



**INFORME DE PAGO MENSUAL**

**Funcionario: Camilo Andrés Donaire San Martín**



**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 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 psicología y plan de intervención asociado al programa usuarios de los cuales:

**Calendario de actividades mes Febrero**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>23</b> Capacitación administrativo	<b>24</b> Capacitación administrativo	<b>25</b> Capacitación administrativo	<b>26</b> Capacitación administrativo	<b>27</b> Capacitación administrativo
Gestión de casos	Gestión de casos	Gestión de casos	Gestión de casos	Gestión de casos
Validaciones: Luis Guillermo José González Ester Rodríguez	Validaciones: Lindor Vargas Felisa Fuentes	Se asiste a apoyar a entrega de "botón de emergencia"	Validaciones: Joaquín Segura Felipe Eriza	



oey

**Calendario de actividades mes Marzo**

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<p><b>2</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Validaciones: Francisca Jérez Nicole Jérez Julieta Hernández Agustín Hernández</p>	<p><b>3</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Visitas domiciliarias: Isabel Quiroz Miguel Fuentes Brígida González</p>	<p><b>4</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Se asiste a reunión de Red en Kaplan</p>	<p><b>5</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Visitas domiciliarias: Yasmín Molina María Cerda Daniel Cornejo</p>	<p><b>6</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p>
<p><b>9</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Visitas domiciliarias: Eduardo Quintana Brígida González Miguel Fuentes</p>	<p><b>10</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Visitas domiciliarias: Manuel Faúndez Evaristo Cea Leonides Barrera Guillermina Villa Mario Vásquez Marcia Valderrama Juan Arenas</p>	<p><b>11</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Visitas domiciliarias: Eduardo Molina Hermann Ortiz Juan Arenas Manuel Faúndez</p>	<p><b>12</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Validaciones: Silvia Cea José Mori</p>	<p><b>13</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p>
<p><b>16</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p>	<p><b>17</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Visitas domiciliarias: Miguel Fuentes Isabel Quiroz</p>	<p><b>18</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Visitas domiciliarias: Martín Cuevas Violeta Ramírez Carlos Soto</p>	<p><b>19</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Visitas domiciliarias: Guillermina Villa Evaristo Cea Leonides Barrera Juan Arenas</p>	<p><b>20</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Visitas domiciliarias: Jasmín Ortiz Luz Díaz Martín Cuevas Violeta Ramírez Carlos Soto Zelma Ojeda</p>
<p><b>23</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Visitas domiciliarias: Martín Cuevas Violeta Ramírez</p>	<p><b>24</b> Capacitación administrativo</p> <p>Gestión de casos</p>			

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



of

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

Asisto y participo en reuniones del equipo referentes a:

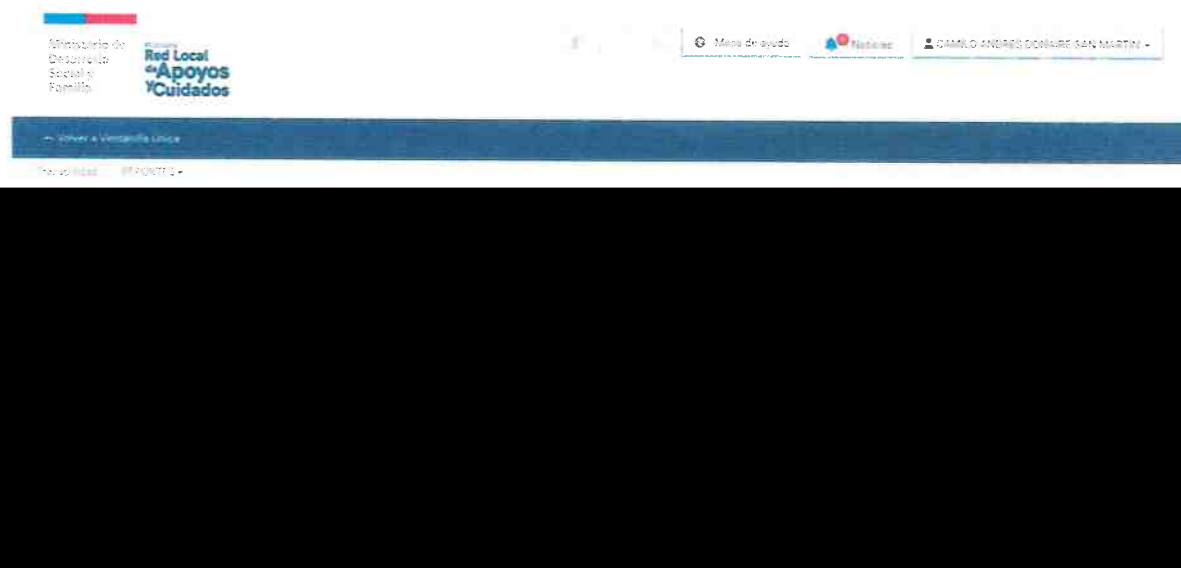
Reunión equipo PRLAC donde se registran nuevos ingresos y se entrega información relevante.

- **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.**

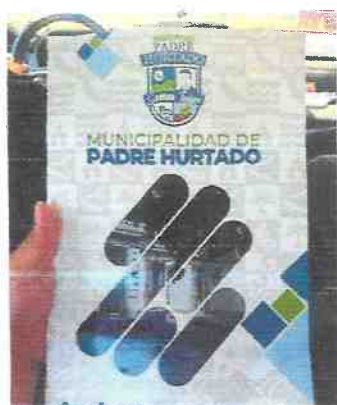
Se realizan informes y se ingresa a plataforma Red Local de apoyos y Cuidados del Ministerio de Desarrollo social y Familia.



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 apoya en entrega en terreno de "botón de emergencia".

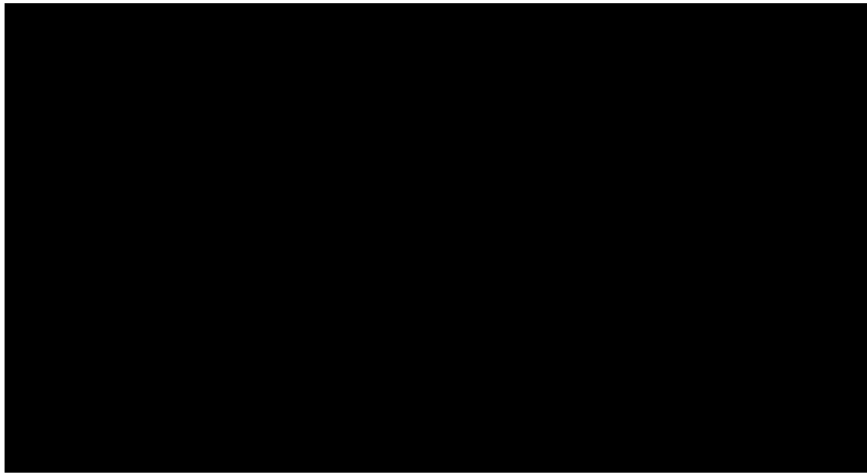




**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario



PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
Y Cuidados**





TRABAJO ADMINISTRATIVO

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

Hora 8:30 - 17:30 hrs.

Comuna Padre Hurtado

Lugar de realización

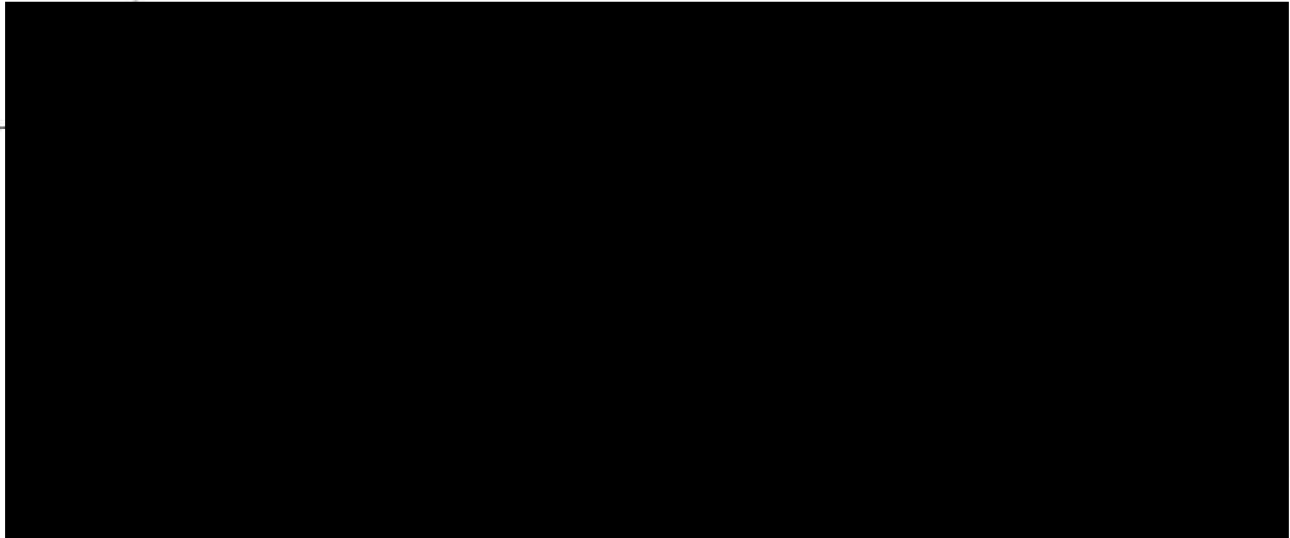
Participantes



Red Local de Apoyos y Cuidados

Nombre Apellido	Cargo, institución o Programa	Correo electrónico
Maccione Rogelio	Kinesiología	
Mansueti, Abella, Pilcok	Terapeuta Ocupacional	
Carlo Inara	Historiador	
Alison Aguero	Psicóloga	

N°	Ternas de trabajo
	Gestión de Casos.











REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Kinesióloga	
1 ID	131400	
Nombre Usuario/Cuidadores	Isabel Urrutia	
2 ID	55527	
Nombre Usuario/Cuidadores	Miguel Fuentes	
3 ID	44302	
Nombre Usuario/Cuidadores	Sylvia Forziere	
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 en salud y autocuidado



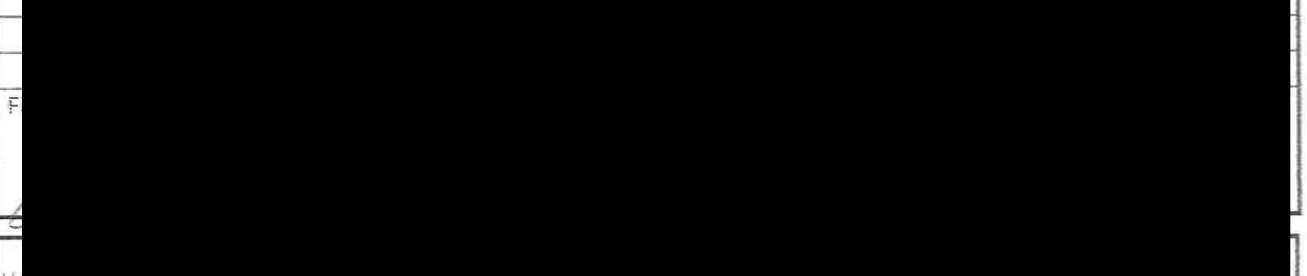
Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 03/03/20	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 03/03/20	
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	
2-3-5-7-11	
Observaciones	



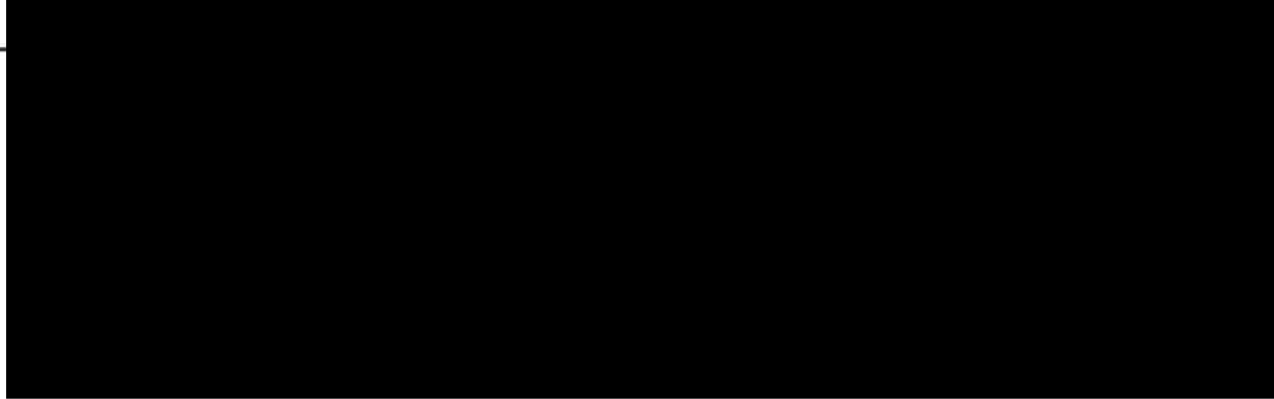
Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 03/03/20	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
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	



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





REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Gerontología
1 ID	12082
Nombre Usuario/Cuidadores	Yazmin Molina
2 ID	59040
Nombre Usuario/Cuidadores	Maria Berda
3 ID	59041
Nombre Usuario/Cuidadores	Daniel Cornejo
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	

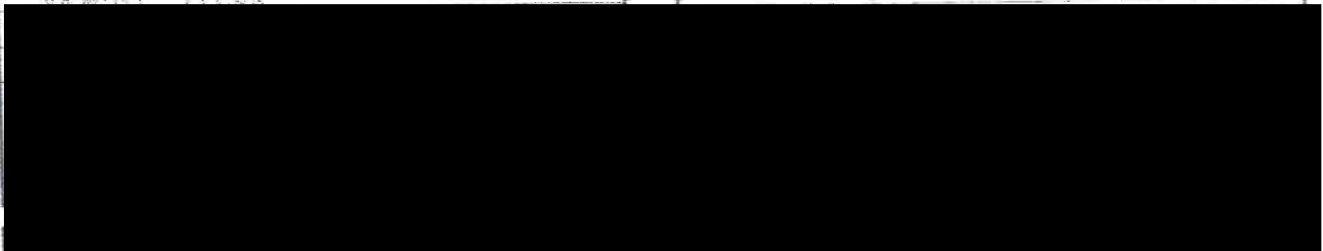
N°	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	Movilidad y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de dolencias físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	Autonomía en las actividades diarias 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 en salud y autocuidado



4

Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5-03-26	
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:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Vicente Arana	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/3/26	
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	
2-3-5-7-11	
Observaciones	



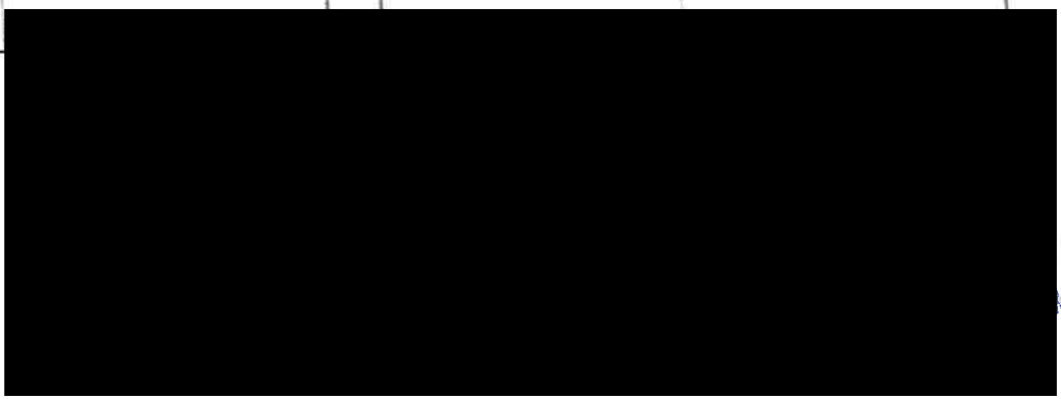
Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 5/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Daniel Garza	

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	
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

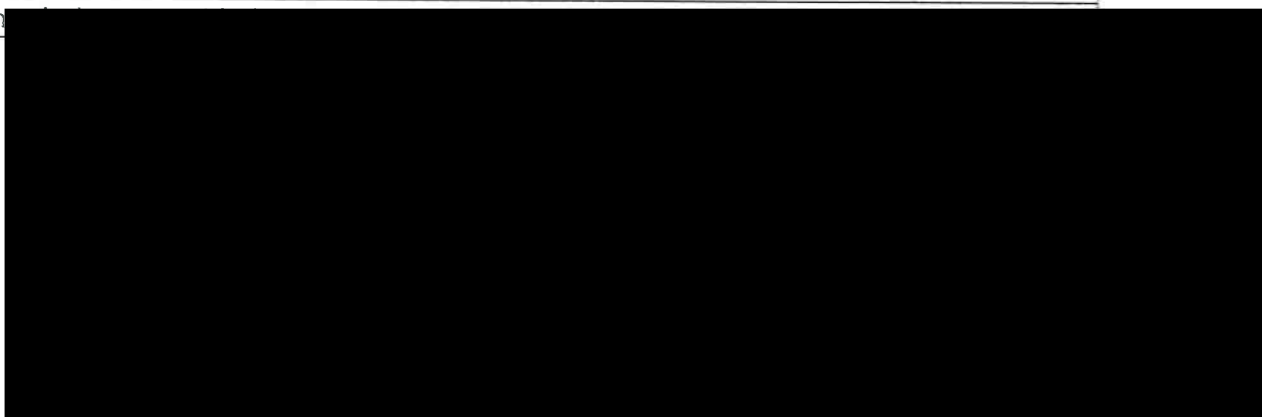


4

REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

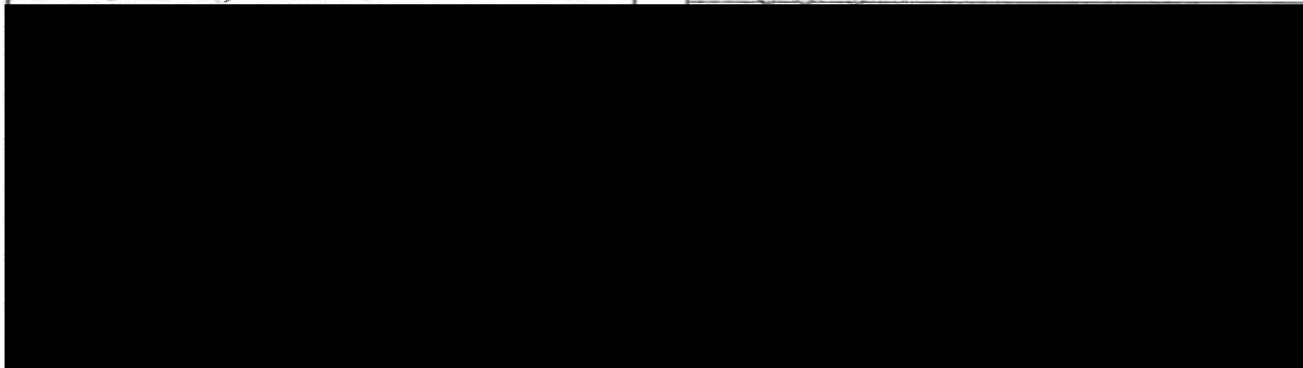
Especialidad	Invidente	
1 ID	168180	
Nombre Usuario/Cuidadores	Eduardo Urbina	
2 ID	443271	
Nombre Usuario/Cuidadores	Deyan Jordán	
3 ID	155522	
Nombre Usuario/Cuidadores	Nicol Fuentes	
4 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
5 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
6 ID		
Nombre Usuario/Cuidadores		
7 ID		
Nombre 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 en



Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 9/13/16	
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	
2-3-5-7-11	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 9/13/16	
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	
2-3-5-7-11	



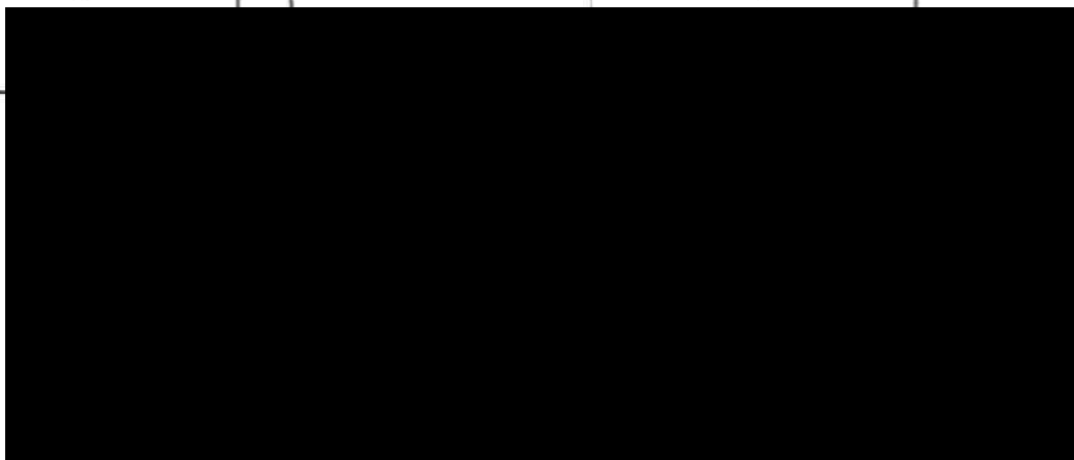
Fecha de sesión: 9/13/16	Sesión
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Liquid works	

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:	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

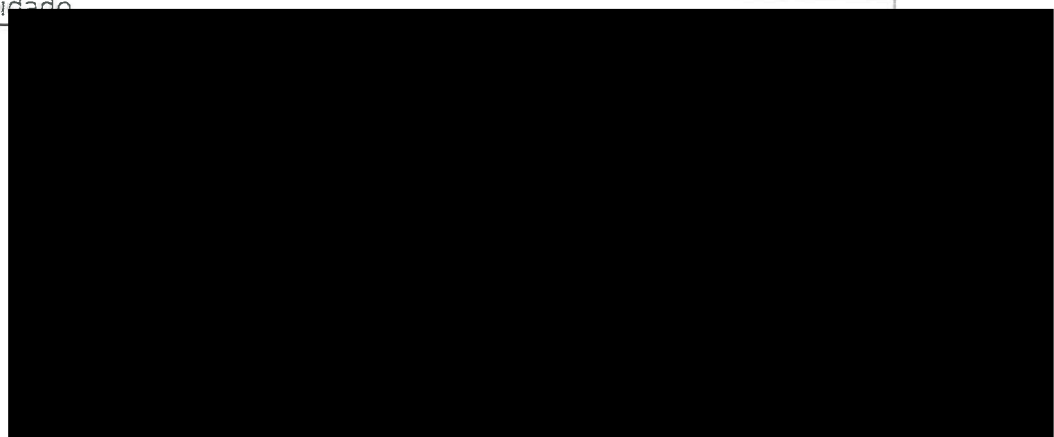




REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Neurología
1 ID	80401
Nombre Usuario/Cuidadores	Usoel Fariñez
2 ID	19261
Nombre Usuario/Cuidadores	Everisto Lea
3 ID	19261
Nombre Usuario/Cuidadores	Leonides Barrera
4 ID	19261
Nombre Usuario/Cuidadores	Julianmun Ulla
5 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
6 ID	44343
Nombre Usuario/Cuidadores	Mario Vasquez
7 ID	44343
Nombre Usuario/Cuidadores	Maria Valdivia
8 ID	50521
Nombre Usuario/Cuidadores	Juan Adams
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 en salud y autocuidado



