



INFORME DE PAGO MENSUAL

Funcionario: Macarena Paola Moyano Fuentes



Cargo: Kinesióloga

Mes Correspondiente: Marzo 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 2026:

DESCRIPCIÓN DE COMETIDOS:

- Realizar tratamientos y educación individual y/o grupal del servicio especializado de Kinesiología, 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 kinesiología, 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 Febrero

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
23	24	25	26	27
Validación en terreno	Visita Domiciliaria Mariela Gonzales Laura Alfaro	Validación en terreno (rural). Héctor Cornejo	Validación en terreno. Oserbanda Pasten Luis Labbé	Visita Domiciliaria Yoanna López
Evelyn Silva Jorge Núñez	Gestión de casos	Administrativo	Administrativo	Administrativo



Calendario de actividades mes Marzo

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<p>02 Validaciones en terreno</p> <p>Gestión de casos</p>	<p>03 Visita domiciliaria Jose Aguilera Marco Catalán Mariela Gonzales</p> <p>Administrativo</p>	<p>04 Visita domiciliaria Margarita Lineros</p> <p>Reunión de red</p>	<p>05 Visita domiciliaria (Rural) Silvia Pulgar Carlos Rojas</p> <p>Administrativo</p>	<p>06 Validación en terreno.</p> <p>Administrativo</p>
<p>09 Visita domiciliaria Alicia Lepe Fresia Tobar Rosa Tobar</p> <p>Administrativo</p>	<p>10 Validación en terreno Ismael Gonzales Consuelo Parra</p> <p>Administrativo</p>	<p>11 Visita Domiciliaria Rosalba Martínez Luis Martínez Teobalda Altamirano Juan Gallardo</p> <p>Administrativo</p>	<p>12 Validación en terreno Aylen Valenzuela Olga García</p>	<p>13 Administrativo</p>
<p>16 Visita Domiciliaria Ana Gutiérrez Margarita Arroyo Luis Gutiérrez Margarita Lineros</p> <p>Administrativo</p>	<p>17 Visita Domiciliaria Ana Zapata Segundo Gonzales Luis Velasquez Ximena Silva (Fallida)</p> <p>Administrativo</p>	<p>18 Visita Domiciliaria Mariela Gonzales Marcos Catalán María Roa Jose Cardoza</p> <p>Administrativo</p>	<p>19 Visita Domiciliaria Sergio Salas Guillermo Astorga</p> <p>Administrativo</p>	<p>20 Administrativo</p>
<p>23 Visita Domiciliaria León Polanco Jose Aguilera Dylan Contreras (fallida)</p>	<p>24 Administrativo</p>			

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.



DIDECO

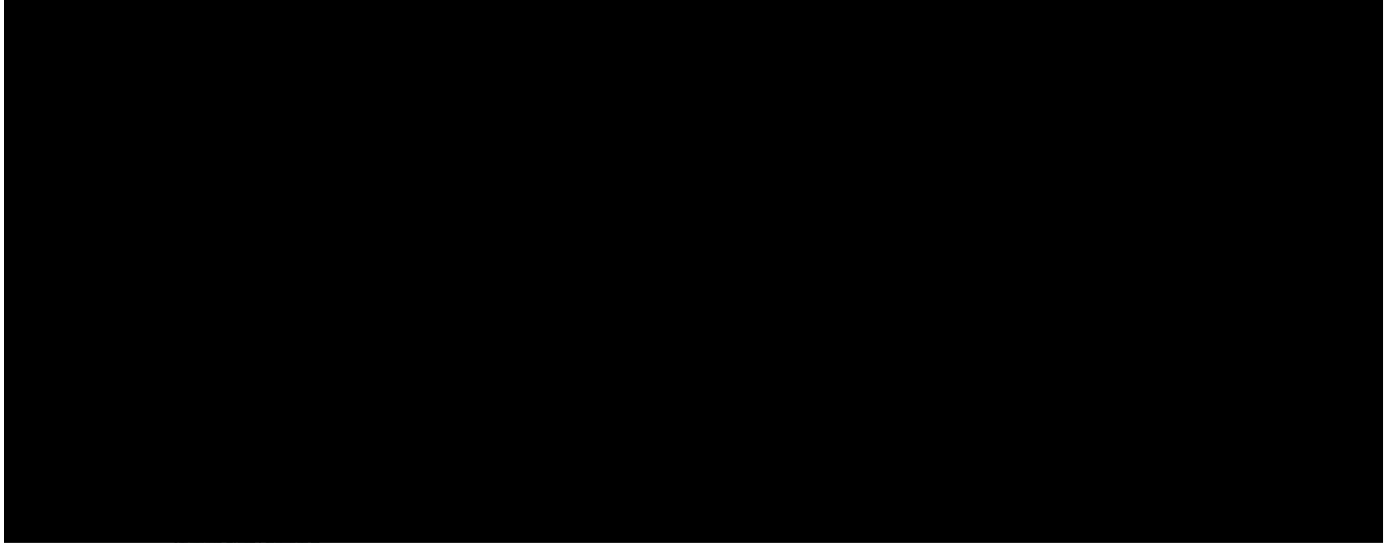
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
Y Cuidados**

- **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.



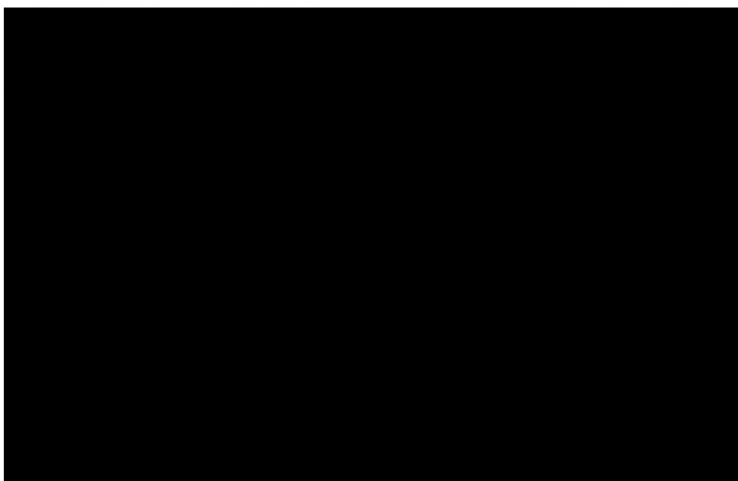
(Prod)

- **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.**

Se participa el 13 de marzo en la actividad para conmemorar el día mundial del Síndrome de Down.





DIDECO
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
Y Cuidados**



TRABAJO ADMINISTRATIVO

Fecha 27/02/26

Hora 8:30 - 17:30 hrs

Comuna Padre Hurtado.

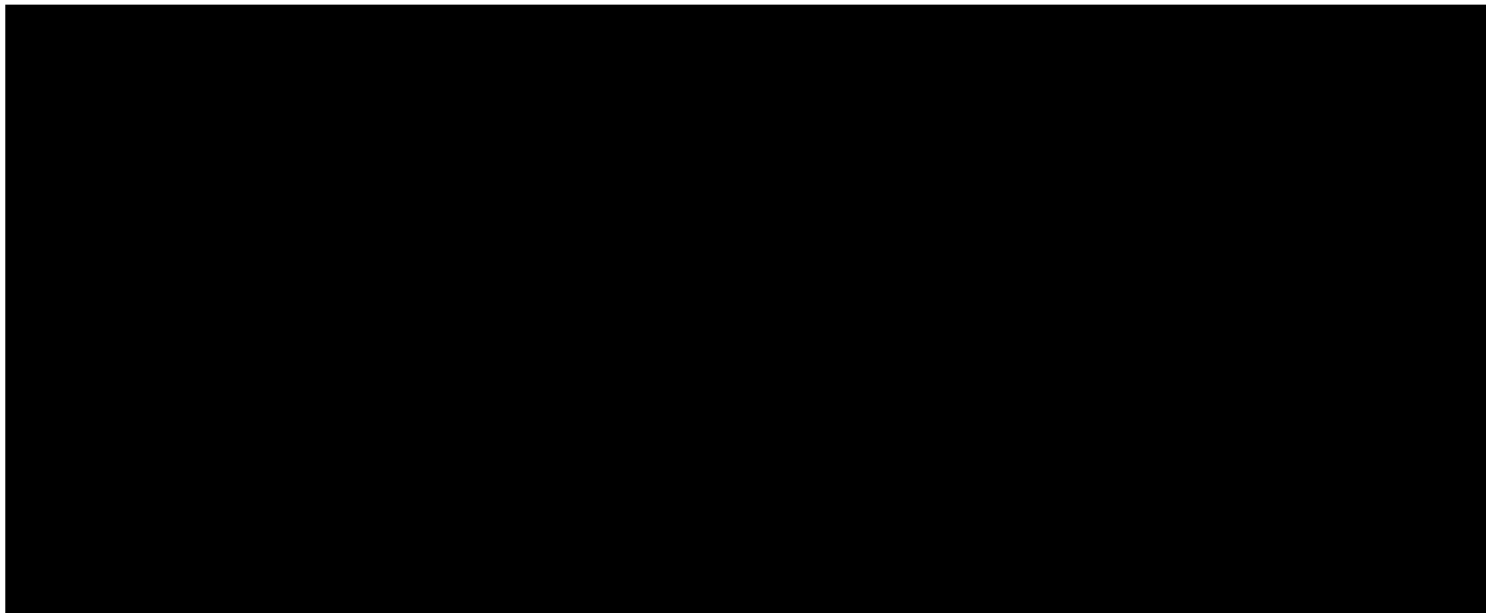
Lugar de realización

Participantes



Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Macarena Mayano	Kinesióloga
Camilo Donaté	Kinesiólogo
Alison Angello	Psicólogo

N°	Temas de trabajo
	Gestión de Casos



TRABAJO ADMINISTRATIVO

Fecha 02/03/2026 - 06/03/2026

Hora 8:30 - 17:30 hrs.

Comuna Padre Hurtado

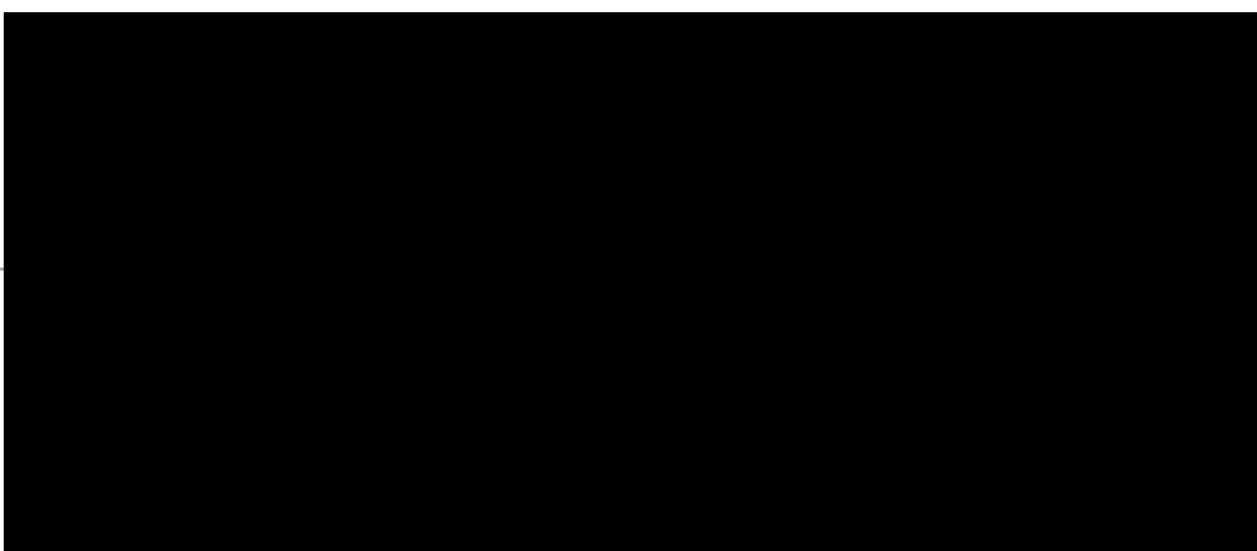
Lugar de realización

Participantes



Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Macarena Moyano	Kinesiología
Monserrat Aballay Pilcock	Terapeuta Ocupacional
Carola Daza	Kinesióloga
Alison Aguado	Psicóloga

N°	Temas de trabajo
	Gestión de Casos



TRABAJO ADMINISTRATIVO

Fecha 13/03/26 -

Hora 8:30 - 17:30 hrs.

Comuna Padre Hurtado



Lugar de realización

Participantes

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Macaena Mayano	Kinesiología.
Monteprat Aballay Pizarro	Terapeuta Ocupacional
Camilo Donatelli	Kinesiología
Alicia Arguello	Psicóloga

N°	Temas de trabajo
	Gestión de casos



TRABAJO ADMINISTRATIVO

Fecha 20/03/26

Hora 8:30 - 17:30 hrs.

Comuna Padre Hurtado.

