

DIRECCION O UNIDAD: DIRECCION GENERAL DEL ADULTO MAYOR

II SEMESTRE DE 2021

VIGENTE DE JULIO A DICIEMBRE DE 2021

Bien y/o Servicio Prestado	Descripción del Bien y/o Servicio Prestado	Procedimiento	Normatividad	Formatos
Operativos en pro de la defensa del Adulto Mayor, para verificar los descuentos a los comercios establecidos en la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados.	Se realiza Operativos en conjunto con la fiscalía del adulto mayor y Departamento de Justicia Municipal para verificar si el negocio cumple con los porcentajes de descuentos establecidos.	1. Se supervisa el negocio, se informa la finalidad del operativo. 2. se pide una factura o libro de registro para comprobar el reflejo del descuento. 3. Si se da el descuento, finaliza el procedimiento, en caso contrario, se deja un citatorio por parte del Juez Municipal, para presentarse a audiencia y sea multado.	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados. Decreto 199-2006	Adjunto en Word.
Intervenciones Legales y Social.	Se realiza en pro de la defensa del adulto mayor, denuncias, citatorios y todo tipo de proceso administrativo, cuando se violentan los derechos a las personas de la tercera edad.	1. Recepción de Denuncia 2. Citación 3. Audiencia de Conciliación 4. Audiencia de Descargo 5. Resolución	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados. Decreto 199-2006	Adjunto en Word.
PENSIONES	Contribuir para la mayor calidad de vida de los adultos mayores en extrema pobreza a través de una pensión mensual.	1.- Actualizar la base de datos, contactando a las personas que son beneficiadas con el programa de la pensión. 2.- Se dan de baja a las personas que han fallecido. 3.- Se revisan las fichas socioeconómicas ver anexo No.1 y los expedientes de los nuevos beneficiarios para su incorporación. 4. Verifica e investiga en campo y gabinete la pertenencia al beneficio	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados. Decreto 199-2006	Acuerdo Ministerial
JUBILACIONES	Contribuir para la mayor calidad de vida de los adultos mayores en extrema pobreza a través de una pensión mensual.	1.- Actualizar la base de datos, contactando a las personas que son beneficiadas con el programa de la pensión. 2.- Se dan de baja a las personas que han fallecido. 3.- Se revisan las fichas socioeconómicas ver anexo No.1 y los expedientes de los nuevos beneficiarios para su incorporación. 4. Verifica e investiga en campo y gabinete la pertenencia al beneficio	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados. Decreto 199-2006	Acuerdo Ministerial
TRANSFERENCIAS A HOGARES DE ANCIANOS	Contribuir para la mayor calidad de vida de los adultos mayores en extrema pobreza a través de una pensión mensual.	1. Recibe las solicitudes. 2. Cada tres meses la DIGAM recibe y revisa la documentación requerida para la solicitud de la transferencia. 3. Identifica la falta de requisitos para complementar la información.	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados. Decreto 199-2006	1. Liquidación trimestre anterior 2. plan de inversión trimestre actual 3. Documentación soporte.
Clubes de Convivencia para el Adulto Mayor.	En estos espacios en el que se promueven actividades de envejecimiento activo y saludable, así como la participación social y el fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales, donde se realizan actividades de esparcimiento al aire libre y de estimulación cognitiva.	1. Etapa de Focalización: Se realiza consulta previa sobre el proyecto Adulto Mayor, convocándoles por medio de patronatos, iglesias, asociaciones entre otros, se les explica el objetivo del proyecto. 2. Etapa de Socialización: Levantamiento diagnóstico médico, funcional y socio familiar de los participantes. Visitas domiciliarias a través del personal de evaluación integral. Instrumentos: bajo esquemas de evaluación estandarizados para el adulto mayor. 3. Elaboración de un plan de trabajo adecuado a los integrantes del club, de acuerdo las necesidades y diagnósticos de los grupos a intervenir. 4. Ejecución del plan de trabajo: con participación activa y empoderamiento en la toma de decisiones de los integrantes del proyecto y en la creación de propuestas nuevas para el fortalecimiento del sector. 5. Monitoreo y Seguimiento: las condiciones de salud integral y participación social de los integrantes de los clubes.	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados. Decreto 199-2006, Política de protección social.	Fichas de ingreso y de evaluación integral.
Centros Diurnos para el Adulto Mayor.	Establecimientos públicos o privados, no residenciales, donde se prestan servicios socios sanitarios. Estos centros ofrecen durante el día atención a las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales a personas mayores, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno familiar.	1. Focalización: Mediante ficha socioeconómica Usuarios ya existentes. 2. Ingreso: Consentimiento Informado, ficha de ingreso. 3. Evaluación Integral: Evaluación Médica, Evaluación Psicológica, Evaluación de Independencia, Evaluación Social Ficha sobre el Maltrato. 4. Plan de Atención: Individual y grupal. 5. Egreso: Evaluación de salida	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados. Decreto 199-2006, Política de Protección Social.	Manual de trabajo para Centros de Cuidados Diurnos