Horario: 09:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/03/26	
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:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Daniel Fariña	

Horario: 10:30	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/03/26	
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:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Eunodo Coa	



Fecha de sesión: 10/03/26	N° de 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	
4-7-11	
Observaciones	
Leonidas Barco	

Fecha de sesión: 10/03/26	N° de 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	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Blanca Villa	



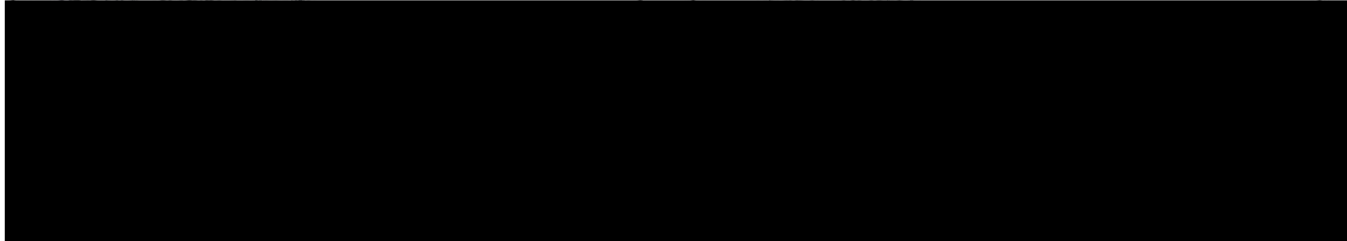
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	

Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/03/26	
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:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Mario Vazquez	



Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 6/07/11	
Realizado: Si <input checked="" 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	
4-7-11	
Observaciones	
MADON / ANDRETTA	

Horario: 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 6/07/11	
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	
6-3-7-7-11	
Observaciones	
[Redacted]	

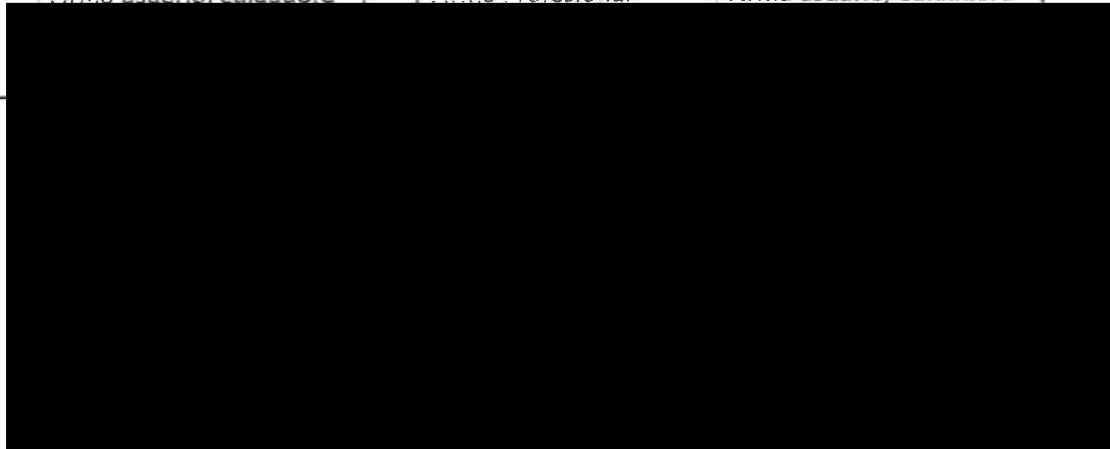


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional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

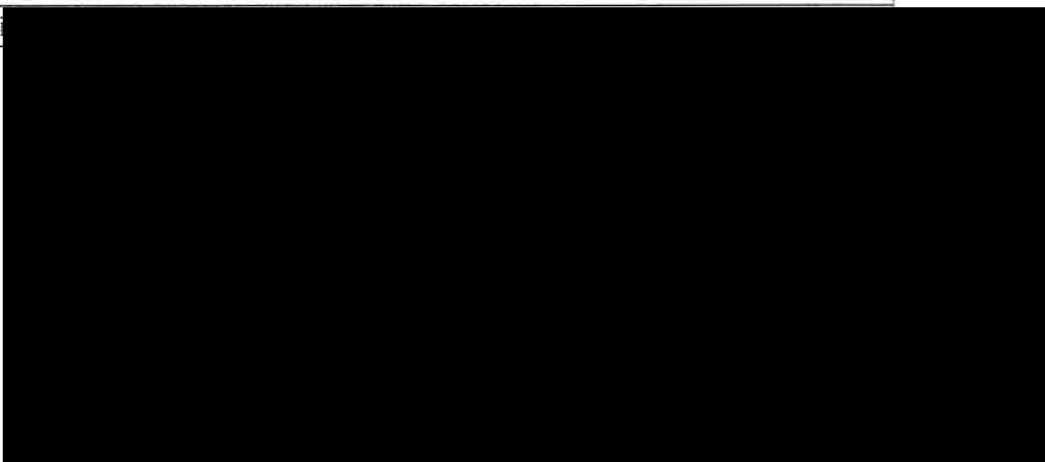




REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Gerontología
1 ID	10902
Nombre Usuario/Cuidadores	Edmundo Valenzuela
2 ID	055201
Nombre Usuario/Cuidadores	Marcelo Ortiz
3 ID	05521
Nombre Usuario/Cuidadores	Juan Araya
4 ID	05521
Nombre Usuario/Cuidadores	Marcelo Ortiz
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 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 en salud y autocuidado



Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/3/26	
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	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
[Handwritten notes]	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/3/26	
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	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
[Handwritten notes]	



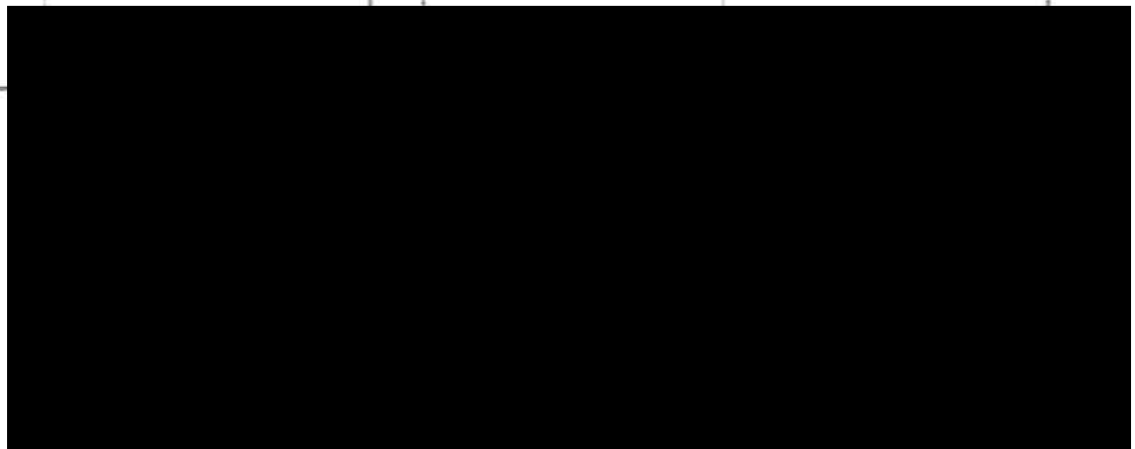
Horario: 12:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
[Handwritten notes]	

Horario: 13:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 11/3/26	
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	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
[Handwritten notes]	



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

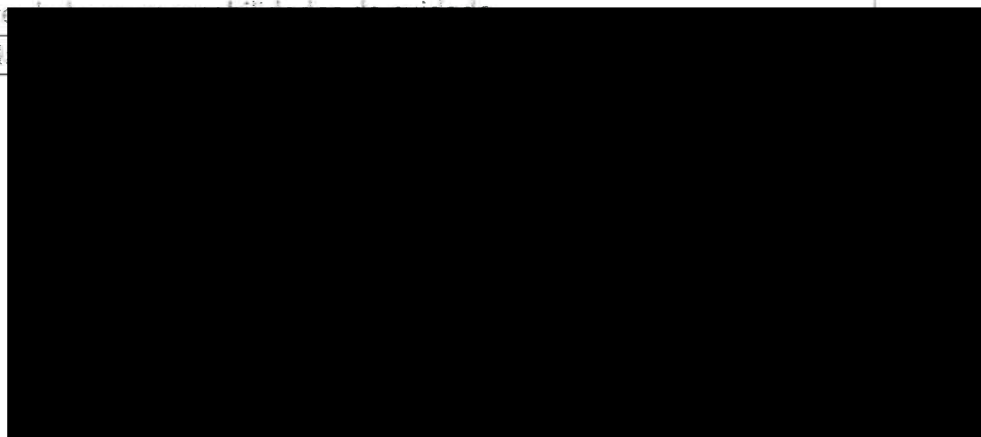
Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional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



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Gerontología
1 ID	55522
Nombre Usuario/Cuidadores	Liliana Torres
2 ID	55522 151400
Nombre Usuario/Cuidadores	Isabel Torres
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 la dependencia
11	Bienestar en salud y autocuidado



Horario: 10:00	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 12/05/11	
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	
Observaciones	

Horario: 11:00	N° de Sesión:
Fecha de sesión: 12/05/11	
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	
Observaciones	



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

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

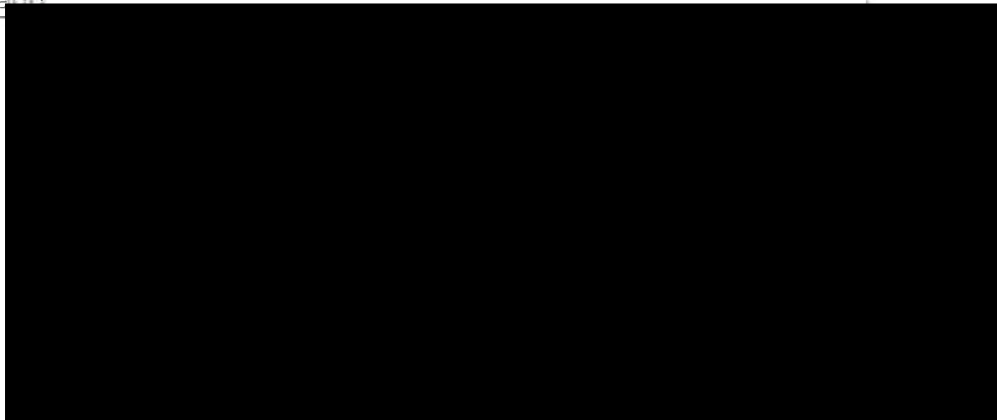
Horario:	N° de Sesión:
Fecha de sesión: / /	
Realizado: Si / No	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