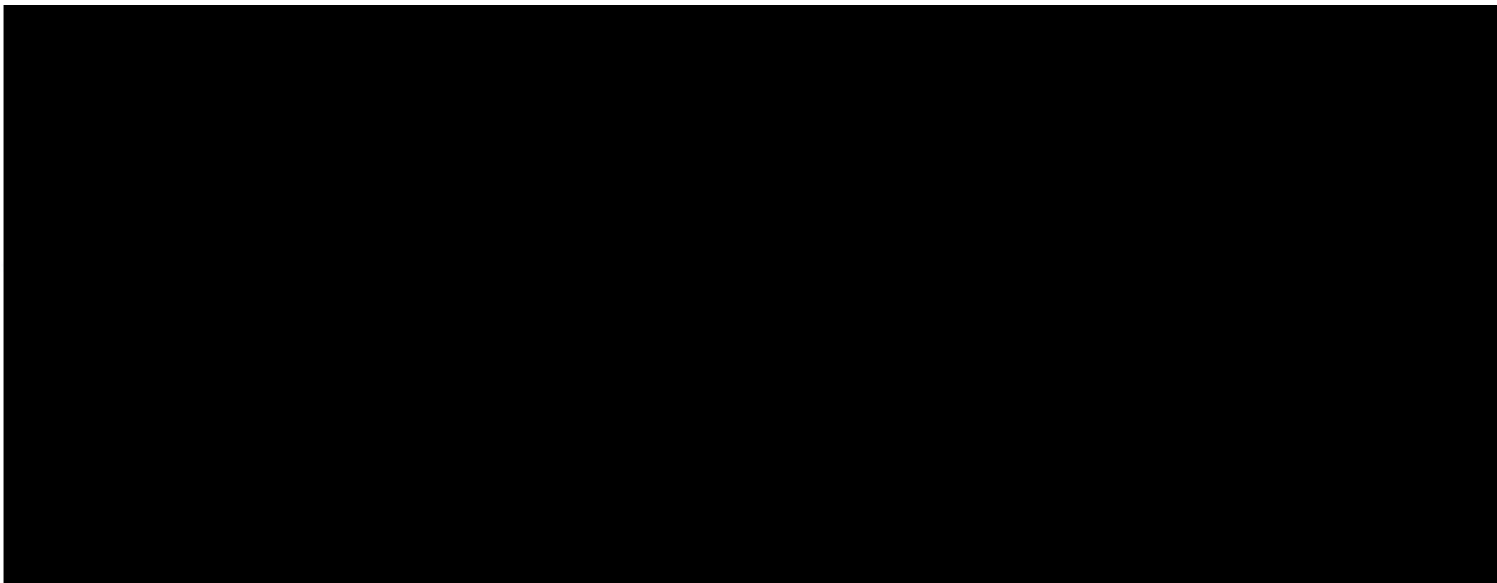
Lugar de realización

Participantes



Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Macarena Mayano	Kinesiología
Komerrat Abaloy Picone	Terapia Ocupacional
Alexon Neguelo	Psicología

N°	Temas de trabajo
	Gestión de casos



TRABAJO ADMINISTRATIVO

Fecha 24/03/2026

Hora 8:30 - 17:30

Comuna Padre Hurtado

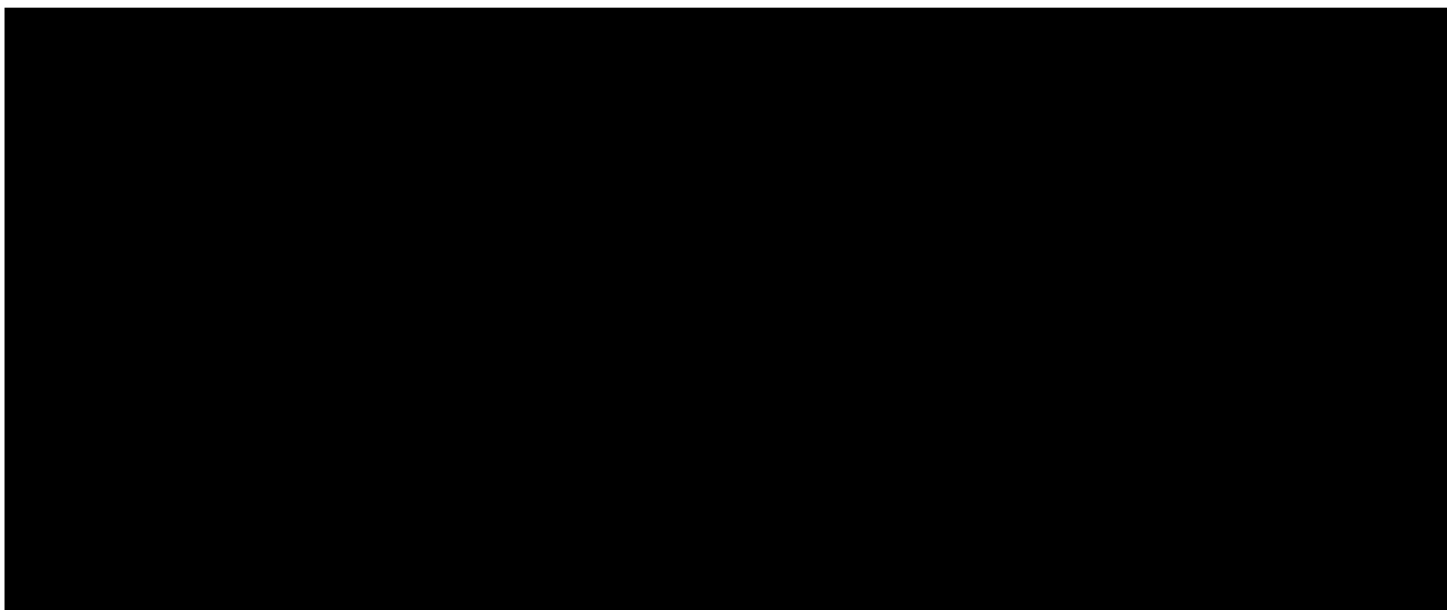
Lugar de realización

Participantes



Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa
Alfonso Aguayo	Psicólogo
Camilo Donaire	Kinesiólogo
Monserat Aballay Pilconte	Terapeuta Ocupacional
Macurena Moyano	Kinesiólogo

N°	Temas de trabajo
	Confección de informe mensual.



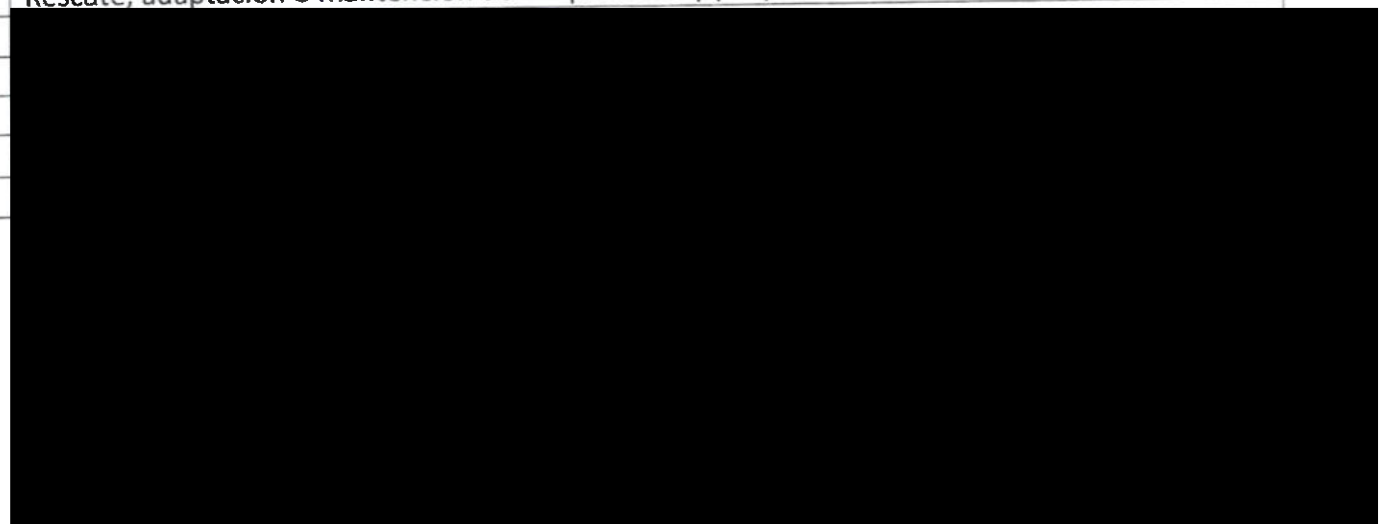


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Kinesidología

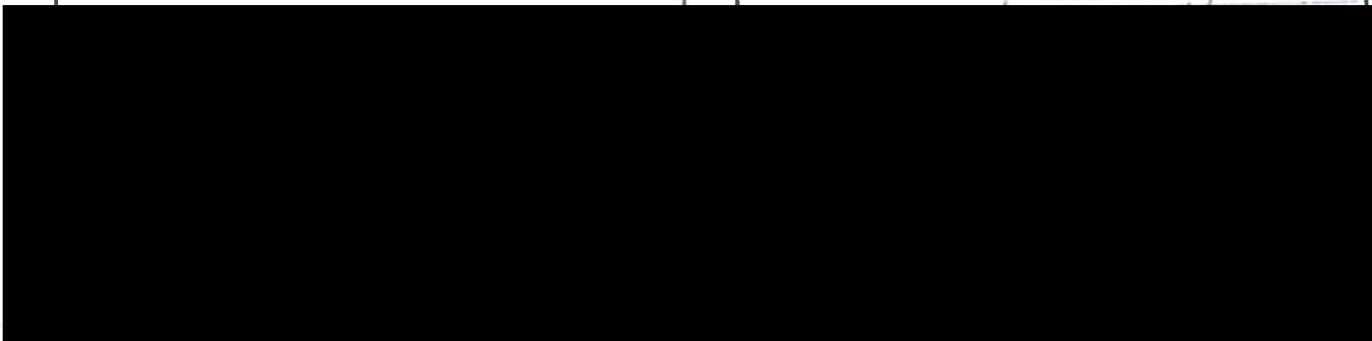
1	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	<u>Mariela Gonzales</u>
2	ID	<u>131380</u>
	Nombre Usuario/Cuidadores	<u>Laura Alfaro</u>
3	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
5	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
8	ID	
	Nombre 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	
8	
9	
10	
11	



Horario: 10:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 24/02	
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: <i>kinesiología</i>	
SSEE Ámbitos: 2-3	

Horario: 10:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 24/02	
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: <i>kinesiología</i>	
SSEE Ámbitos: 1	

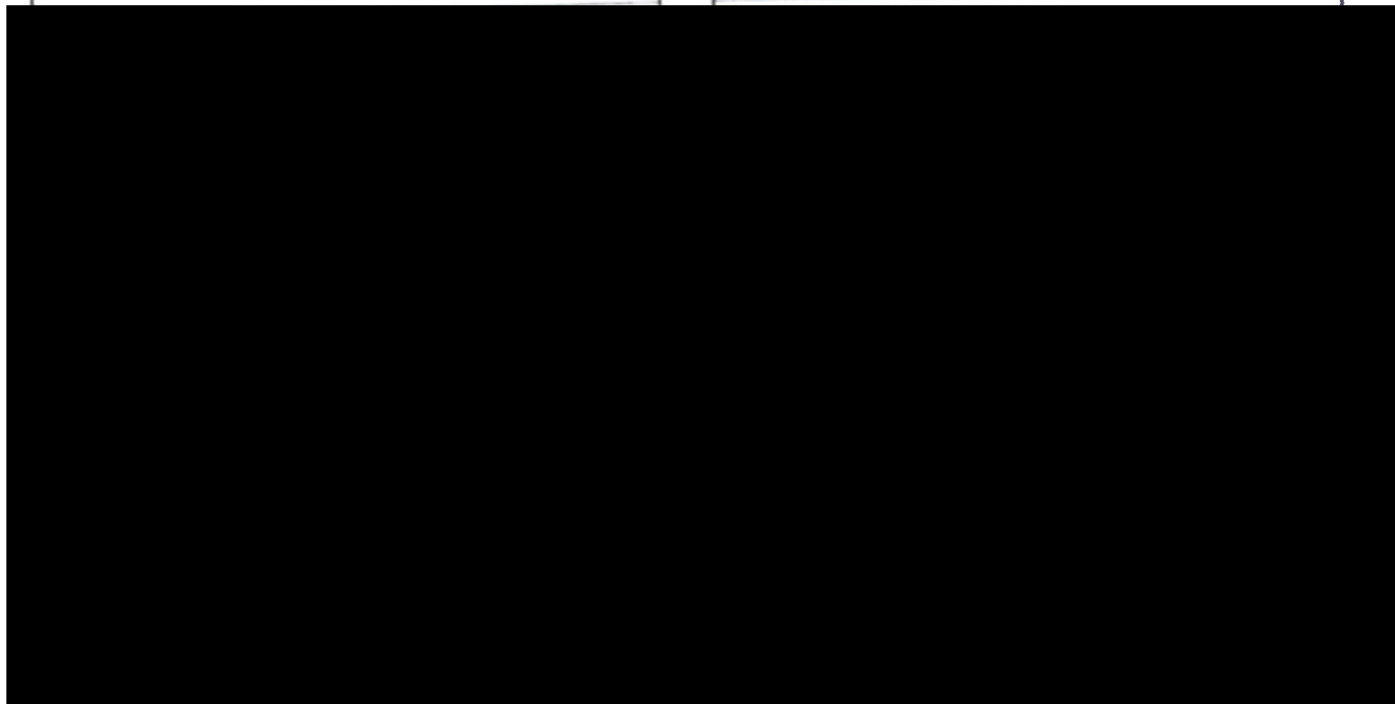


Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional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



27/02/26.



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

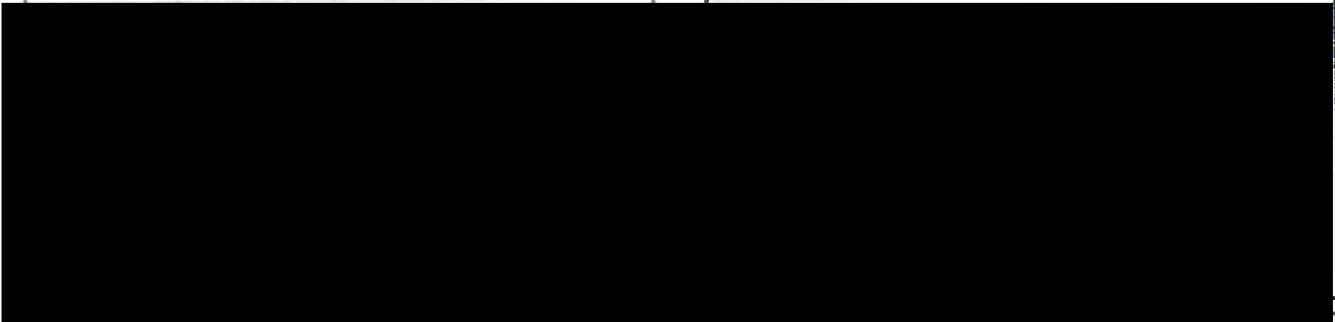
Especialidad

1	ID	59500
	Nombre Usuario/Cuidadores	Johanna Lopez
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 fun
3	Prevención de l
4	Prevención de o
5	Autonomía en l
6	Rescate, adapta
7	Accesibilidad fís
8	Corresponsabili
9	Sobrecarga em
10	Procesos de du
11	Bienestar en sa

Horario: 11:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 27-02-26	
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: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos: 1	

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:	