ELABORADO POR:

WILMER CORDOVA

Enlace Técnico de la Dirección

APROBADO POR:

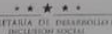
DIANA MEJIA DE VALLADARES

Directora General de Adulto Mayor



FICHAS TECNICAS DIGAM PERIODO DE VIGENCIA DE JULIO A DICIEMBRE DE 2020

Fichas tecnicas Unidad Administrativa

DIGAM-001

Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social
Dirección de Adulto Mayor
Estudio Socioeconómico para el Adulto Mayor

I. Datos Personales

Nombre Completo: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Número de Identidad: _____

Genero: F ___ M ___ Estado Civil: _____

Dirección exacta: _____

No. de Teléfono: _____

Nivel Educativo: _____ Ocupación: _____

II. Estructura Familiar (personas que habitan en el mismo domicilio)

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

Dirección General Adulto Mayor, instalaciones Boulevard Kuwai, edificio los Halcones)
Contiguo al anexo de la Corte Suprema, Tegucigalpa, Honduras, M.D.C..Tel: (504) 22301129.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



III. **Dinámica Familiar** (Tipo de relaciones entre los miembros, solidaridad familiar, como ejecuta cada miembro familiar su papel, enfermedades mentales o de otro tipo)

IV. **Situación Económica**

Ingreso Mensual: _____

Egresos: _____

Egresos	Cantidad
Alimentación	
Renta o pago de casa	
Luz	
Agua	
Combustible	
Transporte	
Teléfono:	
Medicamentos	
Deudas	
Otros	
Total	

V. **Alimentación** (¿Qué alimentos consume regularmente a familia?)

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Cena: _____

VI. **Información de la Vivienda**

¿Qué tipo de vivienda es?

Casa _____ Apartamento _____ Cuartería _____

Dirección General Adulto Mayor, instalaciones Boulevard Kuwai, edificio los Halcones)
Contiguo al anexo de la Corte Suprema, Tegucigalpa, Honduras, M.D.C..Tel: (504) 22301129.

[Firma manuscrita]



El lugar donde habita es:

Propia____ Rentado____ Prestada____ Otro____

Tiempo de vivir en el domicilio:_____

¿Cuántas habitaciones tiene la casa?

¿Con qué servicios públicos cuenta?

Luz____ Agua____ Teléfono____ Alcantarillado____ Otros____

Material de construcción de la vivienda:

VII. OBSERVACIONES:

*Esta información ha sido actualizada en la ciudad de _____

El día _____ del mes de _____ de 2019.

Firma o Huella del Beneficiario



[Handwritten signature]

Dirección General Adulto Mayor, instalaciones Boulevard Kuwai, edificio los Halcones)
Contiguo al anexo de la Corte Suprema, Tegucigalpa, Honduras, M.D.C.:Tel: (504) 22301129.