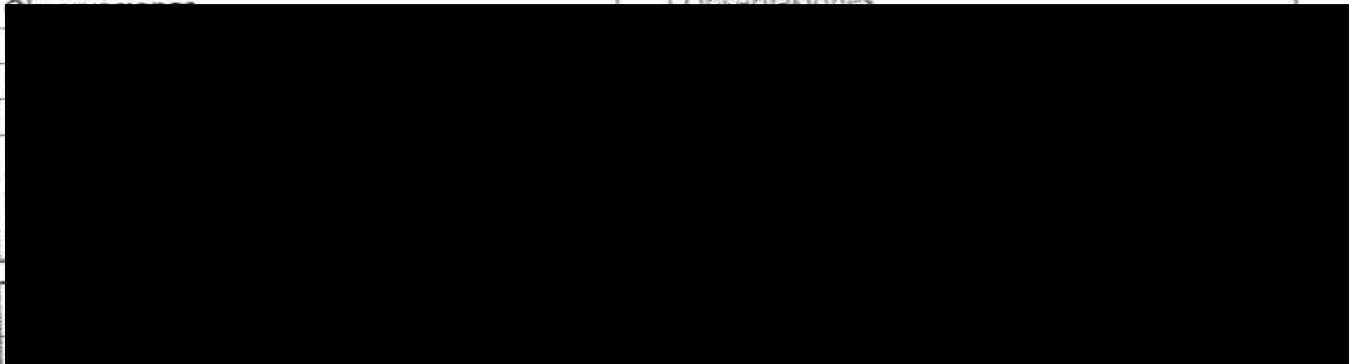
Especialidad	Geriatría
1 ID	44324
Nombre Usuario/Cuidadores	Marta Urrutia
2 ID	44324
Nombre Usuario/Cuidadores	Viviana Romero
3 ID	55500
Nombre Usuario/Cuidadores	Patricio Soto
4 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
5 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
6 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
7 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
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 en salud y autocuidado



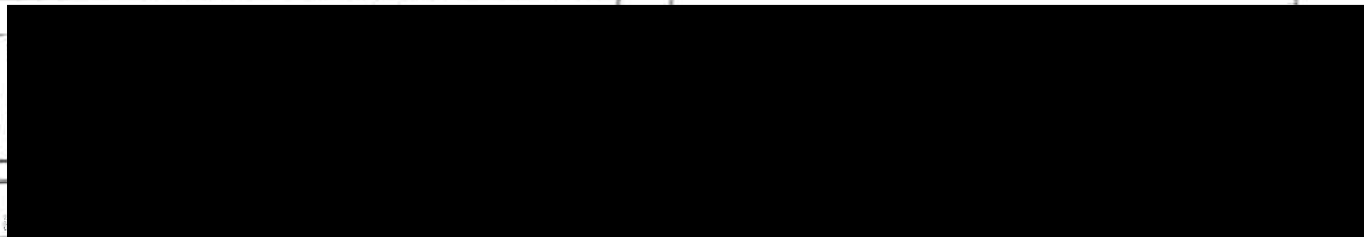
Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
23-5-7-11	
Observaciones	

Horario: 11:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 10/3/26	
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	
4-7-11	
Observaciones	



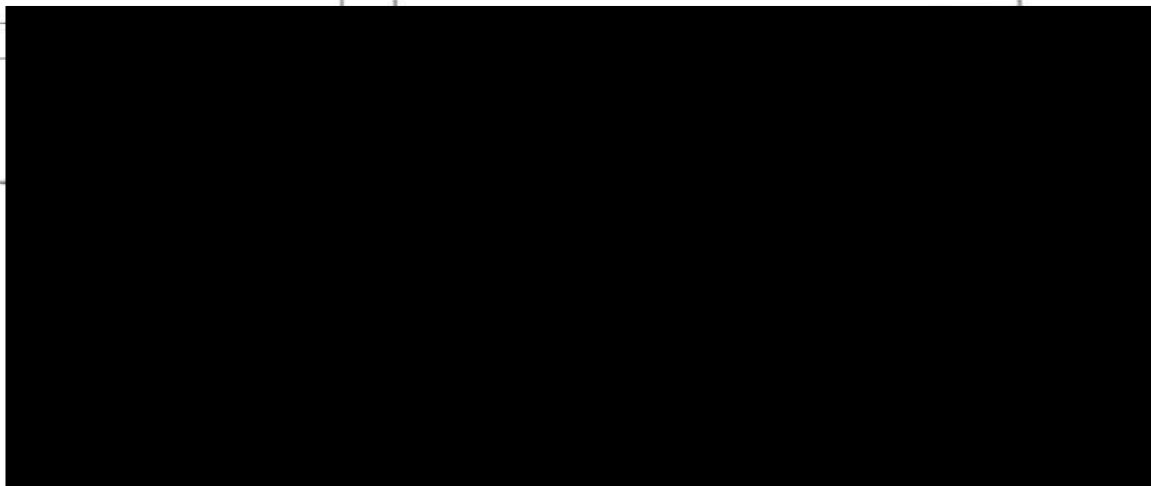
Fecha de sesión: 10/3/26	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Solo	

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	
Firma Profesional	

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	19361
Nombre Usuario/Cuidadores	J. Mónica Ulla
2 ID	19261
Nombre Usuario/Cuidadores	Lucas Cea
3 ID	19261
Nombre Usuario/Cuidadores	Lucas Cea
4 ID	55521
Nombre Usuario/Cuidadores	Juan Pérez
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 la atención a las personas con dependencia
11	Bienestar en salud y autocuidado



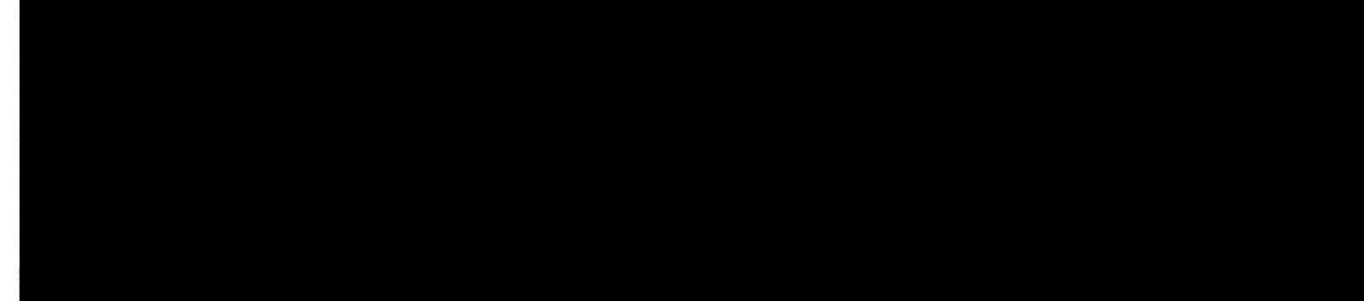
Horario:	N° de Sesión	
Fecha de sesión: 19/08/11		
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input checked="" type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Servicio entregado:		
SSEE Ámbitos		
2-3-5-7-11		

Horario:	N° de Sesión	
Fecha de sesión: 19/08/11		
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		
2-3-5-7-11		



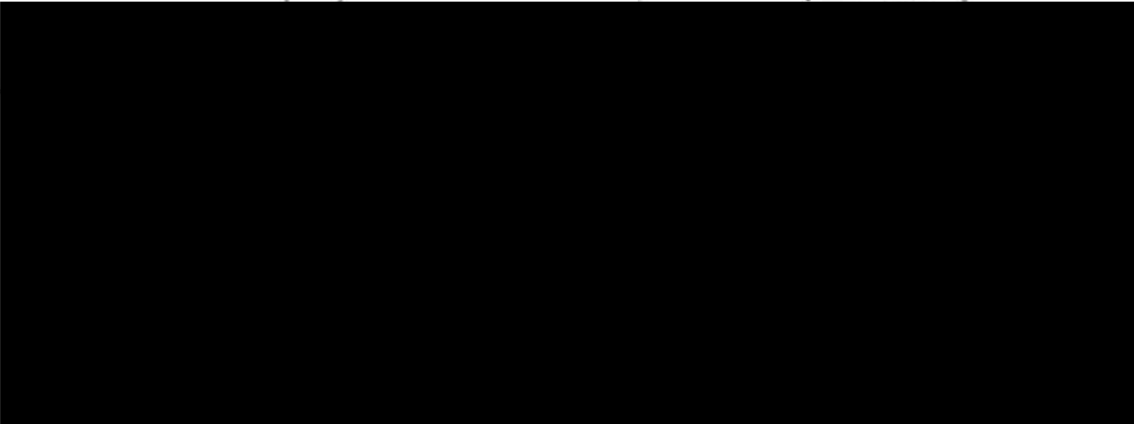
Fecha de sesión: 19/08/11	Sesión	
Realizado: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/>	CP <input checked="" type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Servicio entregado:		
SSEE Ámbitos		
4-5-11		
Observaciones:		

Fecha de sesión: 19/08/11	Sesión	
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		
2-3-5-7-11		
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		
Firma Profesional	Firma usuario/Cuidadora	

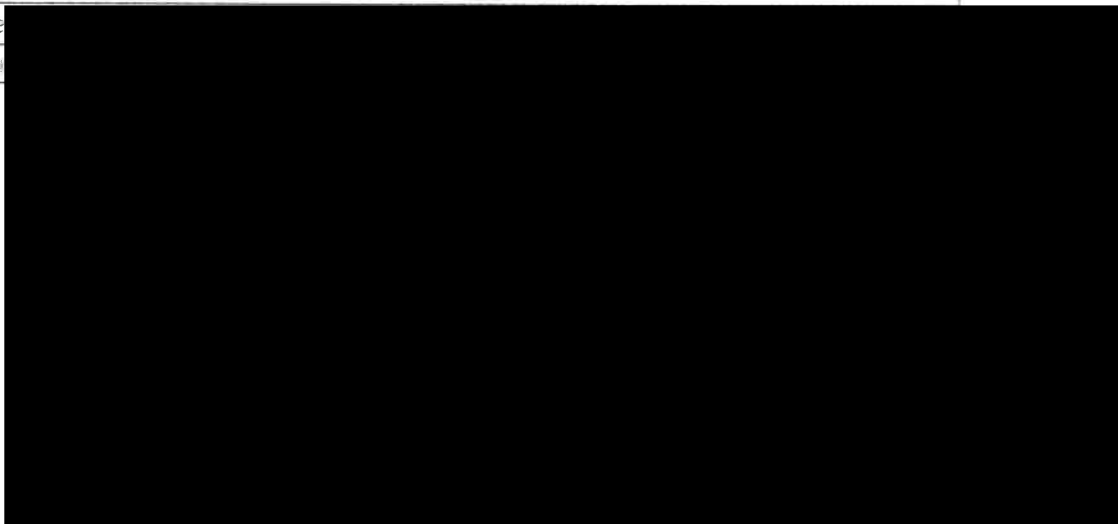
Horario:	N° de Sesión	
Fecha de sesión: / /		
Realizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Servicio entregado:		
SSEE Ámbitos		
Observaciones		
Firma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



REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

Especialidad	Gerontología	
1 ID		11109
Nombre Usuario/Cuidadores	Jovino Ulre	
2 ID		11109
Nombre Usuario/Cuidadores	Cruz Cruz	
3 ID		44324
Nombre Usuario/Cuidadores	Violeta Cuevas	
4 ID		44324
Nombre Usuario/Cuidadores	Violeta Cuevas	
5 ID		55500
Nombre Usuario/Cuidadores	Carlos Soto	
6 ID		139180
Nombre Usuario/Cuidadores	Edna Osada	
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 e
11	Bienestar en salud y au



