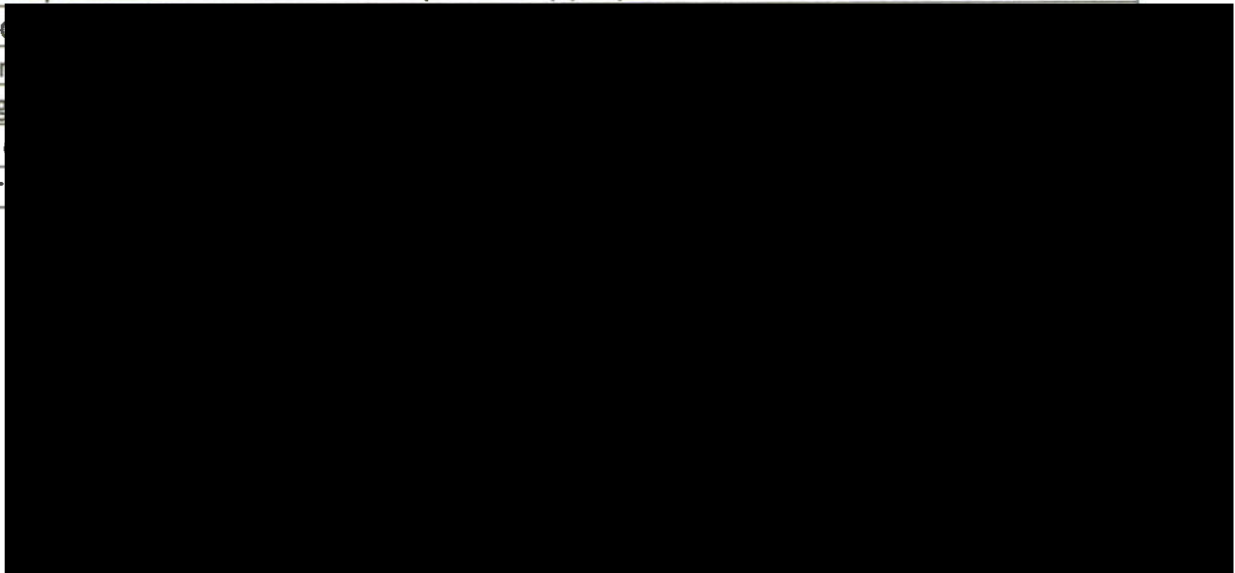




REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

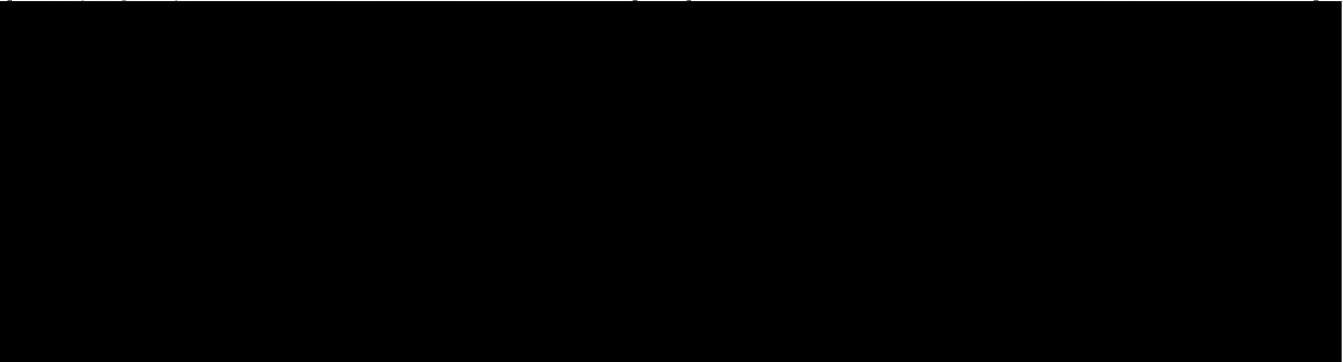
Especialidad	<i>Neurología</i>
1 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	<i>Fuiano Chagquis Mesiquez</i>
2 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
3 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
4 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
5 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
6 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
7 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
8 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
9 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
10 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	

N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	Rescate, adaptación o mantenimiento de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad
8	Corresponsabilidad
9	Sobrecarga
10	Procesos
11	Bienestar



Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/9/16	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-T-7	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