[Handwritten signature]



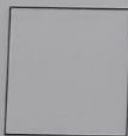
SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL
AUTORIZACION

Yo _____ por este medio, Autorizo a la
Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social efectuar los depósitos de Pensiones,
Decimotercero y Decimocuarto mes a la cuenta
Bancaria No. _____ aperturada en el Banco
_____.

En caso de fallecimiento, queda Autorizada La SEDIS para que solicite a la Institución
Bancaria la transferencia de los fondos a la Cuenta de la Tesorería General de la Republica
de Honduras.

Firma: _____

Huella:



Identidad No. _____

Dado en la Ciudad de Tegucigalpa M.D.C el día ____ del mes de ____ de 2019.

W. M...



FICHAS TECNICAS UINDAD LEGAL

REPUBLICA DE HONDURAS		SECRETARIA DE JUSTICIA	
Tegucigalpa, Honduras M.D.C.		SEDIS-DIGAM-	
CITATORIO			
De conformidad al Artículo 4 de la " <i>Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados</i> ", Rige los principios rectores en la observancia y la aplicación de la Ley. Se Fundamenta la Participación en la inserción de los adultos mayores y jubilados en todos los ordenes de la vida publica, en los ámbitos de interés y tomados en cuenta, asimismo intervención.			
Se cita a la _____, señora o señor: _____, para poder llegar a una Conciliación y finalizar el proceso.			
Atentamente;			
Diana Mejía de Valladares Directora Dirección General Adulto Mayor			
Cc: Archivo			



SECRETARÍA DE DESARROLLO Y
INCLUSIÓN SOCIAL



SEDIS DIRECCIÓN
ADULTO MAYOR Y DISCAPACIDAD



SEDIS DIRECCIÓN
ADULTO MAYOR



SECRETARÍA DE DESARROLLO
E INCLUSIÓN SOCIAL

DENUNCIA COMPLETA

Datos Generales de la Denuncia	
Numero de denuncia	Fechas
Denuncia tomada en:	
Lugar de los hechos	
Datos Generales del Denunciante	
Nombre	
Apellidos	
Escolaridad	
Documento de Identificación	
Numero de Documento	
Sexo	
Edad	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Profesion u Oficio	
Dirección	
Telefono	
Datos Generales del ofendido	
Nombre	
Apellidos	
Escolaridad	
Documento de Identificación	
Numero de Documento	
Sexo	
Edad	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Profesion u Oficio	
Dirección	
Telefono	

Amor





SECRETARÍA DE DESARROLLO E
INCLUSIÓN SOCIAL



SEDIS DIRECCIÓN
ADULTO MAYOR Y DISCAPACIDAD

Datos Generales del Denunciado	
Nombre	
Apellidos	
Escolaridad	
Documento de Identificación	
Numero de Documento	
Sexo	
Edad	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Profesion u Oficio	
Dirección	
Telefono	
Relación de Hecho	

Receptor

Denunciante

[Handwritten signature]



FICHA DE DATOS

Para Inspecciones en Comercios e Instituciones públicas y privadas para verificar el cumplimiento de la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados.

- Nombre del Comercio o Institución: _____
- Lugar: _____
- Fecha: _____
- Personas Presentes en la Inspección:
 1. _____
 2. _____

a) El descuento se otorga conforme establece la ley..... ☐

b) Los requisitos exigidos para el descuento se otorga conforme a la ley..... ☐

Observaciones:

2. ATENCION PREFERENTE: (Artículo 35)

c) Existe una Ventanilla Preferencial..... ☐

d) Se encuentra Rotulada la Ventanilla Preferencial..... ☐

Observaciones:

Alma





SECRETARÍA DE DESARROLLO E
INCLUSIÓN SOCIAL



3. ACCESIBILIDAD (Artículo 21#19 y 35)

e) Existen espacios para parqueo debidamente identificados del Adulto Mayor

/Discapacidad.....

☐

f) Existen accesos fáciles para personas adultas mayores

☐

Observaciones:

4. AMBITO LABORAL: (Artículo 5)

g) Se encuentran personas adultas mayores trabajando en el

lugar.....