Horario: 10:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/07/16	
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	
2-3-5-7-11	
Observaciones	
Jornal Orbe	

Horario: 10:45	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/07/16	
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	
4-7-11	
Observaciones	
WZ DSE	



Horario: 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/07/16	
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	
2-3-5-7-11	

Horario: 15:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/07/16	
Realizado: Si <input checked="" 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	
2-3-5-7-11	
Observaciones	



Horario: 16:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/07/16	
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	
2-3-5-7-11	

Horario: 17:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 20/07/16	
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	
2-3-5-7-11	

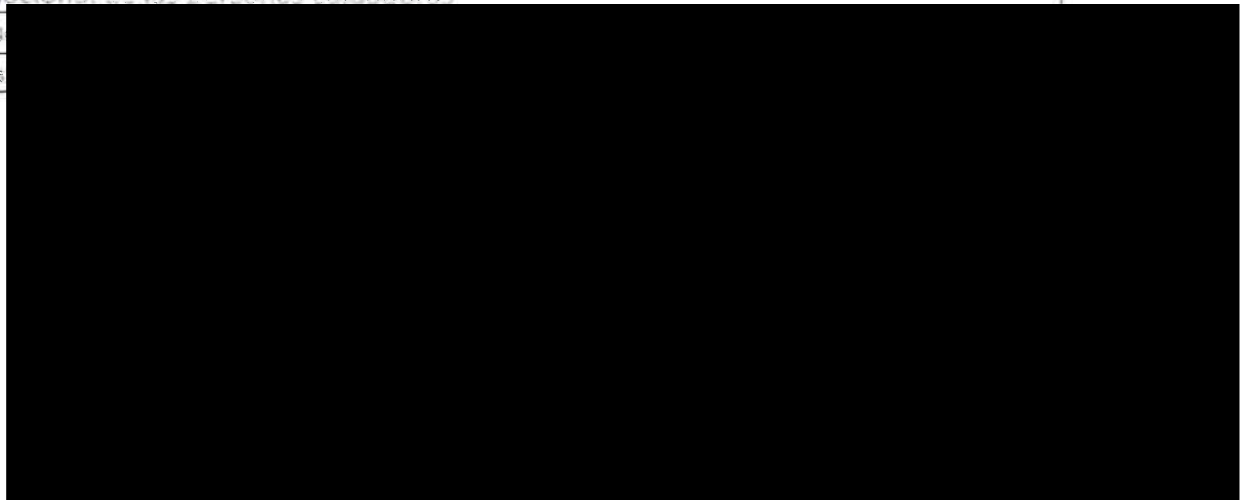




REGISTRO DE ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SS.EE.

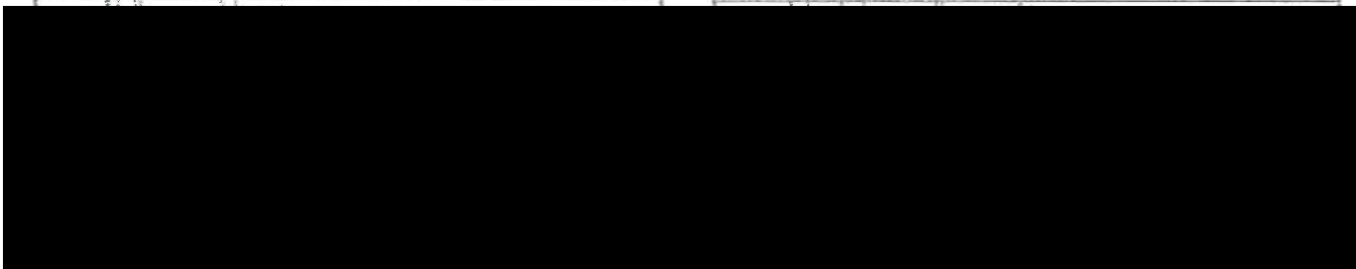
Especialidad	<i>Neurología</i>
1 ID	<i>44529</i>
Nombre Usuario/Cuidadores	<i>Marta Cuevas</i>
2 ID	<i>44529</i>
Nombre Usuario/Cuidadores	<i>Marta Cuevas</i>
3 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
4 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
5 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
6 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
7 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
8 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
9 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	
10 ID	
Nombre Usuario/Cuidadores	

Nº	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
1	Evaluación especializada
2	<b>Movilidad</b> y funcionalidad de las personas con dependencia
3	Prevención de las complicaciones de salud por dismovilidad
4	Prevención de <b>dolencias</b> físicas y disminución de la sobrecarga física en personas cuidadoras
5	<b>Autonomía</b> en las actividades diarias y participación en la vida cotidiana
6	<b>Rescate, adaptación</b> o mantenimiento de ocupaciones y proyectos de vida
7	Accesibilidad física y social
8	<b>Corresponsabilidad</b> familiar y comunitaria
9	<b>Sobrecarga</b> emocional de las personas cuidadoras
10	Procesos de du
11	Bienestar en sa



Horario: 16:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/3/16	
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 2-3-5-7-11	
Observaciones	

Horario: 14:00	N° de Sesión
Fecha de sesión: 23/3/16	
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 4-5-11	
Observaciones	

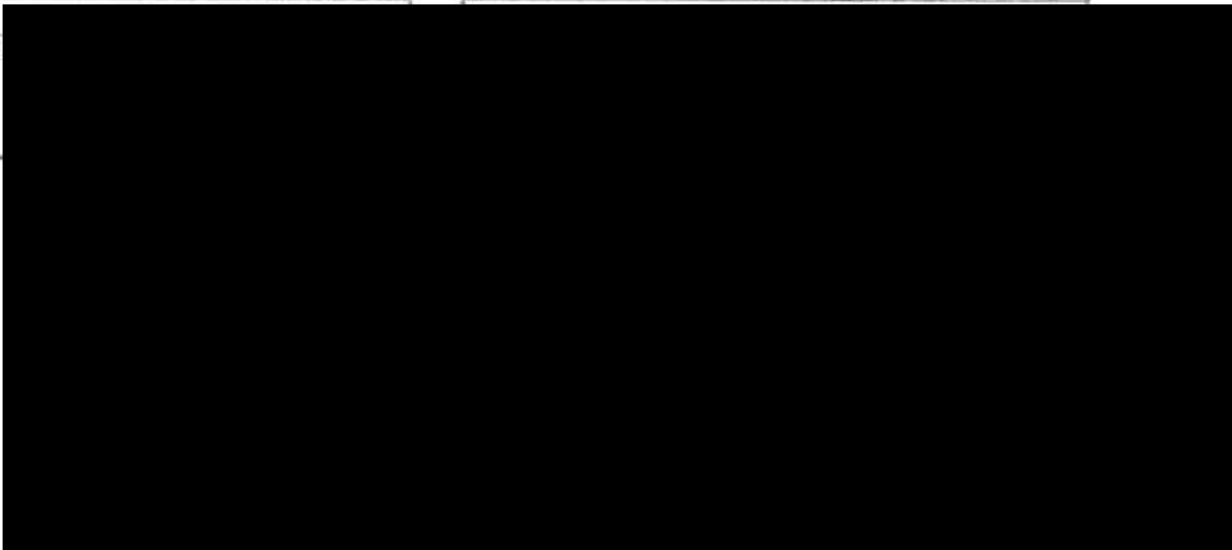


Horario:	N° de Sesión
Fecha de sesión: / /	
Realizado: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PDSF <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>
Incidencias* SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Servicio entregado:	
SSEE Ámbitos	
Observaciones	
Firma Profesional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





PROGRAMA 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

23-07-2026  
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 (independencia)**

Nombres	Jose Ayulo	Ru	[Redacted]
Apellido paterno	Jordán	Apellido materno	Lopez
Género	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre social	(cómo quiere ser llamado/a)
Fecha de nacimiento	[Redacted]	Edad actual	[Redacted]
Dirección	[Redacted]	N°	2 Dpto.
Villa / Población	[Redacted]	Otras referencias	[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 5 años

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

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? .....

2.5 [Redacted]



Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

**PC N°03**

**Consentimiento Informado**



ID Hogar

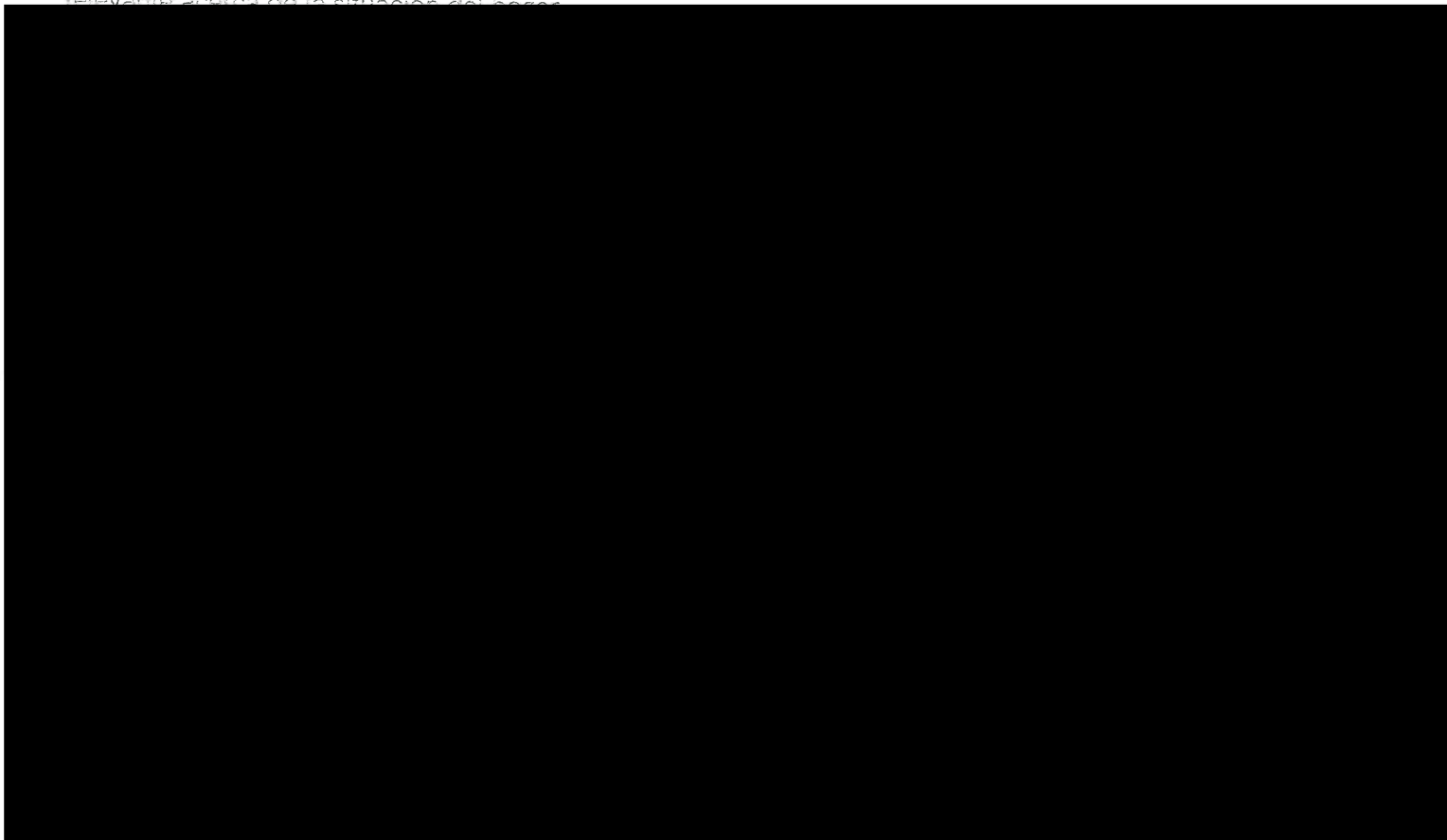
Se nos ha invitado a participar del proceso de validación que realizará el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas en situación de dependencia funcional y su cuidador/a principal.