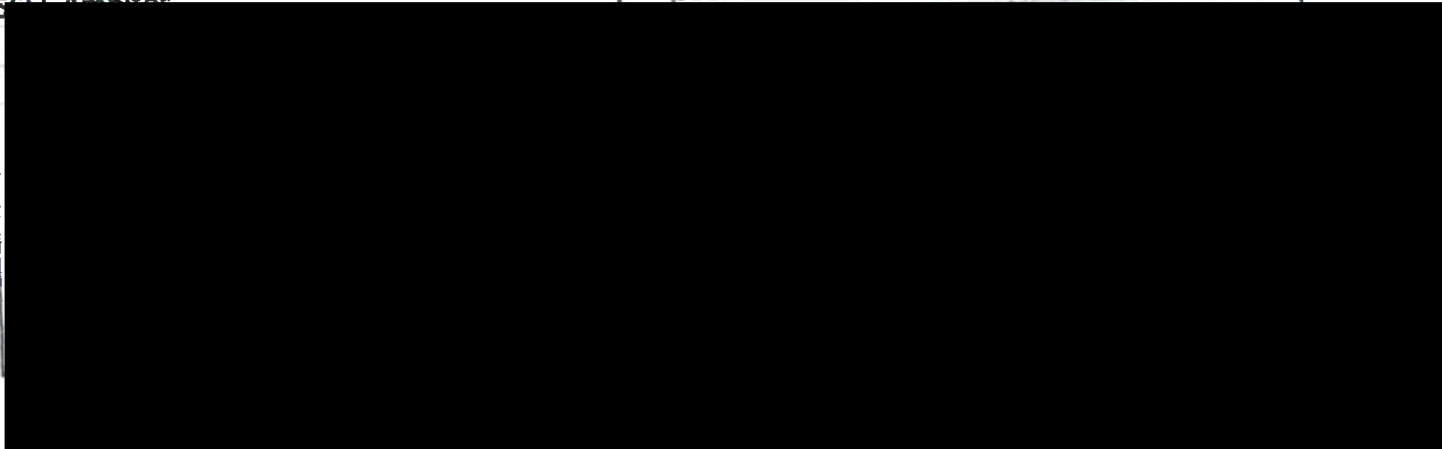


Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos:	
Observaciones:	
Firma Profesional: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

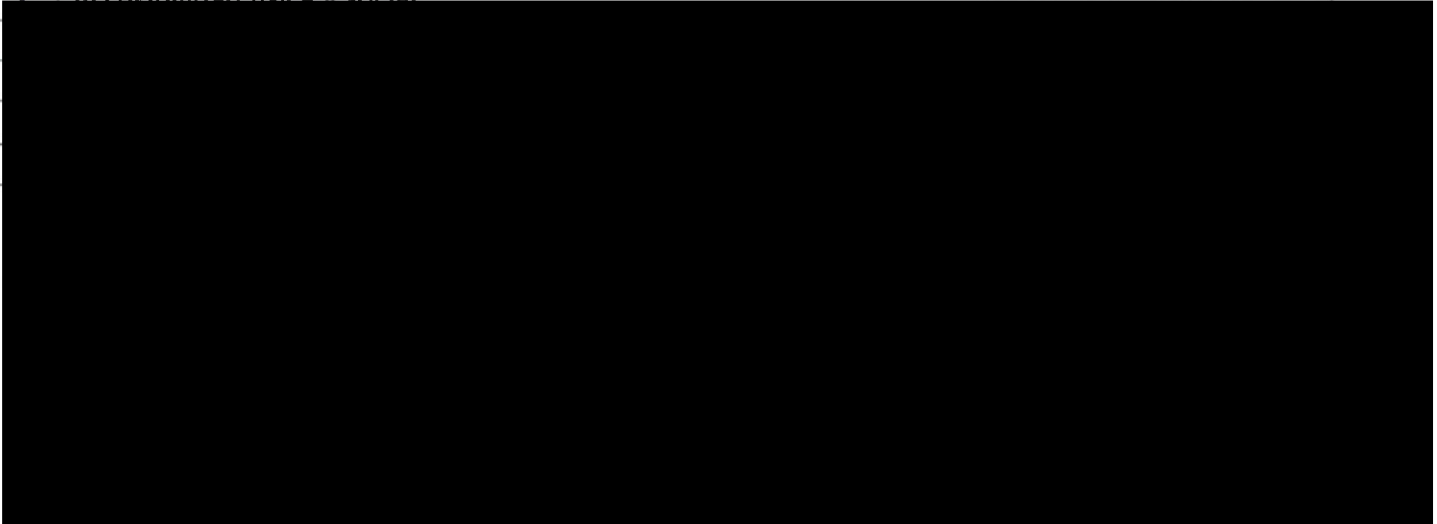


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Kinesiología

1	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
2	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
3	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
4	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
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



Horario: 10:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 03/03/26	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	

Horario: 12:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 03/03/26	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 1	

Horario: 12:50	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 03/03	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos: 2-3	

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:	

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:	

04/03/20



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Kinesiología

1	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
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
8	Corresponsabilidad
9	Sobrecarga
10	Procesos de atención
11	Bienestar



Horario: 12:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 04/03/26	
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: Kinesioterapia	
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	

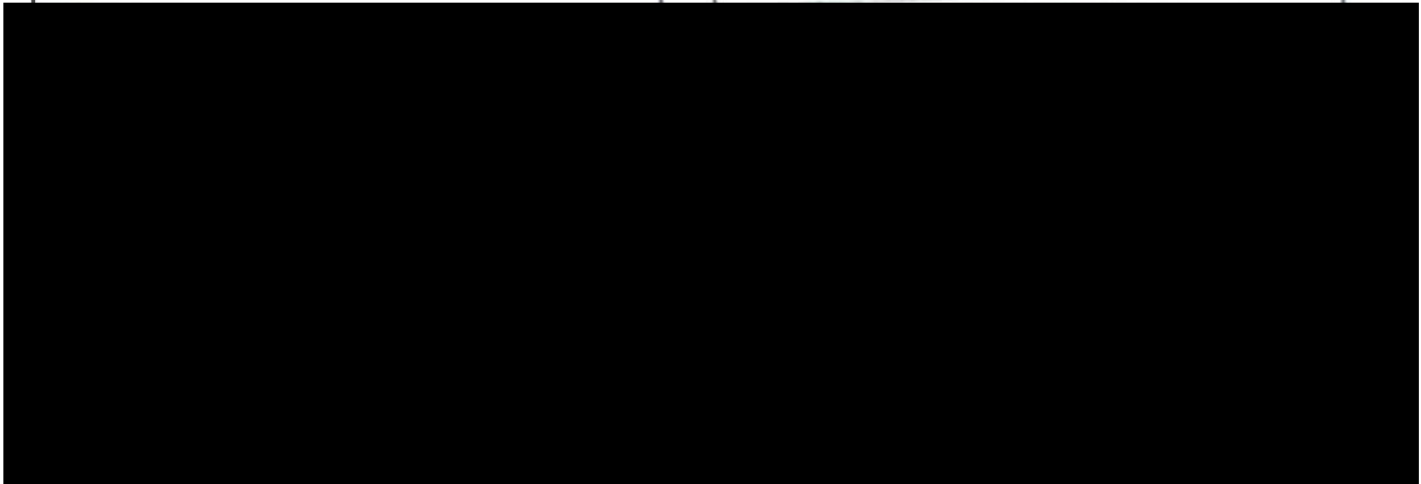


Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional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



05/03/26

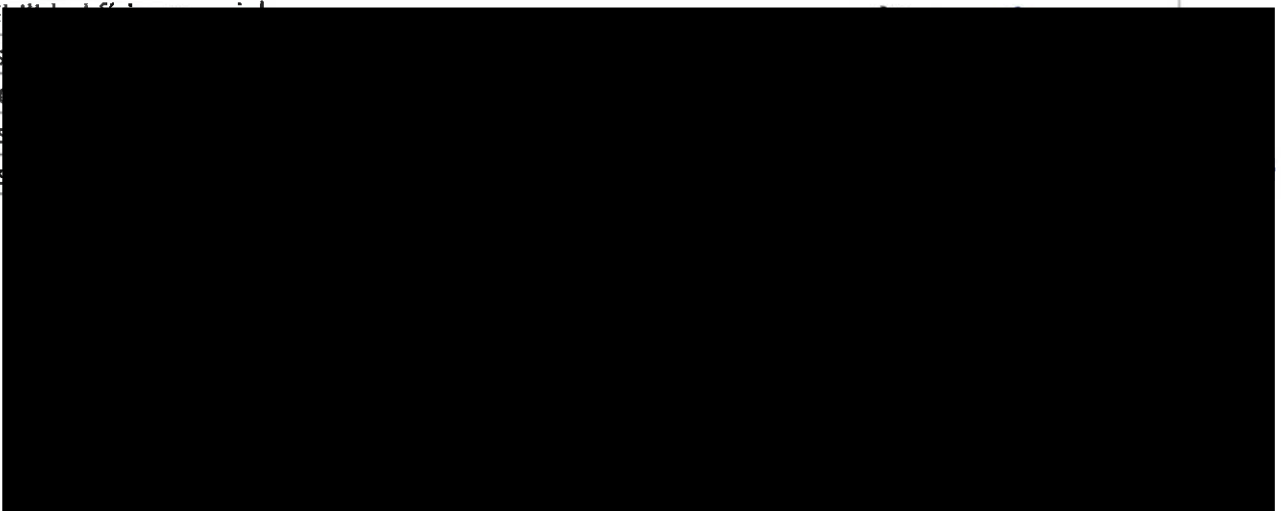


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Kinesiología

1	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidador	[Redacted]
2	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidador	[Redacted]
3	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]
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	Sobrevida
10	Procesos
11	Bienes



Horario: 11:00	N° de Sesión: ↓
Fecha de sesión: 05/03/26	
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: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos: 2-3	

Horario: 1:20	N° de Sesión: ↓
Fecha de sesión: 05/03/26	
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: Kinesioterapia	
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	

07/03/20

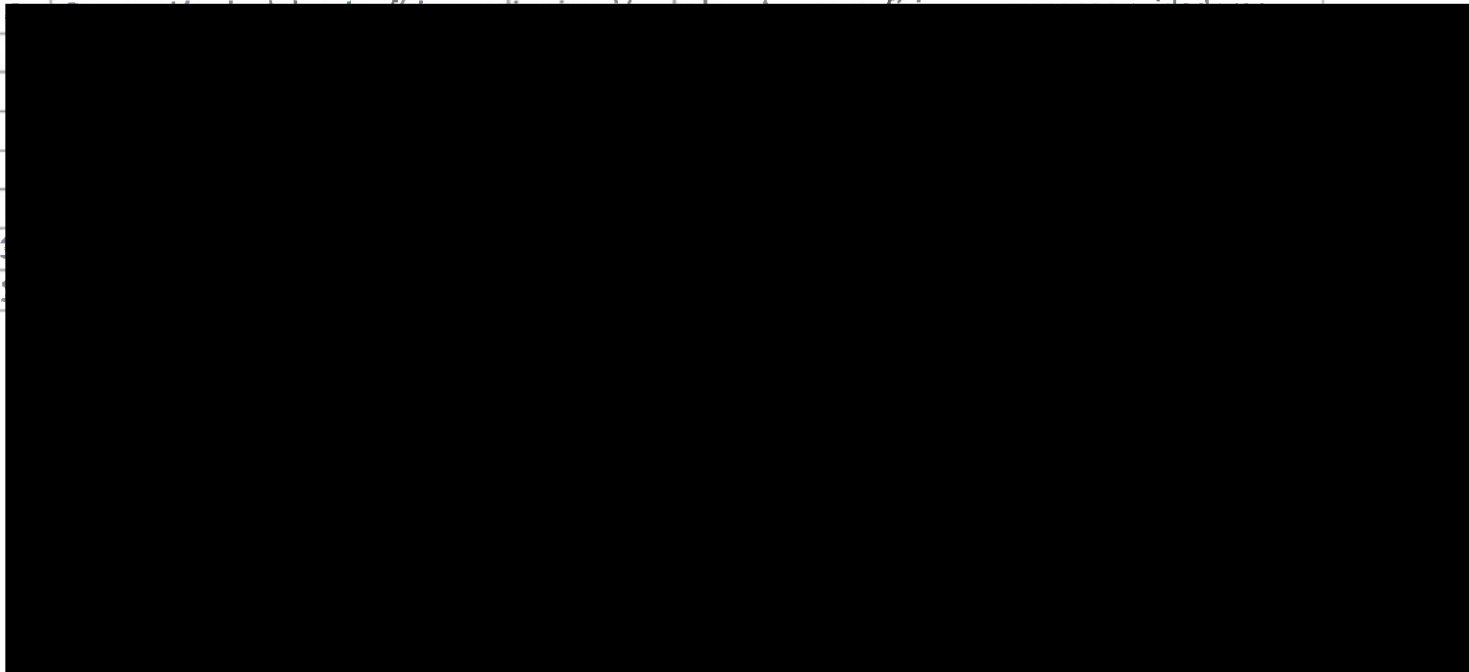


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad

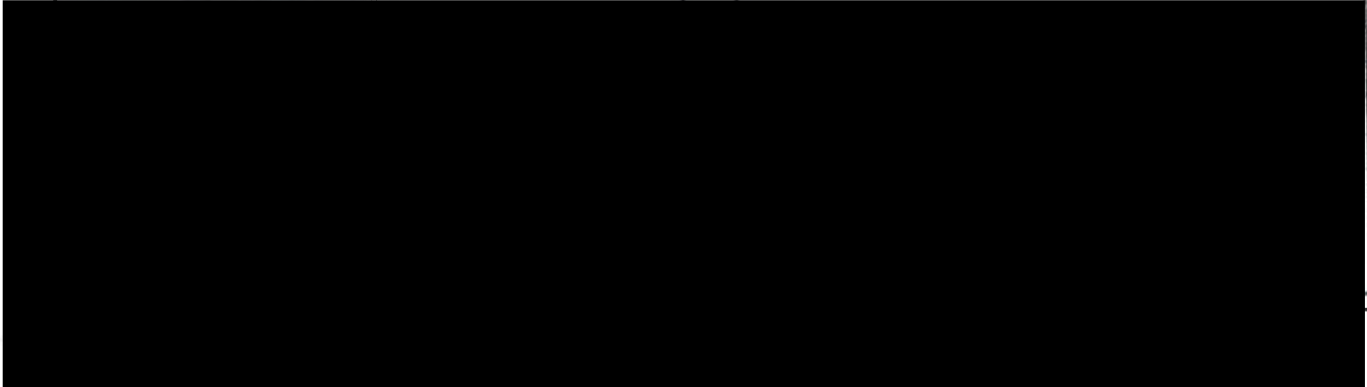
1	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
2	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
3	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
4	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
5	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
6	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
7	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
8	ID		
	Nombre Usuario/Cuidadores		
9	ID		
	Nombre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

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN	
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad



Horario: 10:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 09/03/26	
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: Kinesiología.	
SSEE Ámbitos: 2-3	

Horario: 11:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 09/03/26	
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: Kinesiología.	
SSEE Ámbitos: 2-3-	