☐

h) Está siendo objeto de discriminación, malos tratos o injustos.....

☐

Observaciones:

Firma Representante DIGAM

Encargado del Establecimiento de

Comercio

Fiscal

[Handwritten signature]





OFICIO SEDIS-DIGAM,005-2020

Tegucigalpa, Honduras M.D.C 06 de Enero 2020

Hotel Real Intercontinental
Su Oficina.

Estimados(a):

Reciban un cordial saludo, de parte de la dirección General del Adulto Mayor, adscrita a la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, deseándoles el mayor de los éxitos.

El motivo de la presente es para comunicar que se estará capacitando el personal del restaurante referente al tema "**LEY INTEGRAL DE PROTECCIÓN AL ADULTO MAYOR Y JUBILADOS**" de los descuentos en consumo individual de comida en los restaurantes y cafeterías de primera y segunda categoría, se deben establecer una fecha para el mes de Enero y Febrero del 2020.

Sin otro particular, me es grato suscribirme.

Saludos Cordiales

Atentamente,

Diana Mejía de Valladares
Directora Nacional Adulto Mayor



CC.: Archivo



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS

RESTAURANTE: _____ FECHA: _____ RESPONSABLE: _____

No.	NOMBRE	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

TOTAL PERSONAS DEL GENERO FEMENINO
TOTAL PERSONAS DEL GENERO MASCULINO



Amador



Ministerio de Educación



Ministerio de Salud

Restaurante: _____

TEMA: _____ FECHA: _____ RESPONSABLE: _____

Nº.	NOMBRE CENTROS COMERCIALES	NOMBRE DEL GERENTE	TELÉFONO	FECHA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

TOTAL PERSONAS DEL GENERO FEMENINO

TOTAL PERSONAS DEL GENERO MASCULINO



Amun

FICHAS TECNICAS UNIDADES DE INTERVENCION Y PROTECCION SOCIAL



INFORME SOCIOECONOMICO

Elaborador por:

Lugar y Fecha de elaboración:

I- DATOS GENERALES

A) Nombre Completo:

B) Lugar y Fecha de Nacimiento:

C) Cedula de Identidad:

D) Edad:

E) Sexo:

F) Estado Civil:

G) Nacionalidad:

H) Escolaridad:

I) Tipo de Discapacidad.

J) Dirección de Domicilio:

K) Nombre y Dirección del Hogar:

L) Pensión o Jubilación:



A. M. M.

II- MOTIVO DE REFERENCIA:

III- ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Ingreso Mensual	Observaciones

IV- ANTECEDENTES FAMILIARES

A) DATOS:

Nombre y Apellido.

B) DATOS:

Nombre y Apellido

C) RELACIONES FAMILIARES:



W. M...

V- DESARROLLO SOCIAL DEL CLIENTE:

PATOLOGIA	MEDICAMENTOS	LUGAR QUE RECIBE TRATAMIENTO

VI- SITUACION ECONOMICA DE LA FAMILIA



VII- DIAGNOSTICO SOCIAL

PROBLEMA	CAUSA	EFFECTO

VIII- DIAGNÓSTICO MEDICO:

- Medico:
- Nutricional:
- Discapacidad:
- Social:

IX- PRONÓSTICO

X- TRATAMIENTO

Para aportar a estos problemas se recomienda:



[Handwritten signature]

ECOMAPA

Aplicación de Instrumentos:

Descripción de Ficha Técnica de Evaluación

Nombre del Centro de Atención:

Ubicación:

Nombre del Enlace de Centro:

Número Telefónico:

Número de beneficiarios Ingresados:

Servicios Básicos: Cuenta con:

Espacios para Servicios con Equipamiento: Cuenta con:

Capital Humano:

Condiciones Sanitarias:





REGISTRO VISITA DOMICILIARIA

Nombre	
N. identidad	
Dirección	
Teléfono	
Objetivo	

Antecedentes de la visita realizada en fecha:

¿Se ha concretado la visita? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es "No" señale el motivo:

Domicilio no corresponde		No acepta la visita	
No hay nadie en la vivienda		Otro Motivo	

Descripción de lo realizado en la visita:



Wm...