Estamos informados/as que responder a las preguntas es completamente voluntario y que no significa que nos encontramos participando del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

Estamos en conocimiento de que la información social, familiar, socioeconómica y de salud entregada es confidencial y de uso exclusivo para los fines de dicho programa.

Declaramos haber sido informados/as que la aplicación de validación no generará necesariamente beneficios directos inmediatos.

A su vez, nos comprometemos a no entregar información falsa, parcial o adulterada, ni ocultar información relevante acerca de la situación del hogar.





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

# PC N°03

## Consentimiento Informado



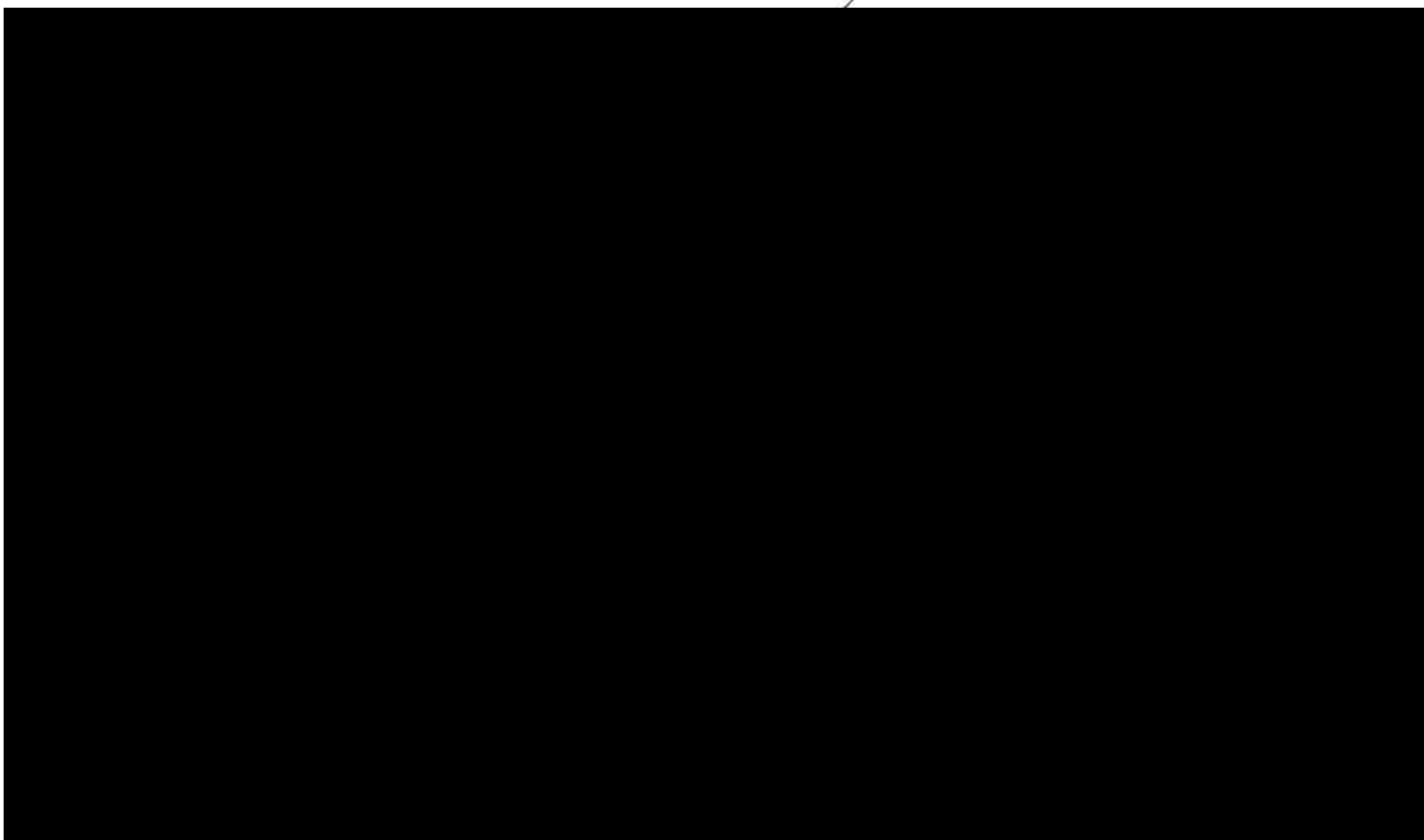
Se nos ha invitado a participar del proceso de validación que realizará el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas en situación de dependencia funcional y su cuidador/a principal.

Estamos informados/as que responder a las preguntas es completamente voluntario y que no significa que nos encontramos participando del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

Estamos en conocimiento de que la información social, familiar, socioeconómica y de salud entregada es confidencial y de uso exclusivo para los fines de dicho programa.

Declaramos haber sido informados/as que la aplicación de validación no generará necesariamente beneficios directos inmediatos.

A su vez, nos comprometemos a no entregar información falsa, parcial o adulterada, ni ocultar información relevante acerca de la situación del hogar.





Red Local de Apoyos y Cuidados



# PC N°06

## Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

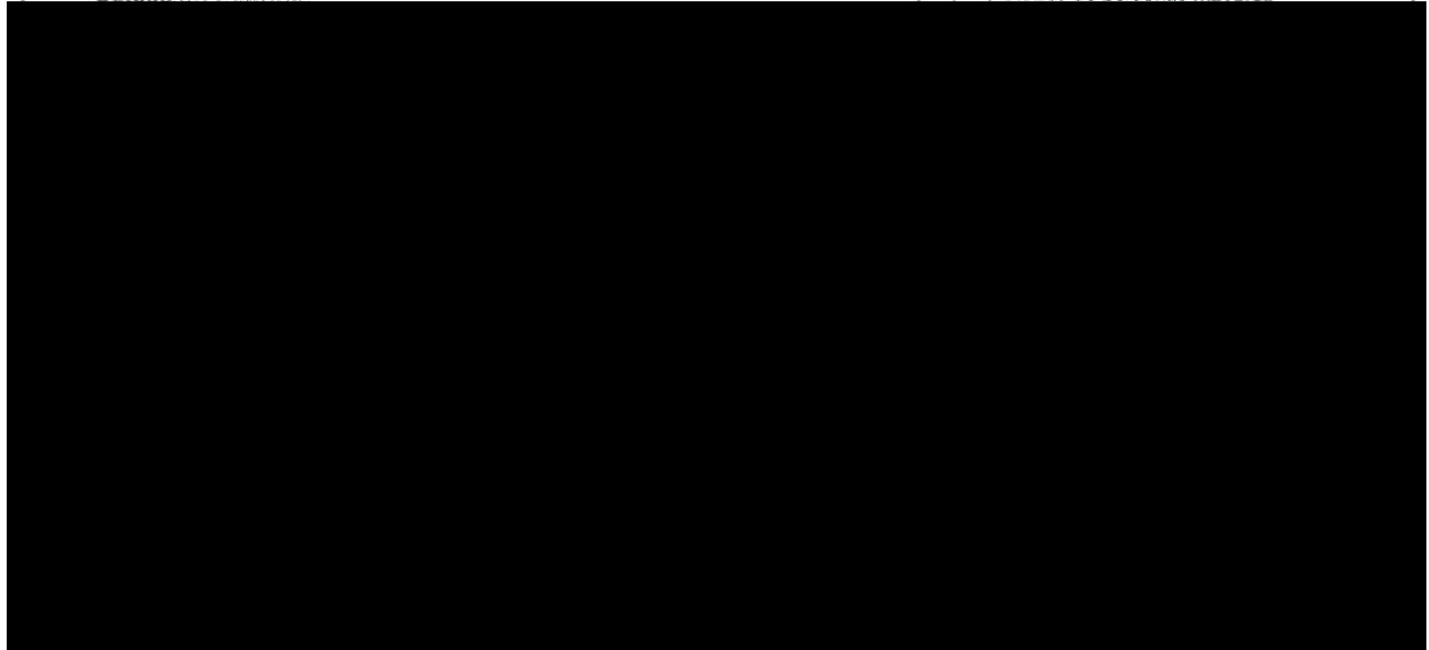
ID Hogar

26 / 02 / 2026  
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

### Sección 1 PSDF 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al

Nombres	
Apellido p	
Género	
Fecha de	
Dirección	
Villa / Pob	
Comuna	
Teléfono	
2) Ante	
2.1 ¿Cuá	

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





Red Local de Apoyos y Cuidados



# PC N°06

## Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

26/02/2026

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

### Sección 1) 1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al PSDF

Nombres

Apellido paterno

Género

Fecha de nacimiento

Dirección

Villa / Población

Comuna

Teléfono

### 2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos

21 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?

Si  → ¿Cuál? J.P.II NO

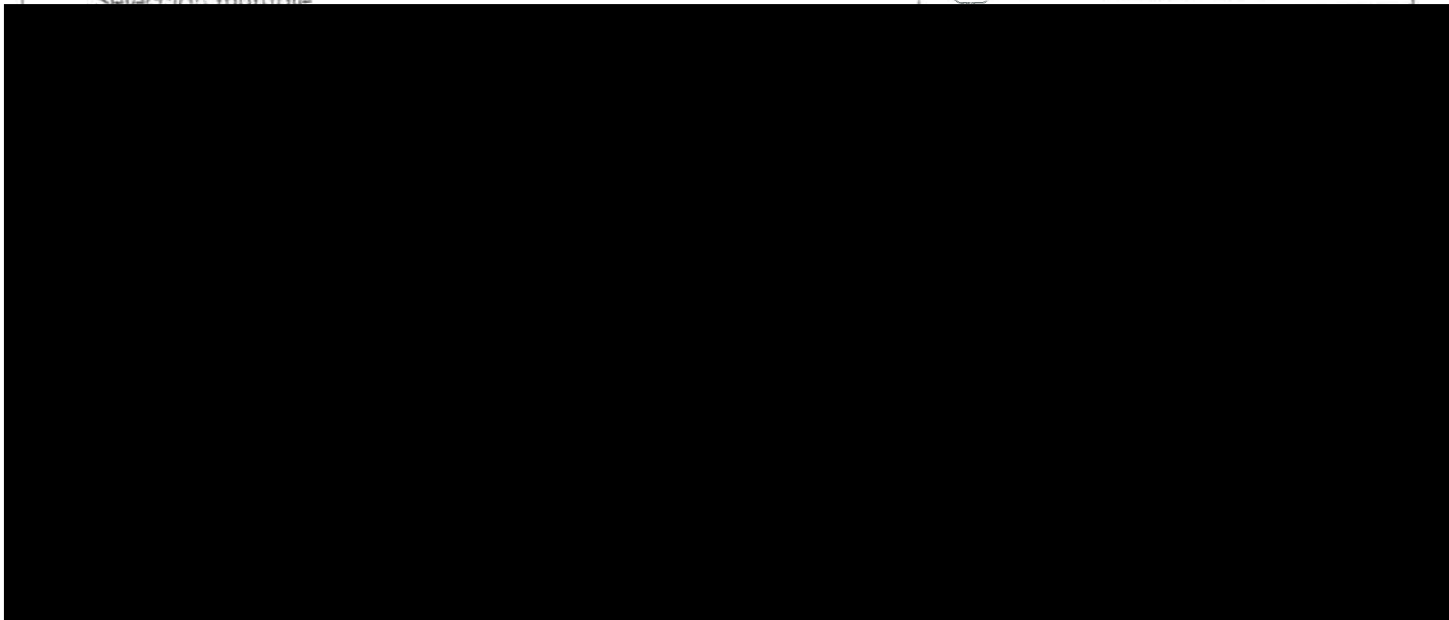
2.3 ¿Desarrolla alguna otra actividad constante fuera de la casa?