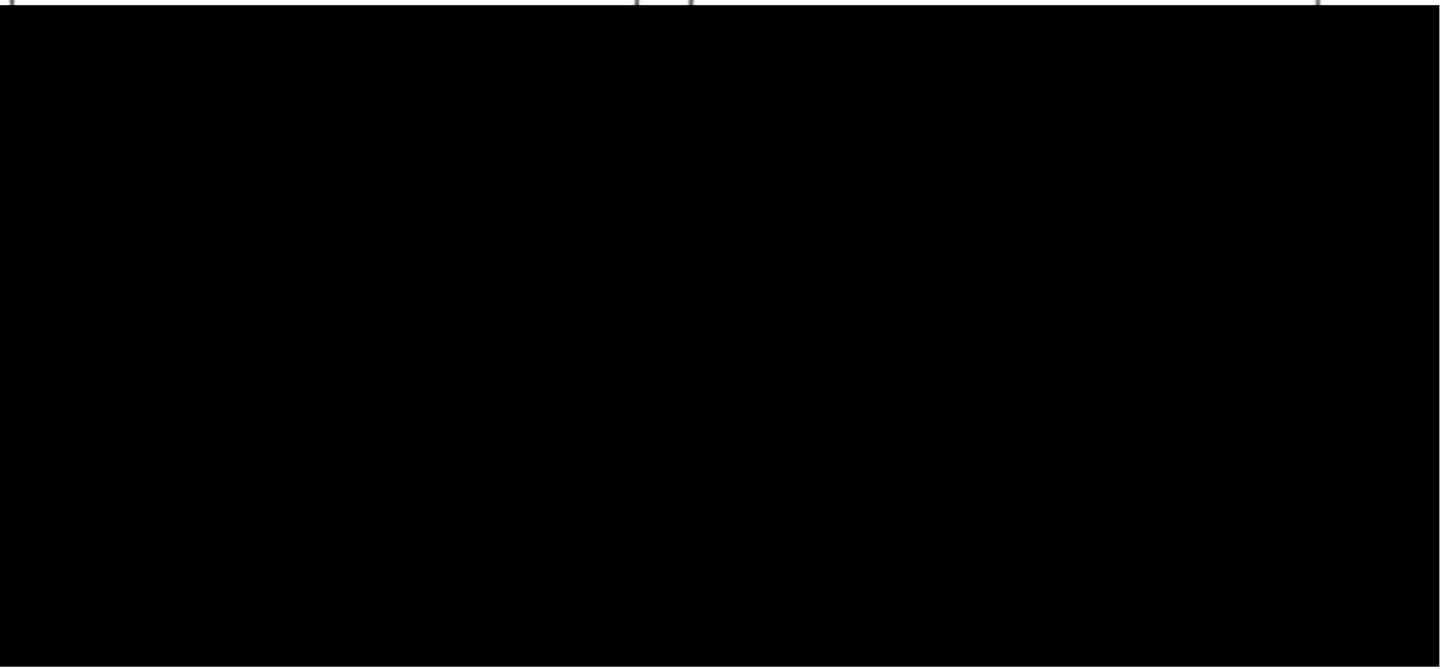


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	
Firma usuario/Cuidadora	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	
Firma usuario/Cuidadora	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	

Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida
Instituto Nacional de Apoyos y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

16/04/2026

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1		1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)	
PSDF			
Nombres	Berta hose	Rut	[Redacted]
Apellido paterno	Soto	Ap	[Redacted]
Género	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	No	[Redacted]
Fecha de nacimiento	[Redacted]	Eda	[Redacted]
Dirección	[Redacted]	N°	[Redacted]
Villa / Población	[Redacted]	Otr	[Redacted]
Comuna	[Redacted]	Reg	[Redacted]
Teléfono 1	[Redacted]	Teléfono 2	[Redacted]
2) Antecedentes Generales			
2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos		[Redacted] años	
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?		SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cu	NO <input type="checkbox"/>
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?		SI <input type="checkbox"/> → ¿Cuáles?	NO <input checked="" type="checkbox"/>
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores de 18 años		<input type="checkbox"/> Talleres municipales	
		<input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad	
		<input type="checkbox"/> Junta de vecinos	
		<input type="checkbox"/> Iglesia o agrupaciones religiosas	
		<input type="checkbox"/> Clubes de personas mayores	
		<input type="checkbox"/> Clubes deportivos	
		<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?.....	
		<input checked="" type="checkbox"/> En ninguna	
2.5 ¿Le g		<input type="checkbox"/> SI	