Firma

Firma Profesional



Ministerio de Salud



SEDES

Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social
Dirección General de Adulto Mayor

Ficha de Monitoreo de los Hogares de Ancianos a Nivel Nacional

Fecha de visita:

I. Datos Generales del Hogar

Nombre del Centro:

Fecha de Fundación:

Tiempo de Funcionamiento:

Nombre del Encargado del Hogar:

¿Recibe apoyo de alguna organización? ¿Cuál?

En qué consiste ese apoyo?

Número de personería jurídica: _____ fecha de emisión:

Recibe transferencia financiera del estado de Honduras? _____

Están al día con la información requerida por la URSAC?

Dirección exacta del hogar:

Teléfono:

II. Requisitos de Ingreso

¿Tienen cuota inicial de ingreso?

Si _____ Cuanto? _____ No _____

¿Se paga mensualidad?

Si _____ Cuanto? _____ No _____

¿Qué servicios incluye esta mensualidad?

Habitación _____ Alimentación _____ Cuidado Personal _____



[Handwritten signature]



MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DE CUBA



INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA
ADULTO MAYOR Y DISCAPACIDAD

Servicios de salud? _____

Edad mínima y máxima requerida para el ingreso:

¿Alberga a adultos mayores con discapacidad o alguna enfermedad mental?

Si _____ No _____

Existe alguna lista de espera para ingresar al hogar

Si _____ No _____

III. Capacidad y número de habitantes del hogar de ancianos

Capacidad máxima de personas que puede albergar en el hogar

¿Cuántas personas viven actualmente en el hogar?

¿Cuántos adultos mayores han fallecido en el último año en el hogar?

¿Cuántos pisos tiene el centro?

¿Cuántas habitaciones hay y cuantas personas duermen por habitación?

Hay personas que duerman en los pisos superiores? Cuantas? _____

¿Cuántos baños hay en el hogar y como están divididos?

Tiene acceso a transporte público

Si _____ No _____





SECRETARÍA DE DESARROLLO
SOCIAL



Está bien iluminada la zona exterior del edificio, de forma que permita el tránsito sin riesgos

Sí___ No___

IV. Política Organizativa

¿De qué organismos depende la institución?

Privado___ Público___ Otros___

¿Cuentan con una Junta Directiva?

Sí___ No___

¿Cuándo fue electa la actual Junta Directiva? _____

¿Cuánto personal tiene el centro?

Administrativo _____ y de atención _____

¿Tienen personal voluntario?

¿De qué organizaciones?

V. Toma de Decisiones

¿Quién(es) toma(n) las decisiones sobre el manejo del centro y el ingreso de nuevos adultos mayores?

¿Cómo está estructurado el personal?





SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO FEDERAL



No ☐

Se organizan actividades educativas como cursos o conferencias, ya sea para el personal y/o el adulto mayor

Si ☐

No ☐

¿Hay material de lectura disponible?

Si ☐

No ☐

Se establecen horarios de comida

Si ☐

No ☐

Cada cuanto varían los menús de alimentación

Si ☐

No ☐

¿Tienen comedores?

Si ☐

No ☐

Se establecen horarios de visita

Si ☐

No ☐

¿Cuentan con asistencia médica?

Si ☐

¿De dónde?

No ☐

Ofrecen servicios psicológicos

Si ☐

No ☐

¿Quién se ocupa de las medidas de seguridad?

¿Cuenta con salida de emergencia en caso de incendio?

Si ☐

No ☐



W m



¿Cuenta con extintor para caso de incendio?

Si ____ No ____

VII. Características de los Residentes

¿Por qué razones ingresaron al hogar de ancianos?

Nivel educativo de los residentes:

- ____ Analfabeto
- ____ Estudios Primarios
- ____ Bachillerato
- ____ Nivel Universitario

¿Cuántos han sido ingresados en el hospital en el último año?

