**FICHA PARA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONA**

**36 MESES A 18 AÑOS**

Llene la siguiente información, con letra clara y legible, sin tachas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de llenado** |  | **Hora de llenado** |  |
| **Datos del Informante** |  |   | **Parentesco** |  |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **DATOS DEL PACIENTE** |
| **Apellidos y Nombres** |   |
| **Edad** | **años** | **meses** |
| **Sexo** | **Masculino ( )** | **Femenino ( )** |
| **Grado de Instrucción** | **Primaria ( )** | **Secundaria ( )** | **Otros ( )** |
| **Completa ( )** | **Incompleta ( )** |
| **Motivo de consulta(¿Por qué ha venido a la IPRESS?)** |  |
|
| **¿Qué diagnóstico le han dado?** |  |
| **¿Usa algún producto de apoyo?Indique cuál es** |   |
| **Medicación que está usando** |   |

Marque con una X, sólo una respuesta, según corresponda:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dominios** |   | **¿Ud. considera que, en este momento, puede ser capaz de...**  | **Código CIF** | **NO hay dificultad (Puede) xxx.0** | **Dificultad LIGERA (Puede con dificultad) xxx.1** | **Dificultad MODERADA (Puede con producto de apoyo (indicar cuál es))xxx.2** | **Dificultad GRAVE o COMPLETA (No puede) xxx.3xxx.4** |
| **COGNICIÓN** | 1 | **aprender una nueva tarea?** Evaluable a partir de los **03** años• escuela (ej. una nueva lección)• recreación (ej. aprender un nuevo juego) | **d155** |  |  |  |  |
| 2 | **concentrarse en hacer algo durante 10 minutos?** Evaluable a partir de los **06** añosen circunstancias habituales: mientras realiza una tarea escolar, lee, escribe, dibuja, toca un instrumento musical. | **d161** |  |  |  |  |
| **MOVILIDAD** | 3 | **mantenerse de pie por un largo período de tiempo (30 minutos) para realizar sus actividades o juegos?** Evaluable a partir de los **03** añosformación escolar, desarrollo de un deporte, educación física, etc.  | **d415** |  |  |  |  |
| 4 | **caminar una distancia larga como 05 cuadras?** Evaluable a partir de los **03** añosir al parque, ir a hacer compras, etc. | **d450** |  |  |  |  |
| **CUIDADO PERSONAL** | 5 | **bañarse solo?** Evaluable a partir de los **07** años | **d510** |  |  |  |  |
| 6 | **vestirse solo?** Evaluable a partir de los **06** años(parte superior e inferior del cuerpo: desde tomar la ropa de los lugares en donde se encuentra guardada y abrochar botones, hacer nudos, etc.) | **d540** |  |  |  |  |
| **RELACIONES** | 7 | **relacionarse con personas que no conoce?** Evaluable a partir de los **05** años(saludar a personas mayores, pedir permiso o por favor, etc.) | **d730** |  |  |  |  |
| 8 | **mantener una amistad?** Evaluable a partir de los **05** años(interactuar con amigos de acuerdo a las costumbres, participar en actividades cuando se es invitado: cumpleaños) | **d750** |  |  |  |  |
| **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA** | 9 | **realizar las tareas del hogar según el rol que desempeña dentro de su familia?** Evaluable a partir de los **05** años(poner la mesa, ordenar y guardar sus juguetes, ordenar y poner la ropa sucia en el tacho, etc.)  | **d230** |  |  |  |  |
| 10 | **llevar a cabo sus actividades educativas (preescolares y escolares) diarias?** Evaluable a partir de los **03** años(cumplir con las tareas, cumplir con las indicaciones de los profesores, etc.)  | **d815d820** |  |  |  |  |
| **PARTICIPACIÓN** | 11 | **participar en actividades de su comunidad de la misma forma que cualquier otro niño?** Evaluable a partir de los **03** años(por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo)  | **d910** |  |  |  |  |
| 12 | **aceptar y superar emocionalmente su condición de salud?** Evaluable a partir de los **05** años(enojo, pena, arrepentimiento, gratitud, reconocimiento, o cualquier otra emoción positiva o negativa.)  | **d240** |  |  |  |  |

**CONCLUSIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| Sin dificultad |   |
| Con Dificultad |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Dominio con dificultad: |  |
| Cognición |   |
| Movilidad |   |
| Cuidado Personal |   |
| Relaciones |   |
| Actividades de la vida diaria |   |
| Participación |   |

**RECOMENDACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| Controles de crecimiento y desarrollo |   |
| Cumplir con el esquema de vacunaciones |   |
| Referir al Servicio de Medicina de Rehabilitación |   |
| Otros |   |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**