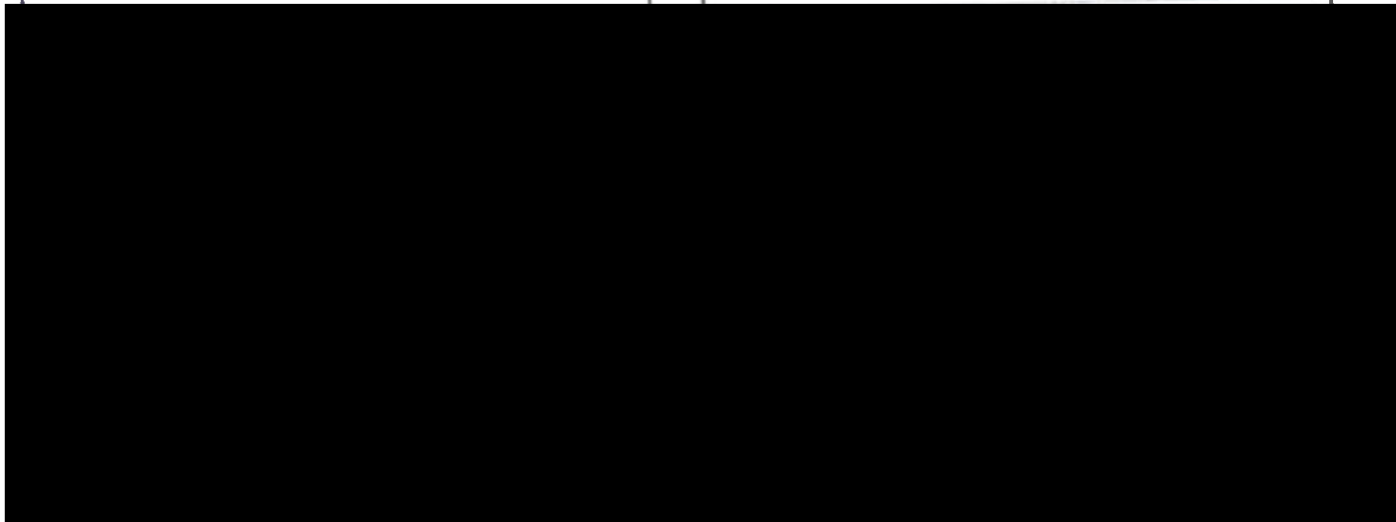
Fecha de sesión: 09/03/26	Sesión: /
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiología.	
SSEE Ámbitos: 2-3	

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:	

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:	





REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Kinesiología

1	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
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	

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	Corresp
9	Sobrec
10	Proces
11	Bienest



Horario: 10:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 11/03/26	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos	

Horario: 11:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 11/03/26	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos	

Horario: 12:30	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 11/03/26	
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos	

Horario: 14:00	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 11/03/26	
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: Kinesiología	
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	

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	

16/03/20



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

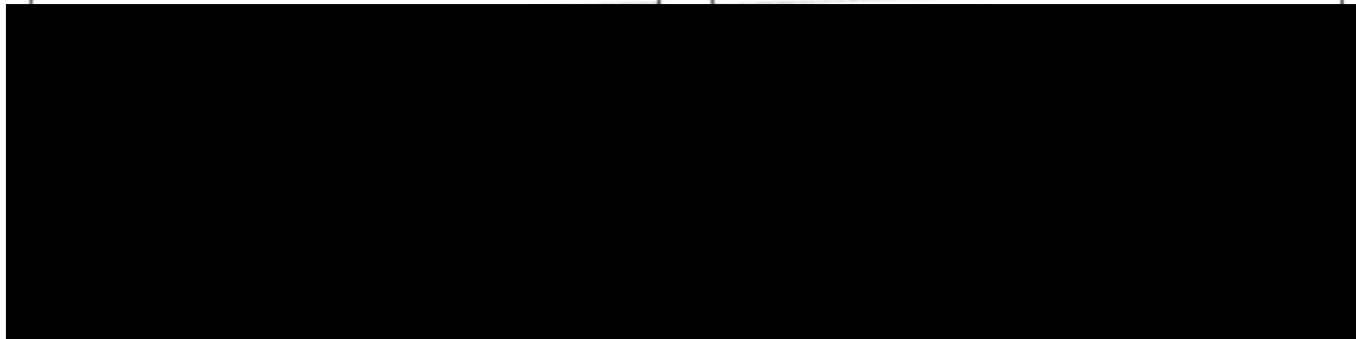
Especialidad Kinesiología

1	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
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	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

Horario: 11:30	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 16/03/26	
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: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos: 2-3	

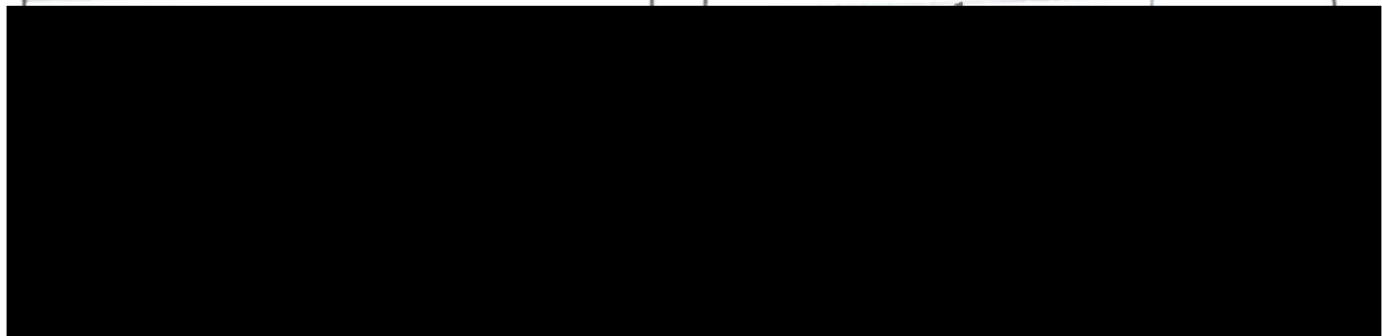
Horario: 1:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 16/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos: 1	



22

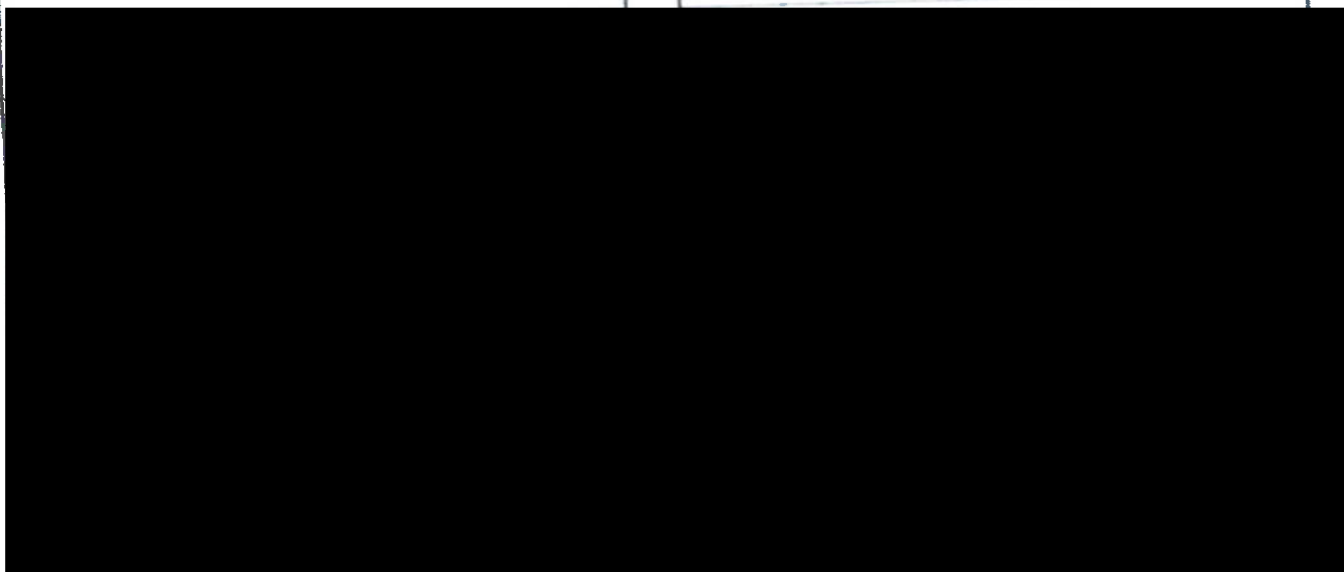
Horario: 2:00	N° de Sesión: 3
Fecha de sesión: 16/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos:	

Horario: 3:30	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 16/03/26	
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: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos: 1	



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:	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:	



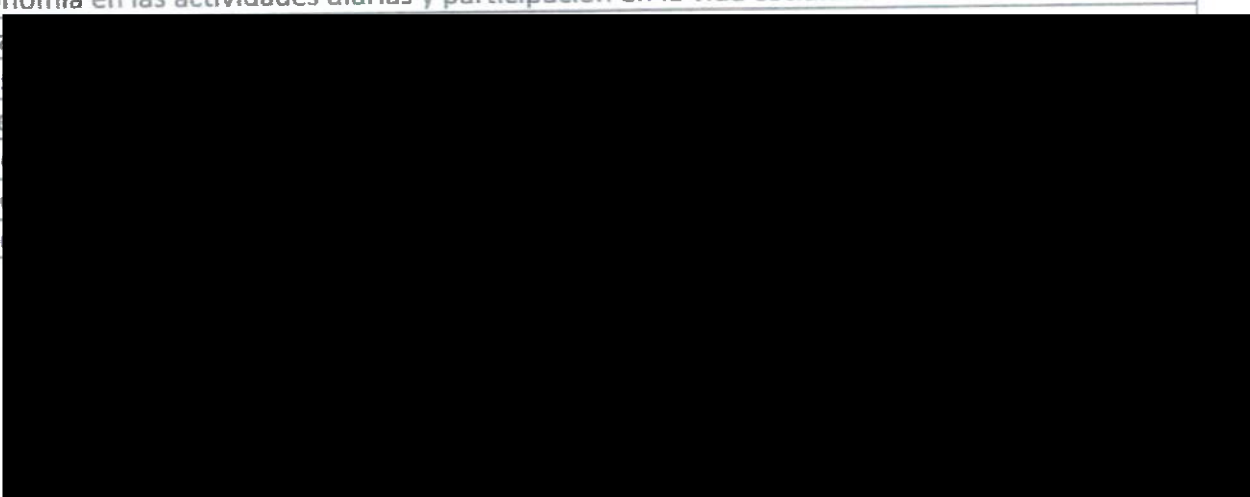


REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad Kinesiología.

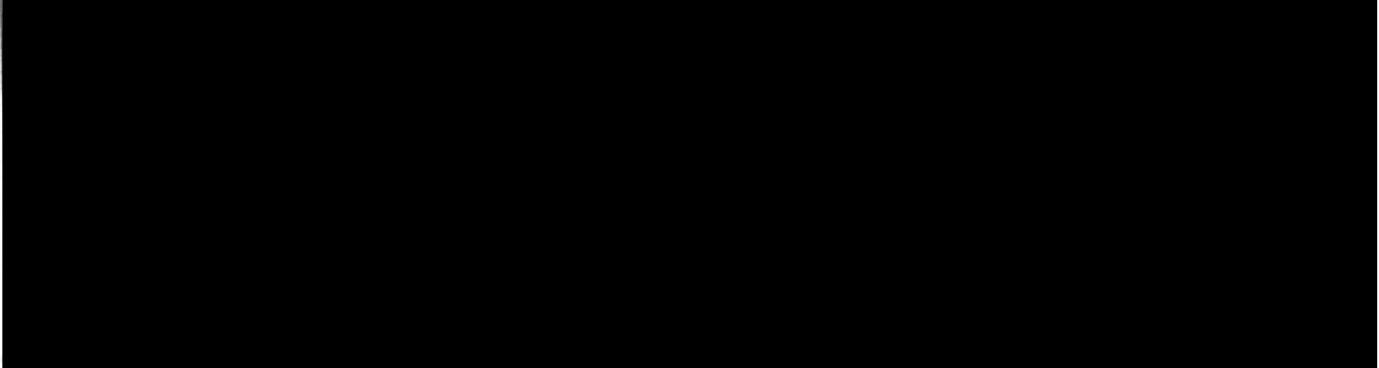
1	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]
2	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]
3	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]
4	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]
5	ID	[Redacted]
	Nombre Usuario/Cuidado	[Redacted]
6	ID	
	Nombre Usuario/Cuidadores	
7	ID	
	Nombre 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	Resca
7	Acce
8	Corre
9	Sobr
10	Proc
11	Bien



Horario: 11:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 17/03/26	
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: Kinesióloga.	
SSEE Ámbitos: 0-3	

Horario: 12:00	N° de Sesión: 2
Fecha de sesión: 17/03/26	
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: Fisiología.	
SSEE Ámbitos: 2-3	



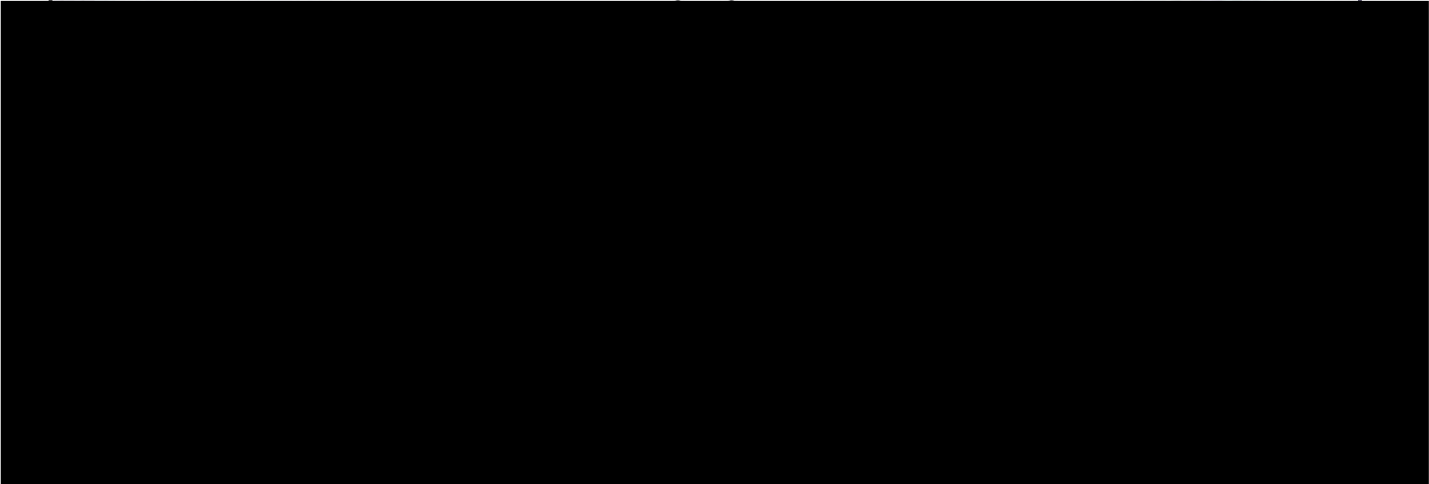
Horario: 13:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 17/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesióloga.	
SSEE Ámbitos: 1-2	

Horario: 14:00	N° de Sesión: 1
Fecha de sesión: 17/03/26	
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 type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesióloga.	
SSEE Ámbitos: (Fallida)	



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.