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





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

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

23/02/2026

### 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

Apellido paterno

Género

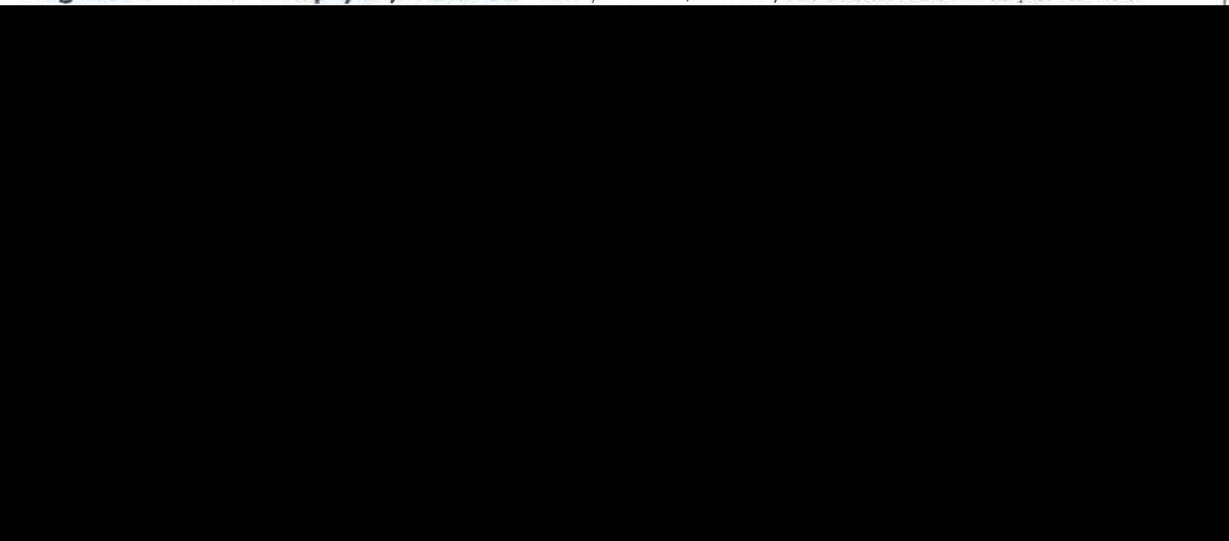
Fecha de nacimiento

Dirección

Villa / Población

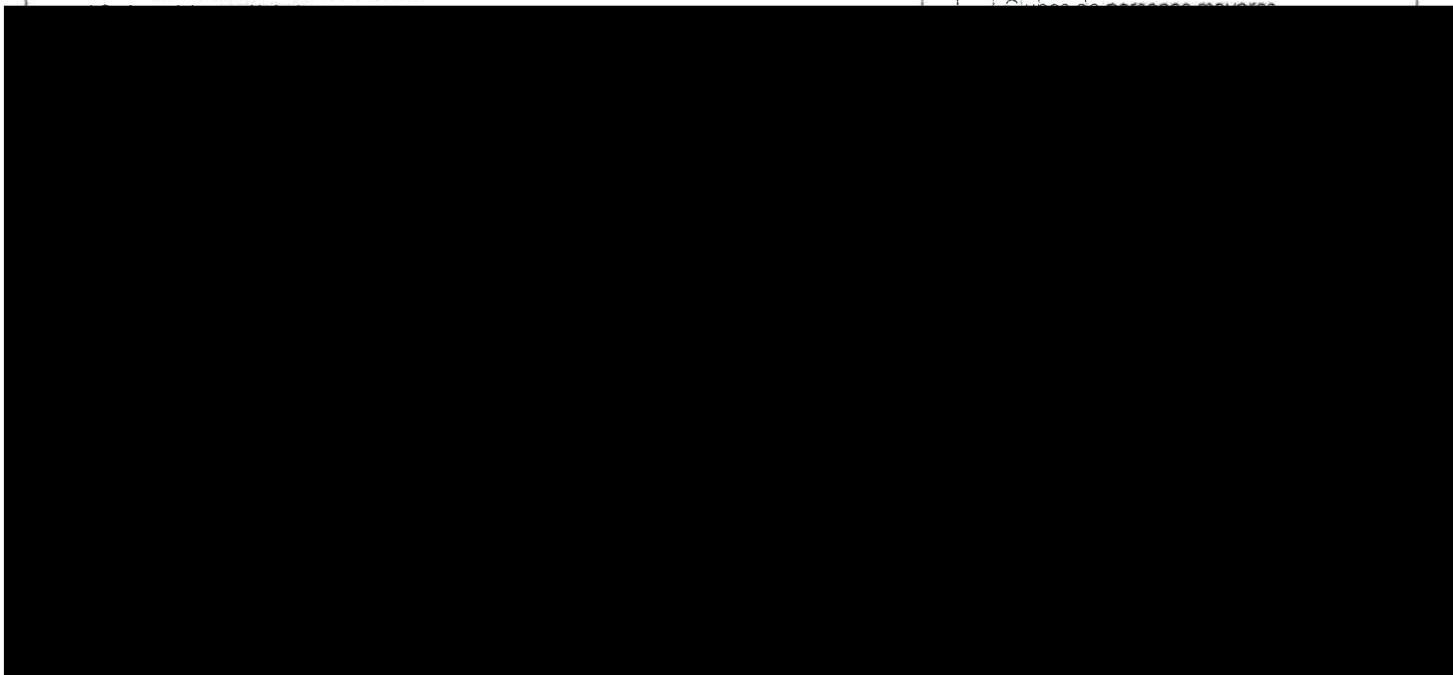
Comuna

Teléfono 1



### 2) Antecedentes

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos	<input checked="" type="checkbox"/> 3 años
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? S.P.II 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?	<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





Programa Red Local de Apoyos y Cuidados



# PC N°06

## Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

Fecha entrevista: Día / Mes / Año

### Sección 1 PSDF

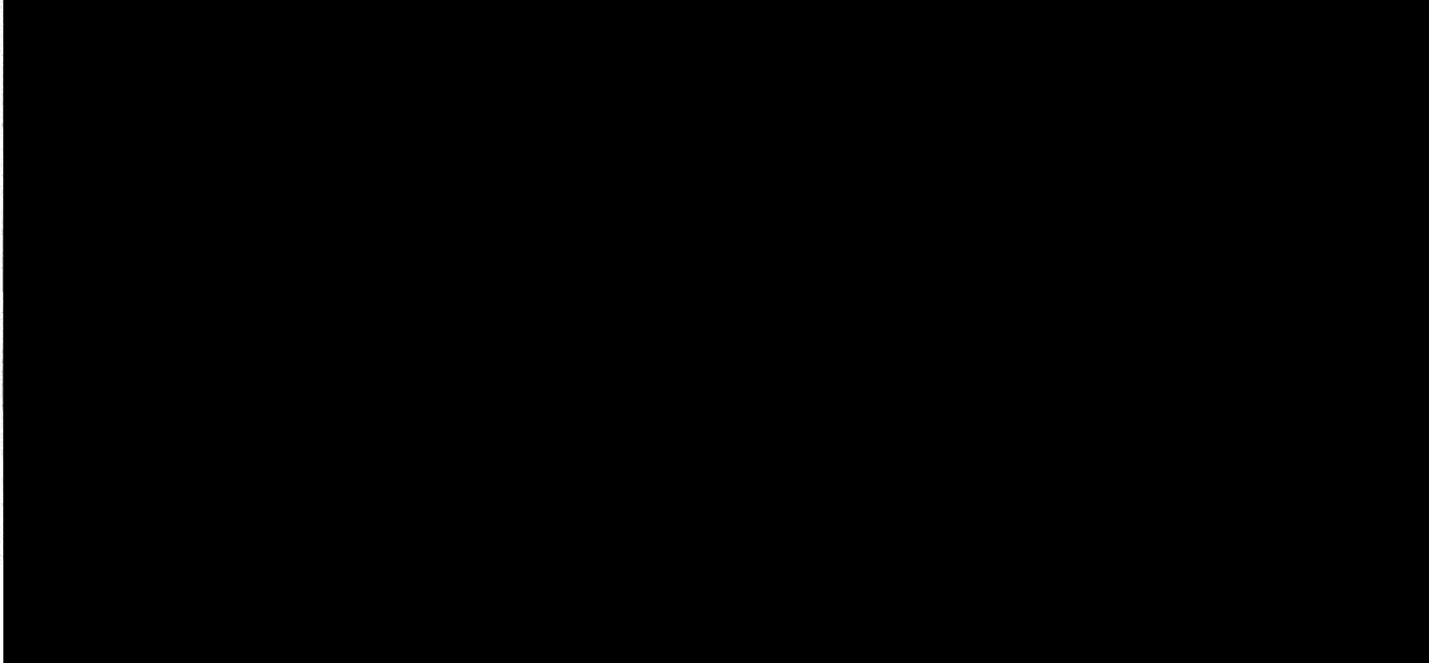
1) Identificación de la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) que requiere acceso al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (incluye niños, niñas y adolescentes en dependencia)

- Nombres
- Apellido paterno
- Género
- Fecha de nacimiento
- Dirección
- Villa / Población
- Comuna
- Teléfono 1



### 2) Antecedentes

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos	<input checked="" type="checkbox"/> 3 años
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? S.P.D. 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





Red Local de Apoyos y Cuidados



# PC N°06

## Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

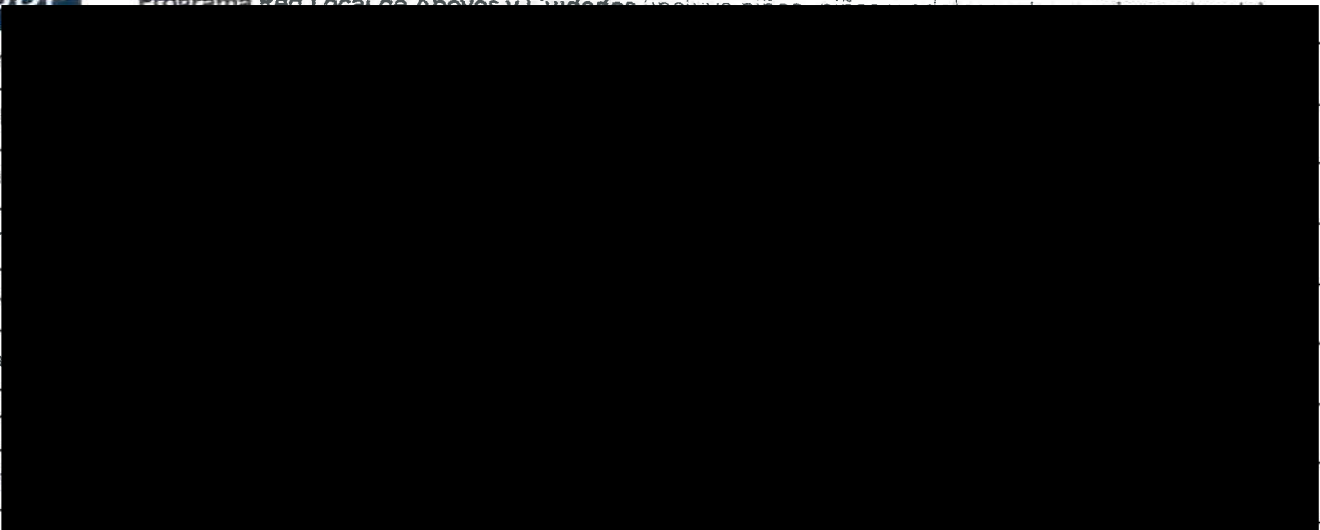
ID Hogar

23 / 02 / 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 y niñas)

