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

**MAYORES DE 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** | | |
| **Sexo** | **Masculino ( )** | | **Femenino ( )** | | |
| **Grado de Instrucción** | **Primaria ( )** | **Secundaria ( )** | **Técnica ( )** | **Superior ( )** | **Otros ( )** |
| **Completa ( )** | | **Incompleta ( )** | | |
| **Ocupación / Profesión  (¿En qué trabaja?)** |  | | | | |
| **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.3 xxx.4** |
| **COGNICIÓN** | 1 | **seguir las indicaciones (verbal o escrita) para realizar una actividad?** (ej.: receta para preparar una comida nueva o mapa para llegar a una dirección nueva, etc.) | **d155** |  |  |  |  |
| 2 | **mantenerse enfocado durante 10 minutos para empezar y terminar una misma actividad?** (ej.: leer, dibujar, pintar, cocinar, planchar, etc.) | **d161** |  |  |  |  |
| **MOVILIDAD** | 3 | **mantenerse de pie por un largo periodo de tiempo (30 minutos) para realizar sus actividades?** | **d415** |  |  |  |  |
| 4 | **caminar una larga distancia como 10 cuadras?** | **d450** |  |  |  |  |
| **CUIDADO PERSONAL** | 5 | **bañarse solo?** | **d510** |  |  |  |  |
| 6 | **vestirse solo?** | **d540** |  |  |  |  |
| **RELACIONES** | 7 | **relacionarse con personas que no conoce para desarrollar una actividad?** (ej.: comprar, tomar un taxi, pedir una dirección, etc.) | **d730** |  |  |  |  |
| 8 | **mantener contacto / relación con sus amigos?** | **d750** |  |  |  |  |
| **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA** | 9 | **ocuparse de sus responsabilidades domésticas según el rol que desempeña dentro de su familia?** (ej.: administrar las finanzas, cuidar la casa y/o a un familiar, disciplinar o ayudar con las tareas a los niños, etc.) | **d230** |  |  |  |  |
| 10 | **llevar a cabo su trabajo y/o actividad educativa diaria?** (ej.: llegar puntual, cumplir con sus responsabilidades y/o funciones, etc.) | **d839 d845** |  |  |  |  |
| **PARTICIPACIÓN** | 11 | **participar en actividades de su comunidad de la misma forma que cualquier otra persona?** (ej.: festividades, actividades religiosas o de otro tipo) | **d910** |  |  |  |  |
| 12 | **aceptar y superar emocionalmente su condición de salud?** | **d240** |  |  |  |  |

**CONCLUSIONES**

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

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

**RECOMENDACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| Referir al Servicio de Medicina de Rehabilitación |  |
| Otros |  |

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

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