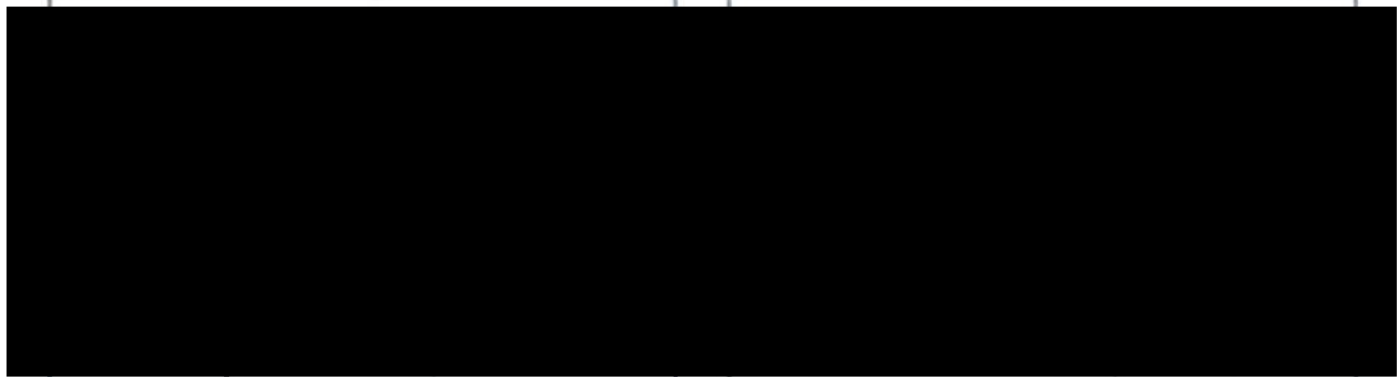
Especialidad

1	ID	
	Nombre Usuario/Cuidado	
2	ID	
	Nombre Usuario/Cuidado	
3	ID	
	Nombre Usuario/Cuidado	
4	ID	
	Nombre Usuario/Cuidado	
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	Corresponsabilidad
9	Sobrecarga
10	Procesos
11	Bienestar

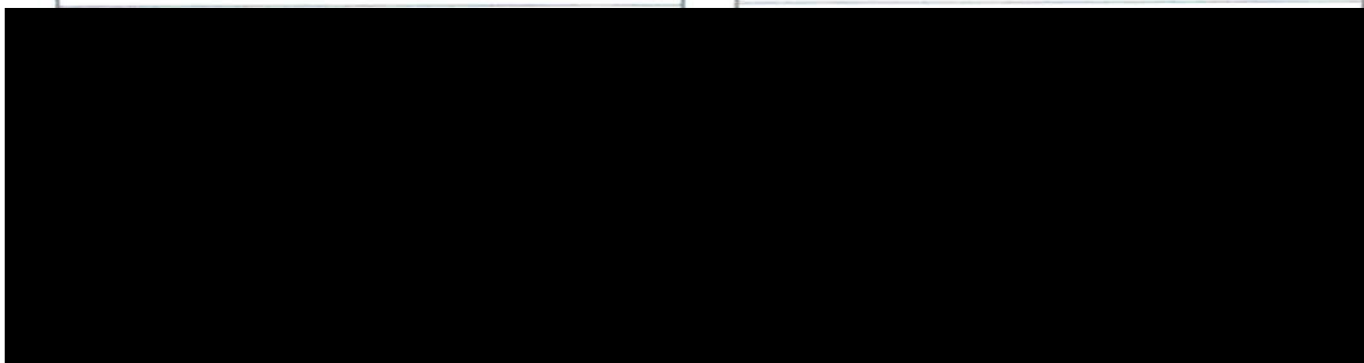
Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos 2-3	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/03/26	
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: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos	



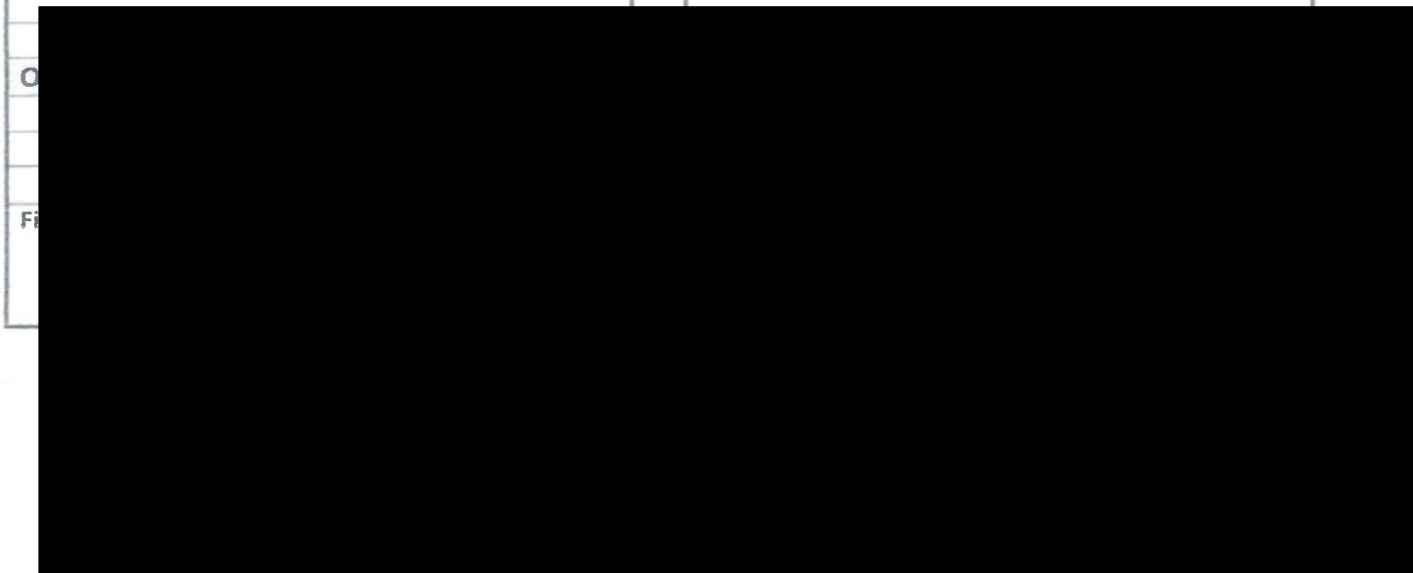
Horario: 1:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia	
SSEE Ámbitos	

Horario: 2:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 18/03/26	
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: Kinesioterapia	
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	

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	





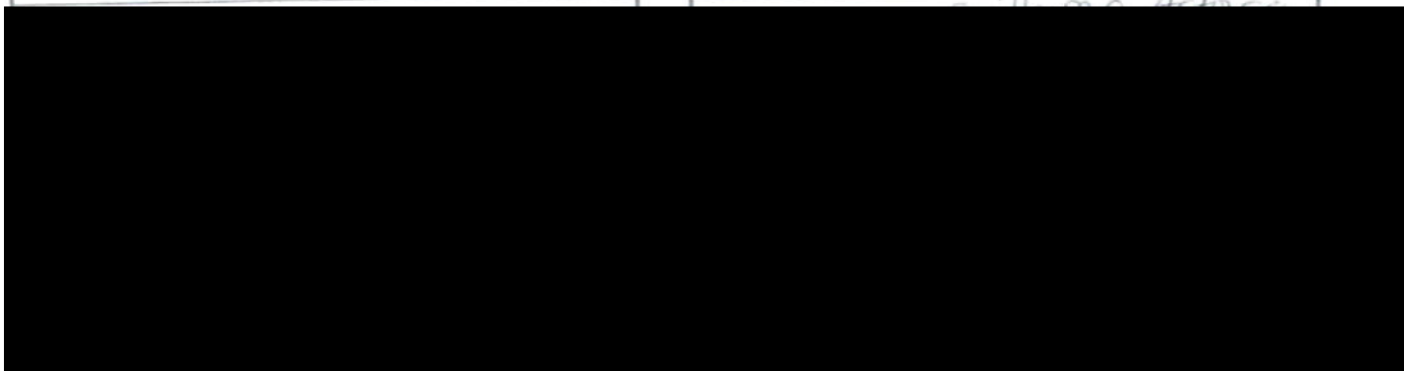
REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesología	
1 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidador	[Redacted]	
2 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidador	[Redacted]	
3 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
4 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
5 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
6 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
7 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
8 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
9 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	
10 ID	[Redacted]	
Nombre Usuario/Cuidadores	[Redacted]	

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	Re
7	Ac
8	Co
9	So
10	Pr
11	Bi

Horario: 10:50 -	N° de Sesión 2
Fecha de sesión: 19/03/26	
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: Kinesioterapia.	
SSEE Ámbitos 2-3	

Horario: 12:00	N° de Sesión 1
Fecha de sesión: 19/03/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesioterapia.	
SSEE Ámbitos	



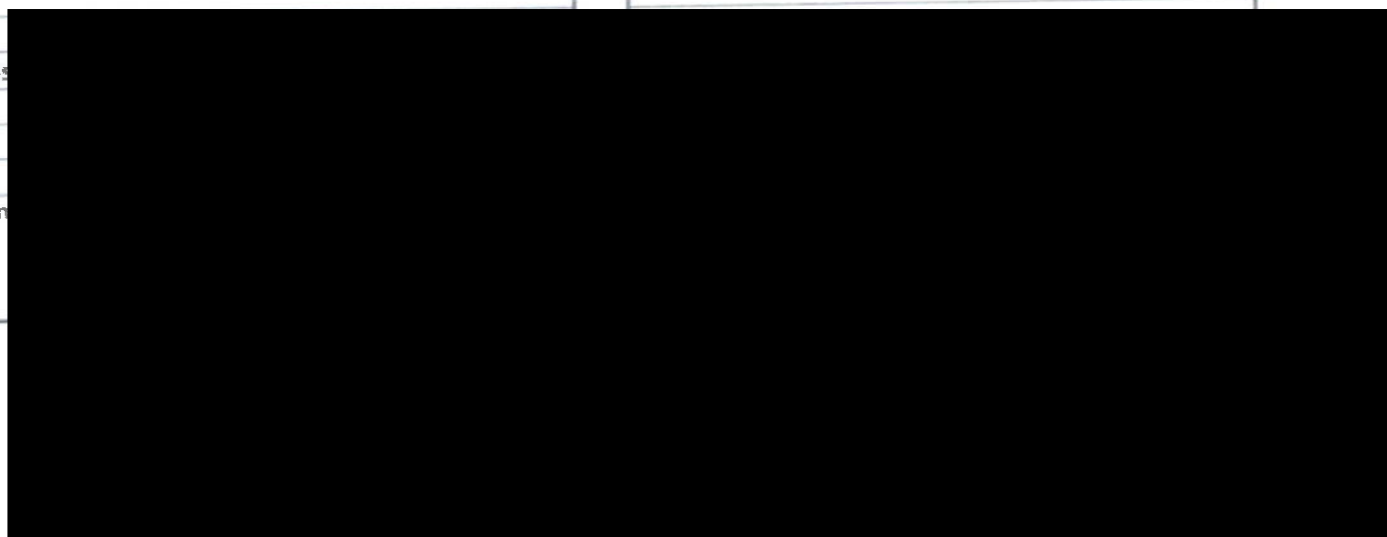
ich

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	
Obs	
Firm	

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	





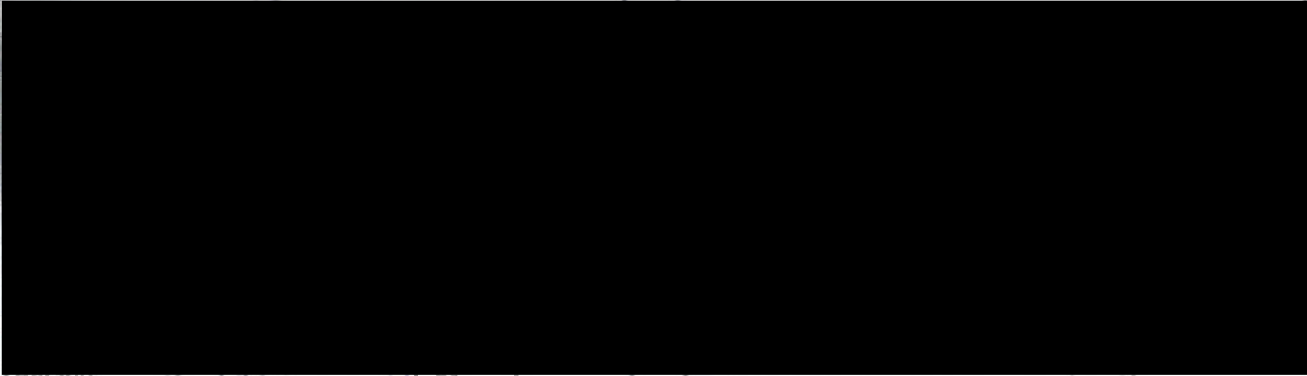
REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesiolesía	
1 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
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	Resc
7	Acce
8	Corre
9	Sobr
10	Proc
11	Bien

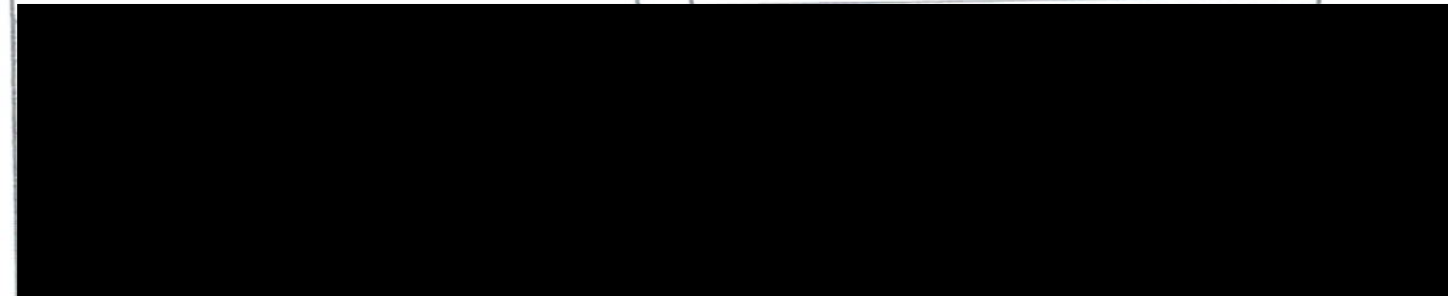
Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/03/26	2
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiología	
SSEE Ámbitos	
2-3	