Observaciones:



.....
FIRMA REPRESENTANTE DIGAM

.....
FIRMA Y SELLO REPRESENTANTE HOGAR/ASILO



SECRETARÍA DE DESARROLLO E
INCLUSIÓN SOCIAL



SEDIS-DIRECCIÓN
ADULTO MAYOR Y DISCAPACIDAD

Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social
Dirección General Adulto Mayor

Ficha de Intervenciones
Numero

I. Datos Generales

Nombre Completo:

Fecha:

Dirección exacta:

Teléfono:

¿Recibe apoyo Monetariamente?

Si _____ No _____

¿En qué consiste ese apoyo?:

II. Situación Familiar

¿Vive con familia sin dependencia física/psica?

Si _____ No _____

¿Vive con Cónyuge?

Si _____ No _____

¿Vive con familia y/o Cónyuge y presenta algún grado de dependencia?

Si _____ No _____

¿Vive solo y tiene hijos?

Amor





SECRETARÍA DE DESARROLLO E
INCLUSIÓN SOCIAL



SEDIS-DIRECCIÓN
ADULTO MAYOR Y DISCAPACIDAD*

Si___ No___

¿Vive solo y carece de hijos o viven alejados?

Sí___ No___

III. Situación Económica

¿Recibe apoyo monetario de algún Familiar?

Sí___ No___

¿Cómo se sustenta?

IV. Vivienda

¿Adecuada a Necesidades?

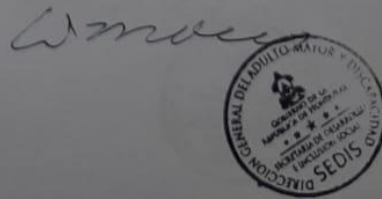
Si___ No___

¿Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado, baño incompleto, ausencia de agua?

Si___ No___

¿Vivienda Inadecuada (ruina, ausencia de equipos básicos).?

Si___ No___





SECRETARÍA DE DESARROLLO Y
INCLUSIÓN SOCIAL



V. Apoyos de la Red Social

¿Apoyo Familiar o Vecinal?

Si___ No___

¿Voluntariado social, ayuda domiciliaria?

Si___ No___

¿Tiene apoyo?

Si___ No___

¿Tiene cuidados permanentes?

Si___ No___

[Handwritten signature]



FICHAS UNIDAD TECNICA

FICHA DE DATOS GENERALES

Nombre:		Fecha y lugar:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: () F () M	
Estado civil: Soltero(a) () Casado(a) () Viudo(a) () Divorciado(a) () Unión libre ()		Profesión u oficio:	
Escolaridad: ninguna () primaria completa () primaria incompleta () secundaria completa () secundaria incompleta () técnica () universitaria incompleta () universitaria completa ()			
Vive con:		Domicilio:	
Esta pensionado: () si () no ()		Entrevistador por:	

DIAGNÓSTICOS

Médico: _____

Psicológico (Yessavage): _____

Funcional (Barthel): _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

PATOLOGÍA	MEDICAMENTOS	LUGAR QUE RECIBE TRATAMIENTO



PESO (Kg):	TALLA:	PA:	IMC:
------------	--------	-----	------

[illegible]

W. M. M. M.



Barthel



ÍNDICE DE BARTHEL. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

Nombre: _____ Edad: ____ Años ____

Lugar y Fecha: _____

Realizada Por: _____

Parámetro.	Situación del Paciente.	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente Independiente.	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el plan, etc.	05
	- Dependiente.	00
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño.	05
	- Dependiente.	00
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	- Necesita ayuda.	05
	- Dependiente.	00
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	05
	- Dependiente.	00
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia Normal.	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	05
		00
	- Incontinencia.	
Micción (Valórese la semana)	- Continencia normal.	10
	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	05
		00

W mae



previa)	- Incontinencia.	
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.	05
	- Dependiente.	00
Parámetro.	Situación del Paciente.	Puntuación
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	05
	- Dependiente.	00
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros.	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	05
	- Dependiente.	00
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras.	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	05
	- Dependiente.	00

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultados	Grado de dependencia.
< 20	Total.
20 - 35	Grave.
40 - 55	Moderado.
≥ 60	Leve.
100	Independiente.