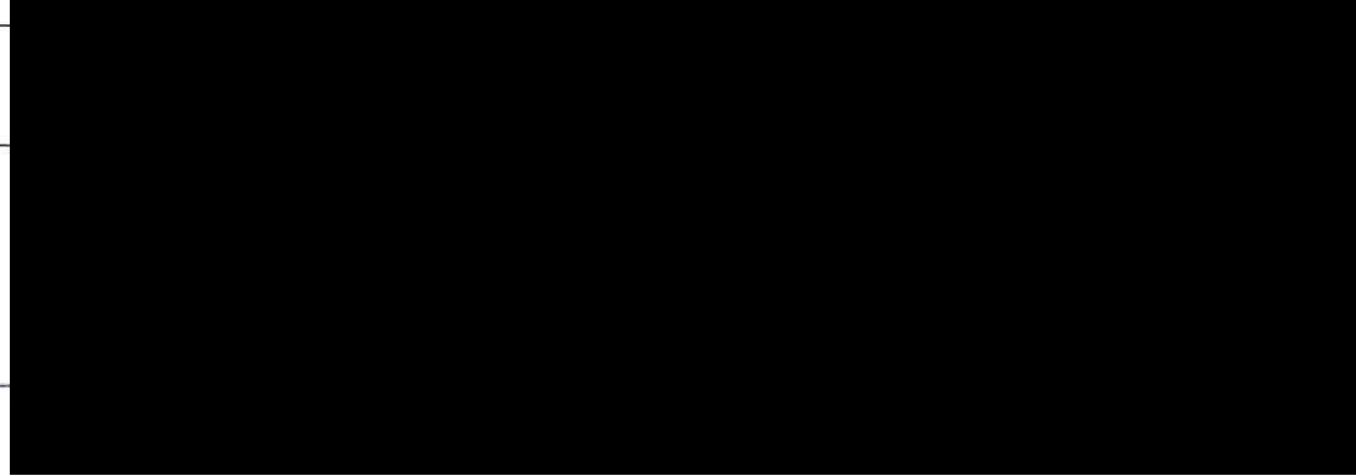
Nombre  
Apellido  
Género  
Fecha de nacimiento  
Dirección  
Village  
Comuna  
Teléfono



### 2) Antecedentes Generales

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos	<input checked="" type="checkbox"/> 7 años
2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria?	SI <input checked="" type="checkbox"/> → ¿Cuál? S.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





PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**



## PC N°06

### Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

23/02/2026

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

Apellido p

Género

Fecha de

Dirección

Villa / Po

Comuna

Teléfono

#### 2) Ante

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos

5 años

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

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? TIAPIA OML

En ninguna

2.5 ¿Le gust

de su o

Si su re

42



Red Local de Apoyos y Cuidados



# PC N°06

## Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

ID Hogar

Fecha entrevista: Día / Mes / Año  
12/05/2016

### 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

Apellido paterno

Género

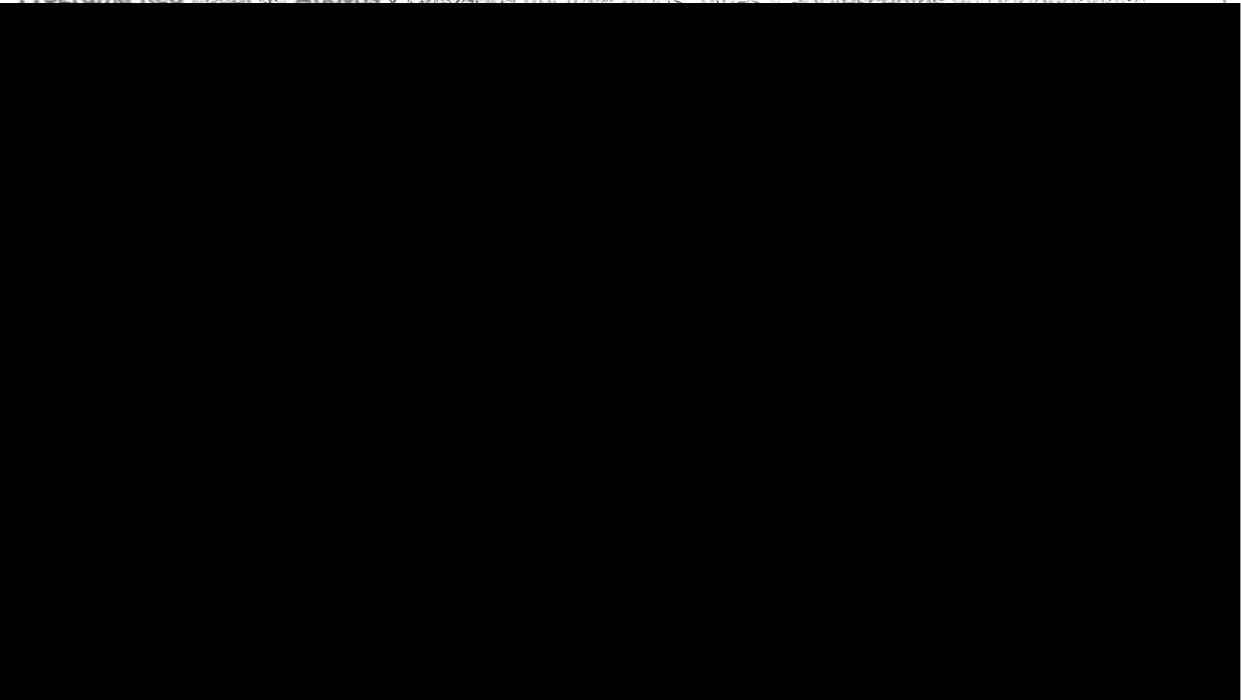
Fecha de nacimiento

Dirección

Villa / Población

Comuna

Teléfono 1



#### 2) Antecedentes

2.1 ¿Cuánto tiempo...

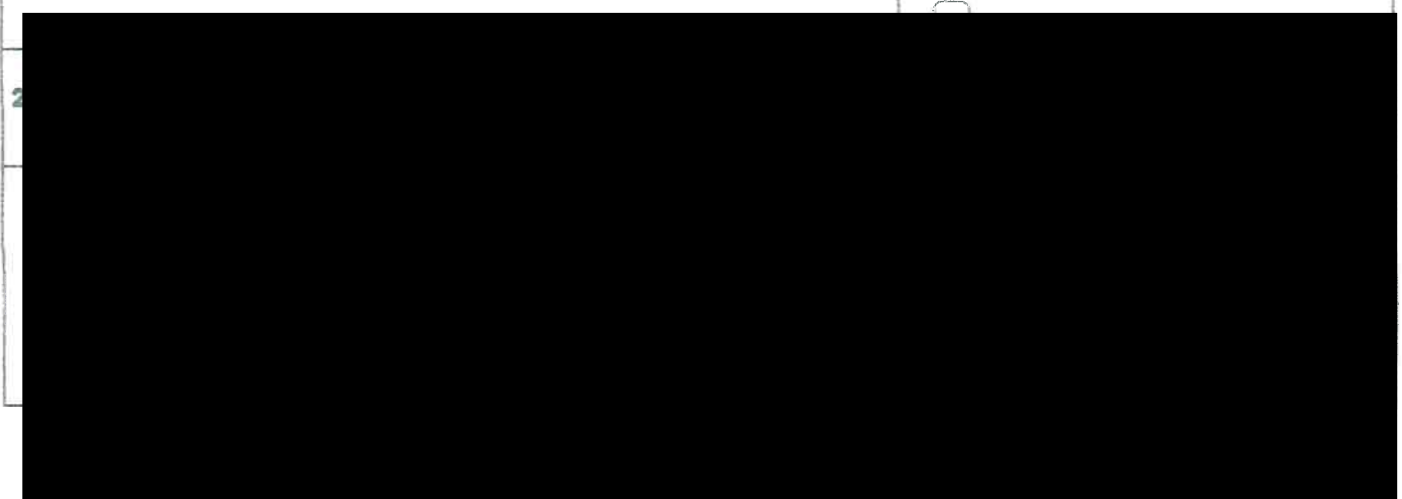
2.2 ¿Se atiende...

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
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cual?.....

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





Red Local de Apoyos y Cuidados

Chile Cuida

# PC N°06

## Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

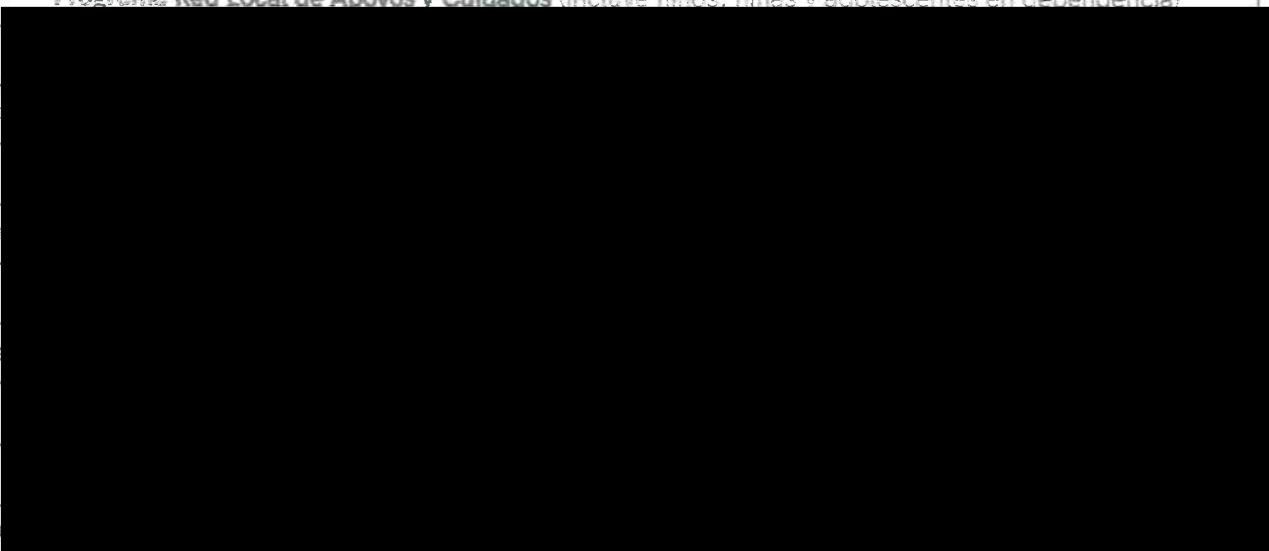
ID Hogar

12/03/2026

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
- Apellido pat
- Género
- Fecha de na
- Dirección
- Villa / Poble
- Comuna
- Teléfono 1



### 2) Antec

2.1 ¿Cuánto tiempo lleva en dependencia funcional? En años cumplidos 2 años

2.2 ¿Se atiende en algún centro de salud primaria? Si  → ¿Cuál? J.P. II 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
- Clubes deportivos
- Otra ¿Cuál? .....

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