Horario: 1:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/03/26	4
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: Kinesiología	
SSEE Ámbitos	
2-3	



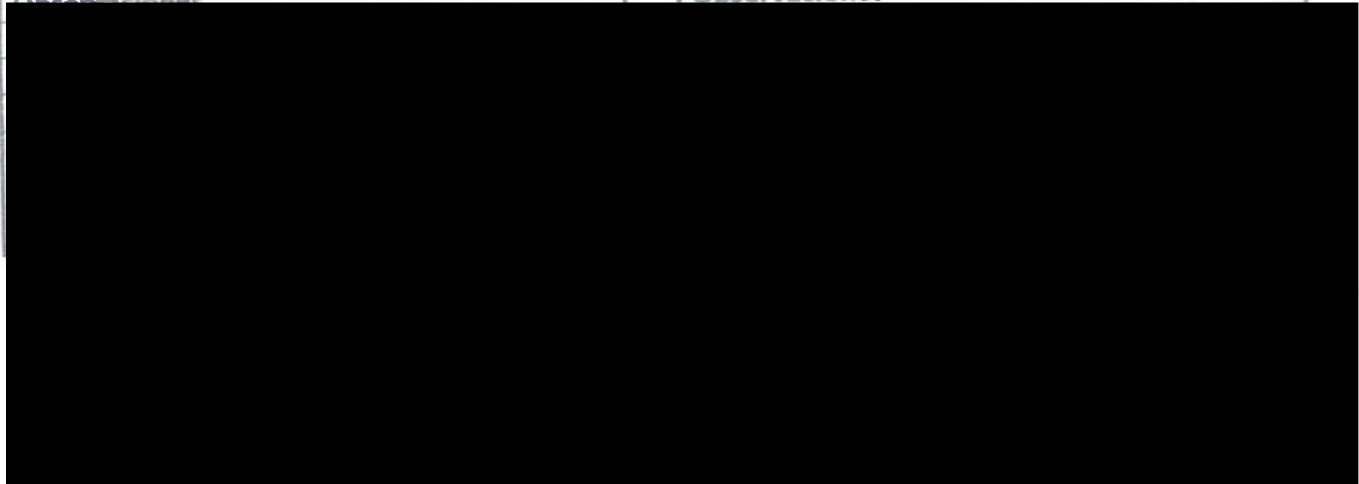
Horario: 2:00	Sesión
Fecha de sesión: 23/03/26	1
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado: Kinesiología	
SSEE Ámbitos	
1	

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	

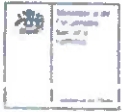


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	

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	



US: PS



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida
Instituto Nacional de Apoyo y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

100705
ID Hogar

10/03/26.
Fecha entricada Día Mes Año

Sección 1
PSDF

Nombres

Apellido paterno

Género

Fecha de nacimiento

Dirección

Villa / Población

Comuna

Teléfono 1

2) Antecedentes

2.1 ¿Cuánto tiempo vive en esta casa?

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?

SI → ¿Cuál?

NO

2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?

SI → ¿Cuáles?

NO

Talleres municipales

Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad

Junta de vecinos

Iglesia o agrupaciones religiosas

Clubes de personas mayores

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?

*Selección múltiple

OS: Ku-70



Red Local de Apoyos y Cuidados

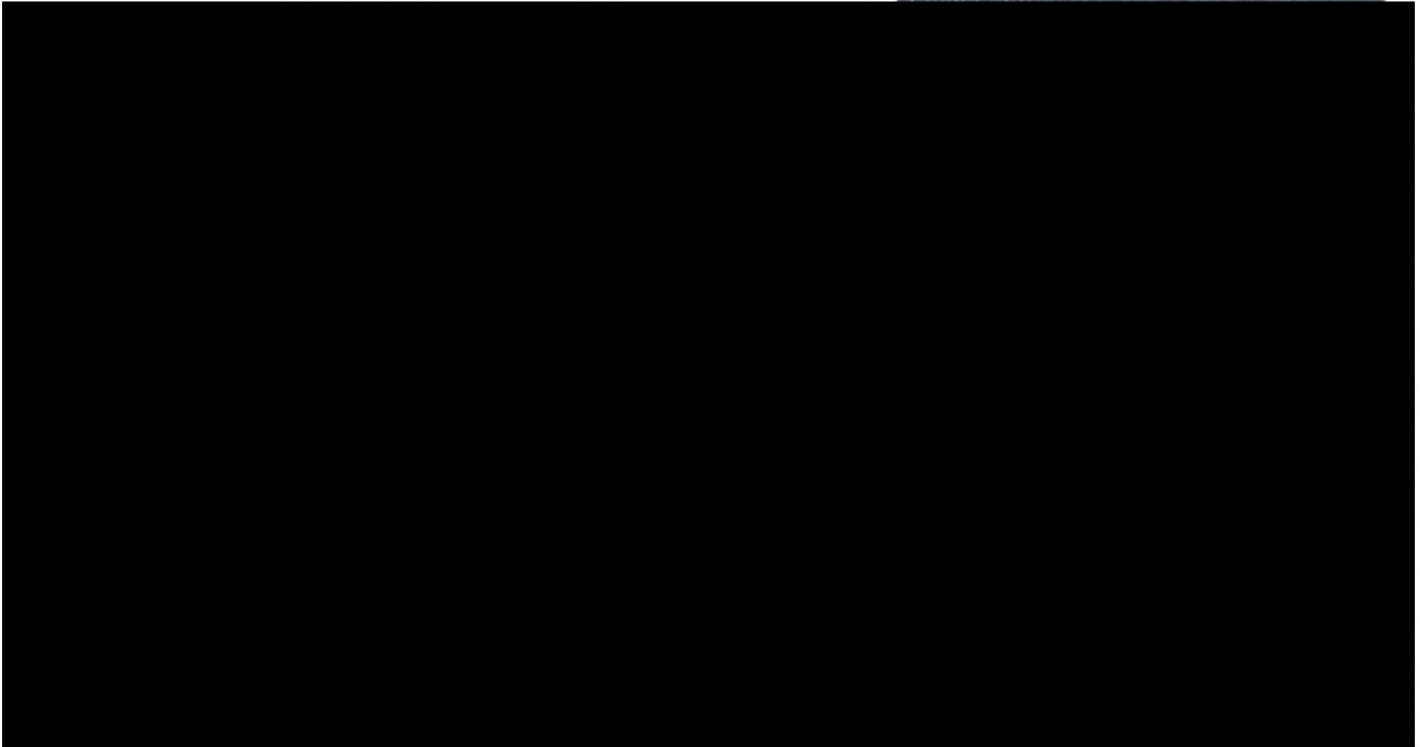
Chile Cuida
Red Nacional de Apoyos y Cuidados

PC N°06

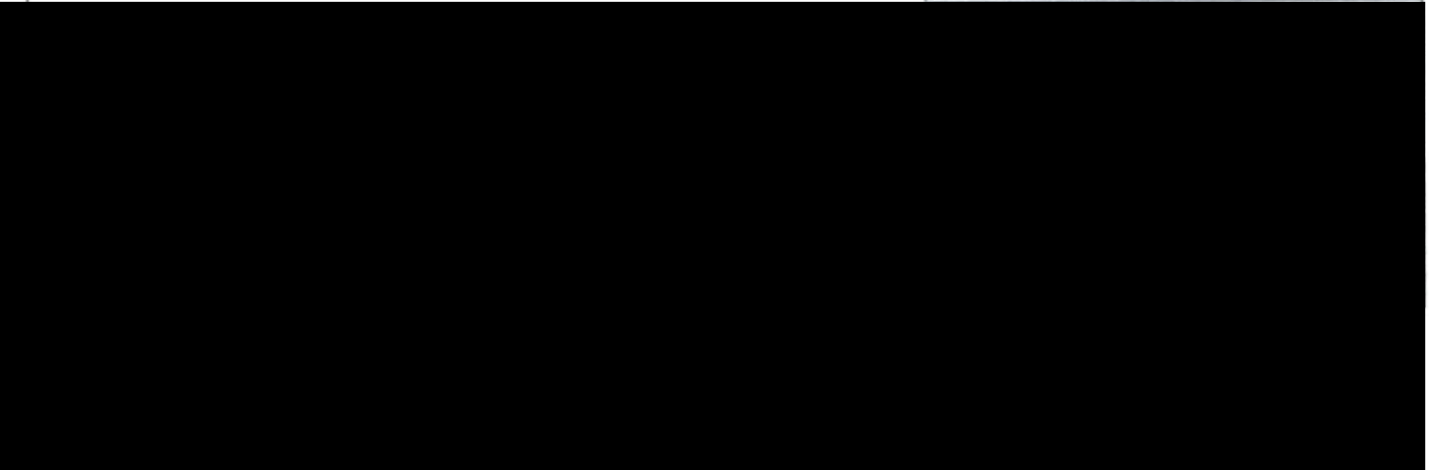
Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

12/03/24.



2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? <i>San Juan Severo</i> 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?	





Red Local
"Apoyos
y Cuidados"

Chile
Cuida
Red Nacional de Apoyos y Cuidados

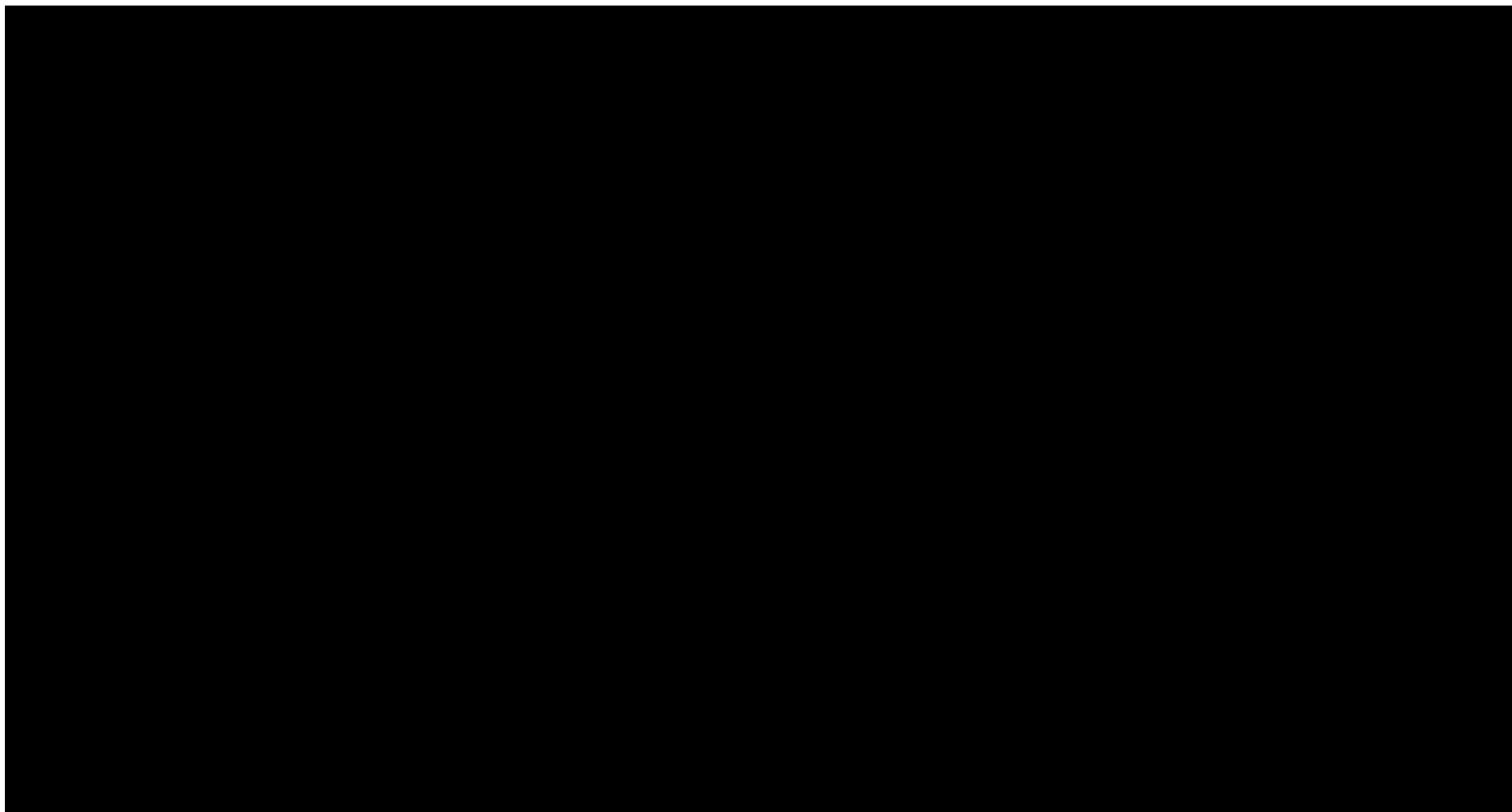
PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia
funcional y los cuidados