Amu

SEDIS



ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

Nombre: _____ Edad: _____ años

Lugar y Fecha: _____

Realizada por: _____

1. ¿Está satisfecho (a) con su vida?	SI= 0	NO= 1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	SI= 1	NO= 0
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	SI= 1	NO= 0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	SI= 1	NO= 0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI= 0	NO= 1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	SI= 1	NO= 0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	SI= 0	NO= 1
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	SI= 1	NO= 0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI= 1	NO= 0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI= 1	NO= 0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI= 0	NO= 1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI= 1	NO= 0
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI= 0	NO= 1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	SI= 1	NO= 0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted	SI= 1	NO= 0
PUNTUACION TOTAL: 0 a 5 Normal 6 a 9 Depresión Leve 10 Depresión Establecida		

DIAGNOSTICO:

Normal ☐

Depresión Leve ☐

Depresión Establecida ☐

OBSERVACIONES:

Wm



PATOLOGÍA	MEDICAMENTOS	LUGAR QUE RECIBE TRATAMIENTO



ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE LE GUSTAN

PESO (Kg):	TALLA:	PA:	IMC:
------------	--------	-----	------

OBSERVACIONES:

FICHA TÉCNICA PARA LA VALIDACIÓN DE CENTROS DE CUIDADO DIURNO PARA EL ADULTO MAYOR

Nombre del Proyecto:				
Nombre del Ejecutor:				
No de Convenio				
Adendum:	SI		NO	
Fecha de firma del Convenio:				
Fecha de finalización del convenio:				
Meses de vigencia del convenio:				
Meses de ejecución				
Beneficiarios según convenio:				
Departamento:	Municipio:			
Ubicación exacta:				
Correo Electrónico:				
Fecha de Elaboración de la Ficha:				
Contacto Telefónico:				
Horarios de atención:				
1. Cuenta con infraestructura:	SI	NO	Alquilada	Propia
2. Cuenta con la rotulación adecuada			SI	NO
3. Adultos Mayores presentes en el momento de la visita:				
4. Usuarios atendidos hasta la fecha:				
5. Acondicionamiento de instalaciones (Enumere)	Rampas: Barras: Piso antiderrapantes: Otros:			
6. Necesidades Básicas Satisfechas	Cuenta con: Agua Potable: SI NO Energía Eléctrica SI NO Eliminación de Desechos Sólidos SI NO Teléfono SI NO			
7. Espacios para los servicios que Ofrecen:	Cuenta con: Médicos SI NO Psicológico SI NO Terapia Física SI NO De Terapia ocupacional SI NO Comedor SI NO Habitación de descanso SI NO Salón de uso múltiple (especificar servicios brindados en observación) SI NO Baños SI NO			

Wm...



	Cuenta con:			
	Medico	SI		NO
	Psicologa	SI		NO
	Trabajadora Social	SI		NO
	Terapista Fisico	SI		NO
	Terapista Ocupacional	SI		NO
	Cocinero	SI		NO
	Personal Administrativo	SI		NO
8. Capital Humano:	Otros especificar:			
	Perfil del Proyecto	SI		NO
	Informes Mensuales	SI		NO
9. Documentos Presentados:	Convenio Firmado	SI		NO
	Plan de Actividades	SI		NO
	Brindan:	SI		NO
	Si su respuesta es SI especifique el tipo de alimento			
10. Alimentacion	Desayuno	SI		NO
	Almuerzo	SI		NO
	Cena	SI		NO
	Merienda	SI		NO
Observaciones:				
Recomendaciones:				
Firma del Enlace del Centro:				
Elaborado por:		Firma:		
Recomendado para validar:		SI		NO