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

16/04/2026

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

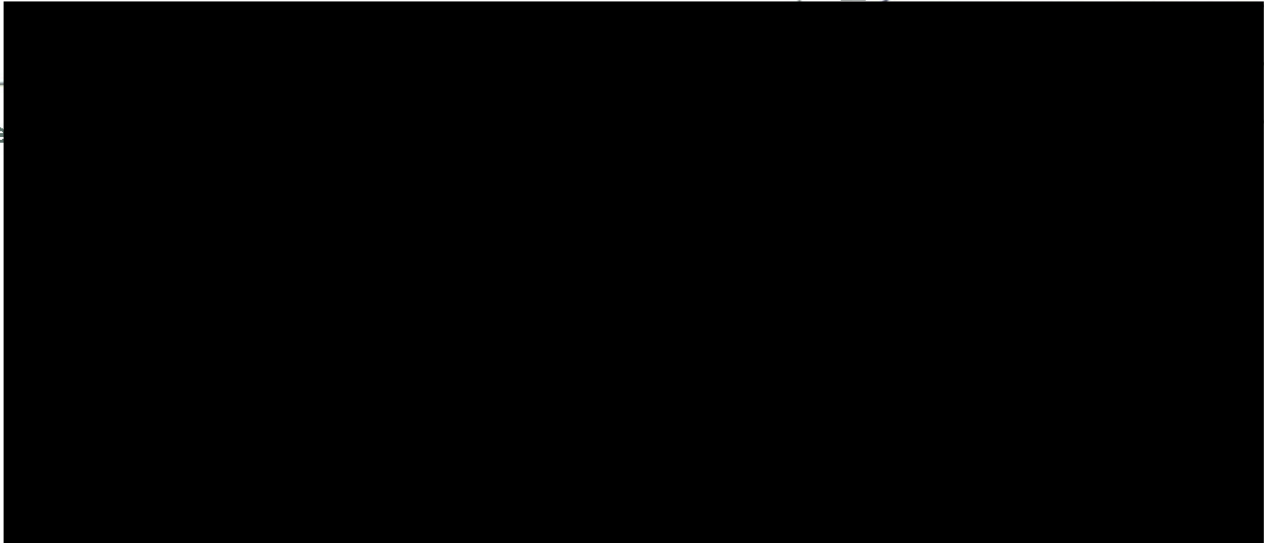
Sección 1) 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres	Lucía	Run	[Redacted]
Apellido paterno	Chavez	Apellido materno	[Redacted]
Género	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre completo	[Redacted]
Fecha de nacimiento	[Redacted]	Edad	[Redacted]
Dirección	[Redacted]	N°	[Redacted]
Villa / Población	[Redacted]	Otras	[Redacted]
Comuna	[Redacted]	Región	[Redacted]
Teléfono 1	[Redacted]	Teléfono 2	[Redacted]

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos	[Redacted] años
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? J.P.II NO <input type="checkbox"/>
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?	SI <input type="checkbox"/> → ¿Cuáles? NO <input checked="" type="checkbox"/>
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores de 18 años	<input type="checkbox"/> Talleres municipales
	<input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
	<input type="checkbox"/> Junta de vecinos
	<input type="checkbox"/> Iglesia o agrupaciones religiosas
	<input type="checkbox"/> Clubes de personas mayores
	<input type="checkbox"/> Clubes deportivos
	<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?

2.5 ¿Le





PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

21 / 04 / 2026
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF		1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)	
Nombres	Ignacio Alonso	Rut	[Redacted]
Apellido paterno	Foronda	Apellido materno	[Redacted]
Género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nom. de pila	[Redacted]
Fecha de nacimiento	[Redacted]	Edad	[Redacted]
Dirección	[Redacted]	N°	[Redacted]
Villa / Población	[Redacted]	Otra	[Redacted]
Comuna	[Redacted]	Región	[Redacted]
Teléfono 1	[Redacted]	Teléfono 2	[Redacted]
2) Antecedentes			
2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos		[Redacted]	años
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?		SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? SP. II	NO <input type="checkbox"/>
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?		SI <input type="checkbox"/> → ¿Cuáles?	NO <input checked="" type="checkbox"/>
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple *Personas mayores de 18 años		<input type="checkbox"/> Talleres municipales	
		<input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad	
		<input type="checkbox"/> Junta de vecinos	
		<input type="checkbox"/> Iglesia o agrupaciones religiosas	
		<input type="checkbox"/> Clubes de personas mayores	
		<input type="checkbox"/> Clubes deportivos	
2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad		<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	
		<input type="checkbox"/> En ninguna	
2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad		<input checked="" type="checkbox"/> SI	





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida
Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

21/04/2026

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

Nombres	Gracida Zúñiga	Run	[Redacted]
Apellido paterno	Castro	Apel	[Redacted]
Género	[Redacted]	Nom	[Redacted]
Fecha de nacimiento	[Redacted]	Edad	[Redacted]
Dirección	[Redacted]	N°	[Redacted]
Villa / Población	[Redacted]	Otra	[Redacted]
Comuna	[Redacted]	Regio	[Redacted]
Teléfono 1	[Redacted]	Teléf	[Redacted]

2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? SI → ¿Cuál? S.P. II NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa? SI → ¿Cuáles? NO

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?
*Selección múltiple
*Personas mayores de 18 años

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
- Clubes de personas mayores
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál?
- En ninguna

2.5 ¿Le gustaría participar de alguna organización o actividad? SI