100705
ID Hogar

10/03/20

Fecha de Evaluación



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
-





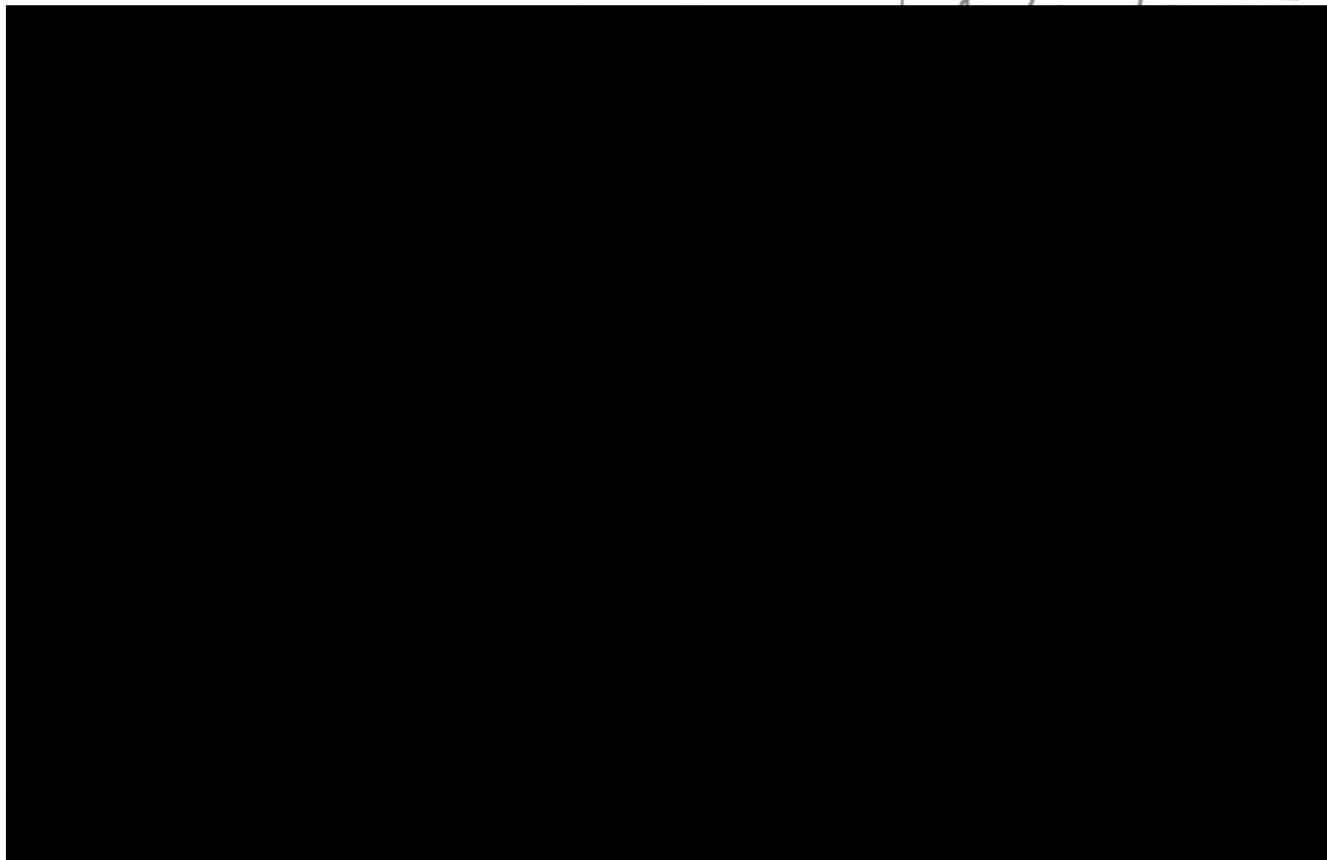
Red Local
de Apoyos
y Cuidados



PC N°06

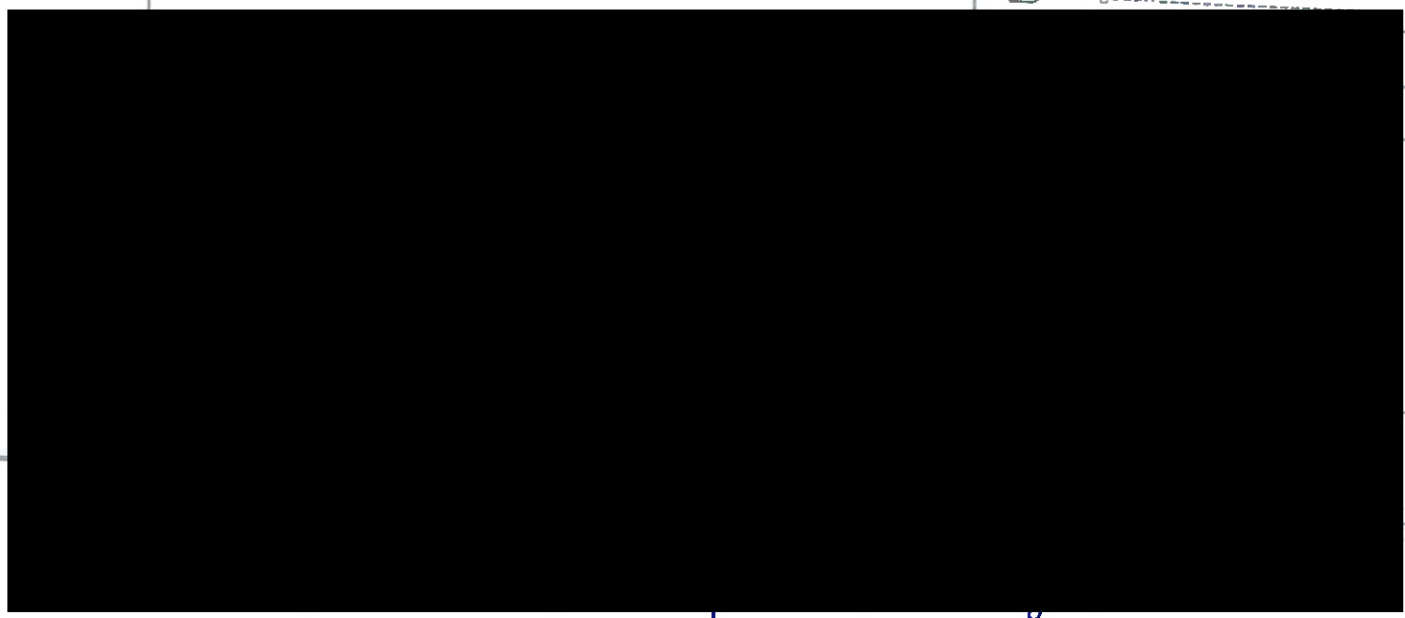
Instrumento de validación de la dependencia
funcional y los cuidados

114117
ID Hogar



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? _____





Red Local de Apoyos y Cuidados

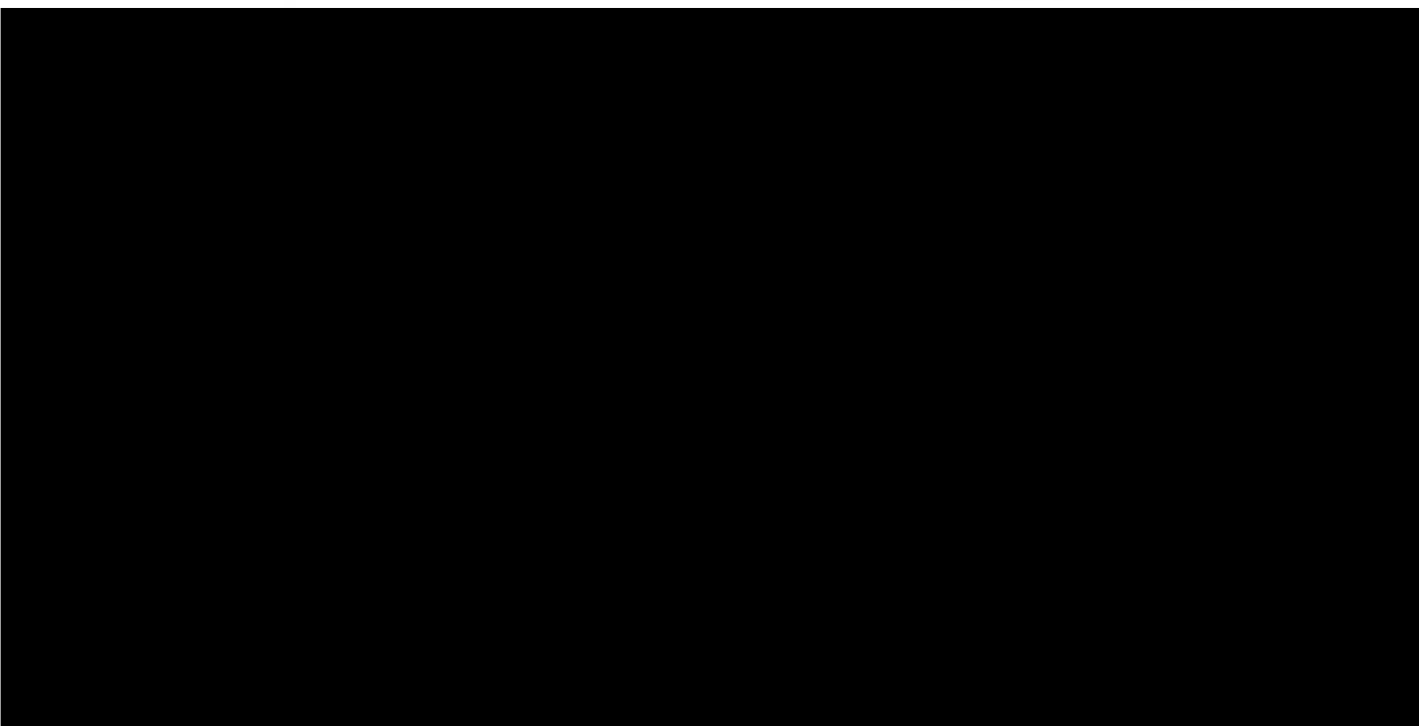


PC N°06

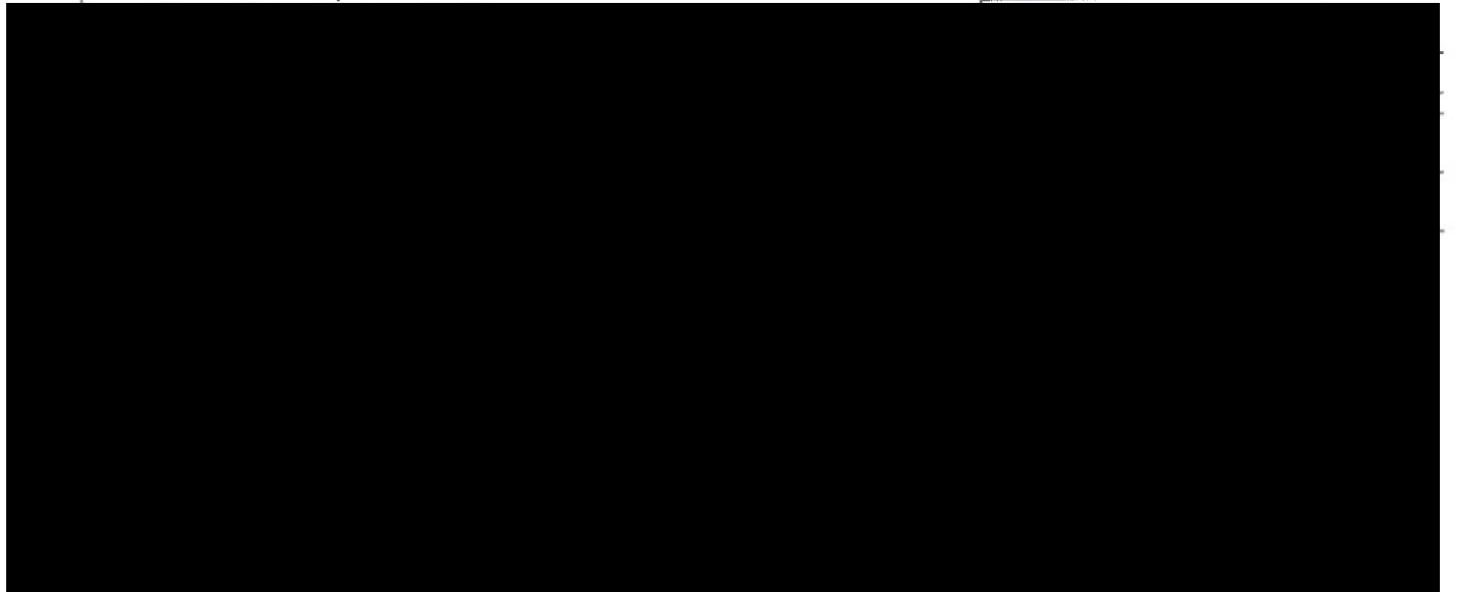
Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

123472
ID Hogar

26-02-26
Fecha entrevista: Día / Mes / Año



2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? <i>Santa Rosa</i> 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	<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





Red Local de Apoyos y Cuidados

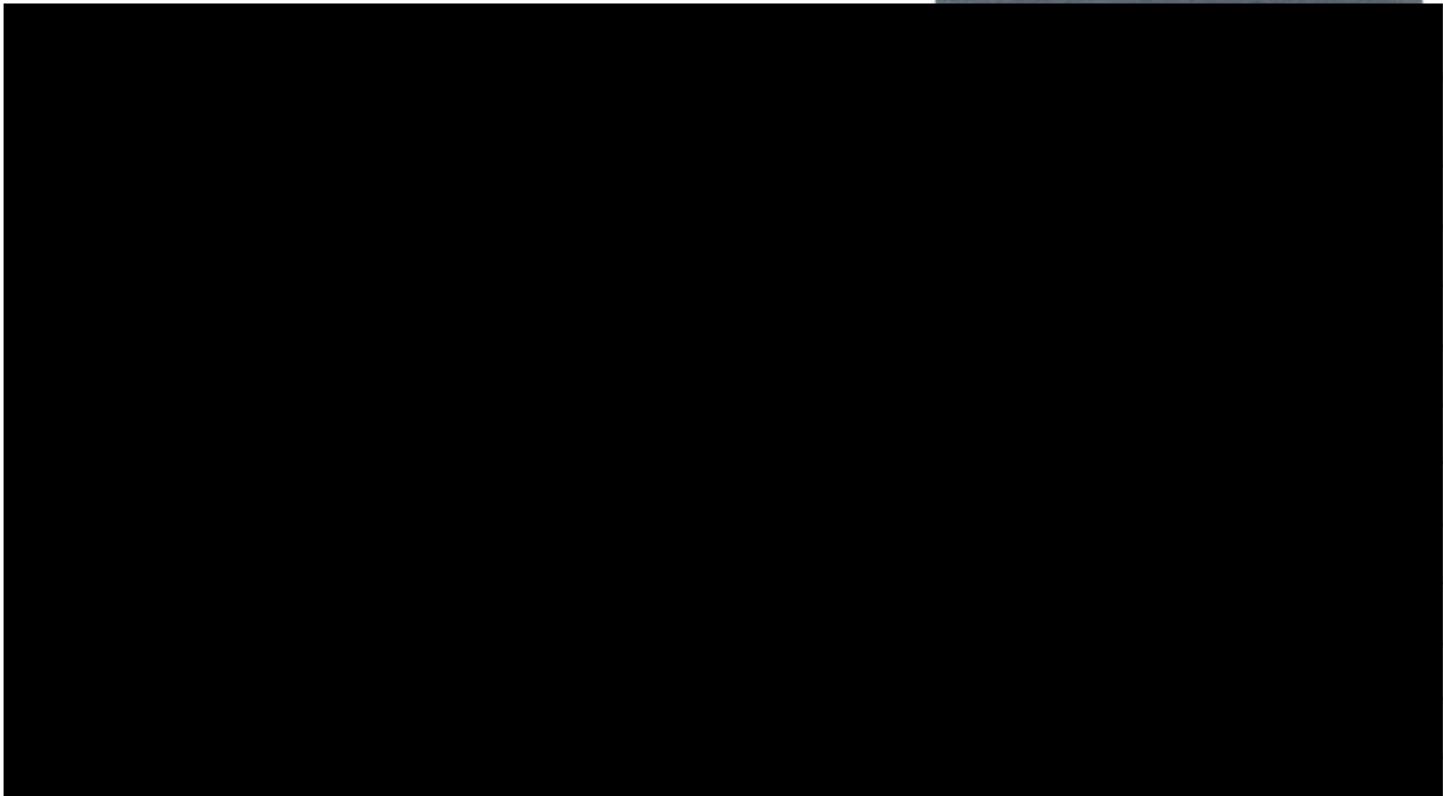


PC N°06

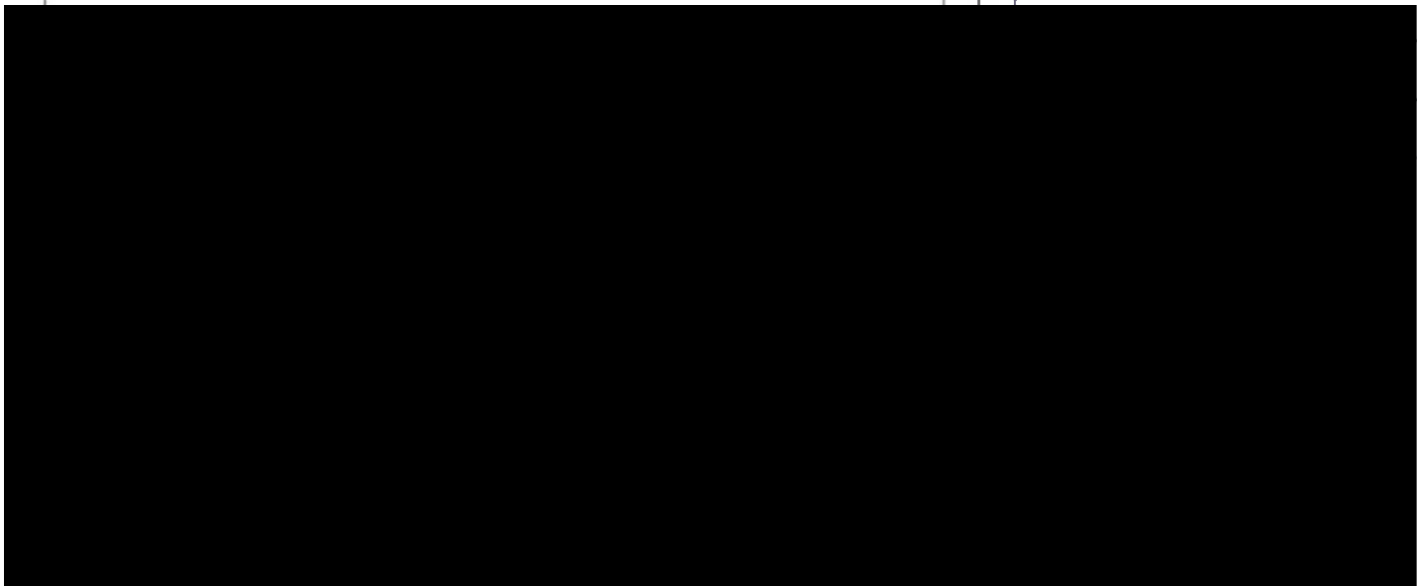
Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

95502
ID Hogar

26-02-26



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"/>	





Programa
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**



PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

102598

ID Hogar

25/02/2020

Fecha entrevista: Día / Mes / Año



2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? <i>Jimnástico</i> NO <input type="checkbox"/>
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuáles? NO <input type="checkbox"/>
2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades? *Selección múltiple	<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





Red Local
"Apoyos
Y Cuidados"

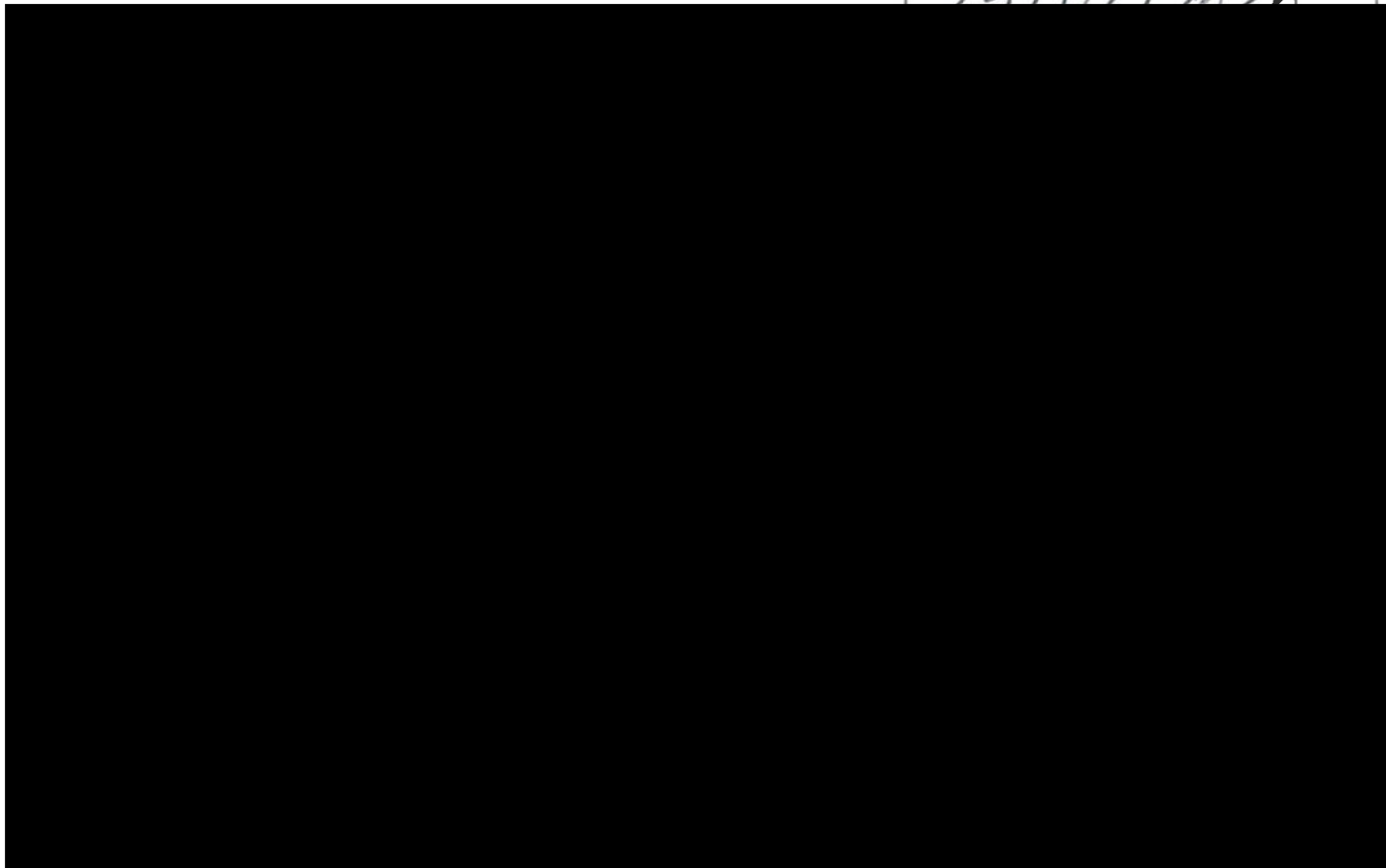
Chile
Cuida
Red Nacional de Apoyos y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

114175
ID. Hogar

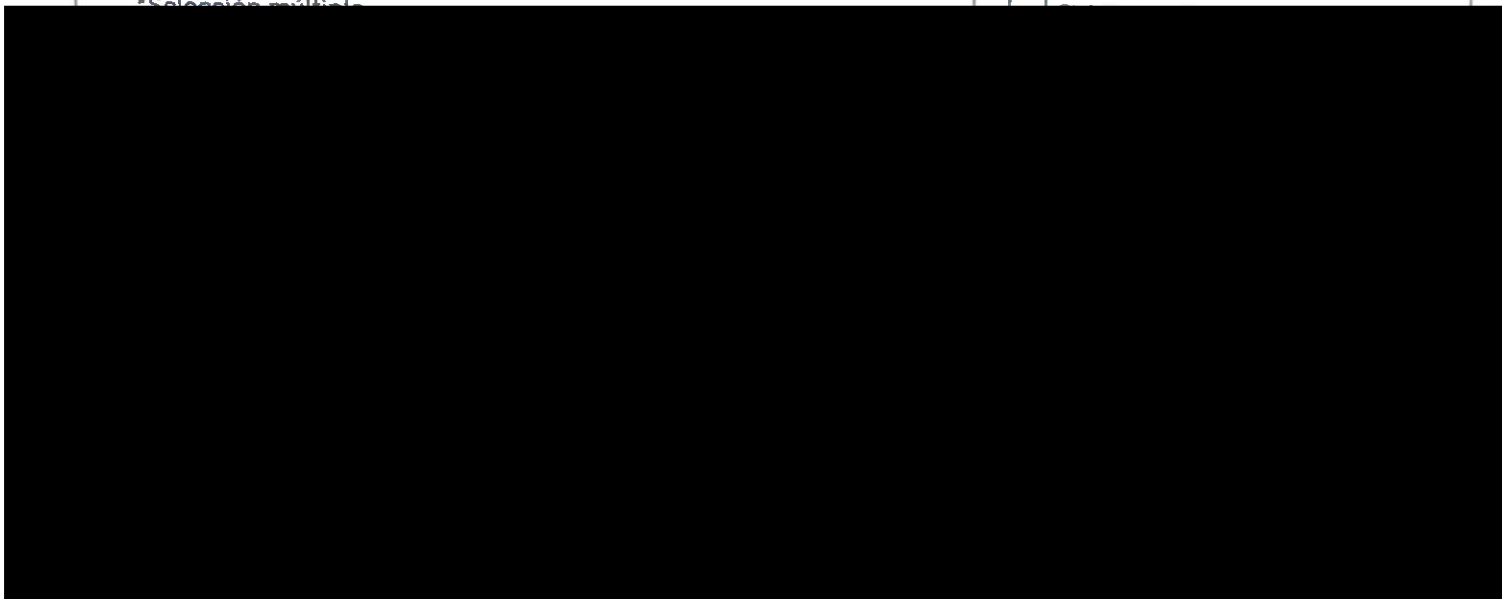
23/07/2026



2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?

*Selección múltiple

- Talleres municipales
- Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad
- Junta de vecinos
- Iglesia o agrupaciones religiosas
-





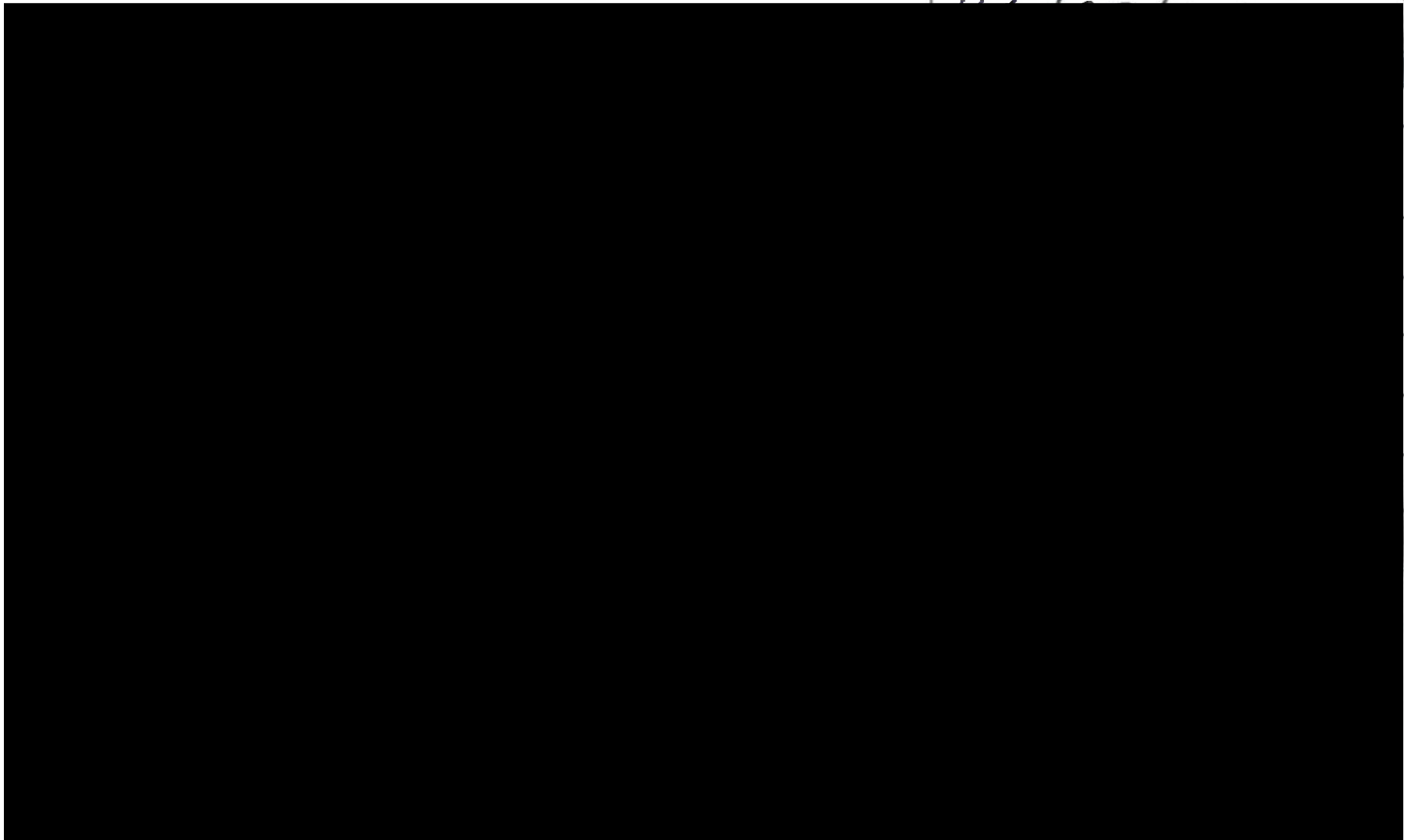
Red Local
de Apoyos
y Cuidados

Chile
Cuida
Red Nacional de Apoyos y Cuidados

PC N°06

Instrumento de validación de la dependencia
funcional y los cuidados

98025
ID Hogar



¿... actividad constante fuera de la casa?

SI → ¿Cuáles? NO

Talleres municipales

Actividades recreativas organizadas por agrupaciones de la comunidad

Junta de vecinos

Iglesia o agrupaciones religiosas

Clubes de personas mayores

Clubes deportivos

2.4 ¿En el último año ha participado de alguna de las siguientes organizaciones o actividades?

*Selección múltiple

*Personas mayores de 18 años