Wmdeu



Ficha del Maltrato

Nombre de la persona: _____ No. de identidad: _____

Edad: ____ Sexo: ____ Domicilio: _____

TIPO DE MALTRATO	INDICADOR	
ABUSO FÍSICO	Empujones	
	Golpes	
	Forzar al paciente a comer o tomar algo	
	Colocar a una posición incorrecta al paciente	
	Amarrar o sujetar al paciente	
	Pelizcos	
	Quemaduras	
	Heridas	
	Fracturas	
	Jalar el pelo	
	Sacudirlo	
	Tirarlo o derramarle agua o comida encima	
	Abuso sexual	
PSICOLÓGICO O EMOCIONAL	Amenazas de abandono	
	Amenazas de acusaciones	
	Acoso	
	Intimidación con gestos o palabras	
	Infantilización	
	Limitación al derecho de: privacidad, decisión, información médica, voto, recibir correo y comunicación	
ECONÓMICO	Uso de los recursos del adulto mayor en beneficio del cuidador	
	Chantaje financiero	
	Apropiación de la propiedades	
	Coerción para firmas de documentos legales como testamentos, propiedad, etc.	
NEGLIGENCIA O ABANDONO	Descuidar la hidratación	
	Descuidar la nutrición	
	Úlceras de presión sin atender	
	Descuidar la higiene personal	
	No atender lesiones abiertas	
	Mantener un ambiente poco sanitario	
OBSERVACIONES	Abandonar a la persona en la cama, en la calle o en algún servicio público	
RESPONSABLE:		

Amel



ESCALA "GIJÓN" DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

Indicación: valoración inicial sociofamiliar en el anciano para la detección de riesgo social.

Administración: Heteroadministrada.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.4.1.1. Red de solidaridad social (CIPE-α)

Interpretación: Recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales.

De 5 a 9	Buena/aceptable situación social
De 10 a 14	Existe riesgo social
Más de 15	Problema social

Reevaluación: Cuando las condiciones sociales cambien o se sospeche riesgo social.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio experto de un profesional experto. No se ha estudiado ni la validez de contenido ni la validez de constructo. La fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de kappa de 0,957). La consistencia interna es muy baja (alfa de Crombach 0,142).

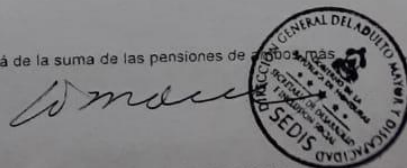
ESCALA "GIJÓN" DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

A- SITUACIÓN FAMILIAR 1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos. 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	
B- SITUACIÓN ECONOMICA¹: 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusiva. 3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva. 4. L.I.S.M.I. - F.A.S. - Pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	
C- VIVIENDA: 1. Adecuada a necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños...). 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción). 4. Ausencia ascensor, teléfono. 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	
D - RELACIONES SOCIALES: 1. Relaciones sociales. 2. Relación social sólo con familia y vecinos. 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale del domicilio, recibe visitas. 5. No sale y no recibe visitas.	
E- APOYOS DE LA RED SOCIAL: 1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes.	
TOTAL	

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

1.- El cálculo individual de los ingresos, en el caso de matrimonios se obtendrá de la suma de las pensiones de ambos más 1/3 del SMI, dividiendo el resultado entre 2





Cooperación Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES



La persona mayor tiene derecho a:



1 igualdad y no discriminación por razones de edad



2 la vida y a la dignidad en la vejez



3 la independencia y a la autonomía



4 la participación e integración comunitaria



5 la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia



6 no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes



7 brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud



8 la libertad personal



9 la libertad de expresión y de opinión y el acceso a la información



10 la nacionalidad y a la libertad de circulación



11 la privacidad y a la intimidad



12 la seguridad social



13 al trabajo



14 la salud



15 la educación



16 la cultura



17 la recreación, el esparcimiento y el deporte



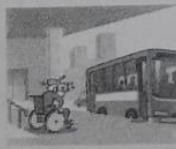
18 la vivienda



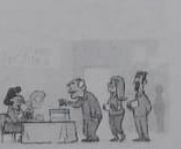
19 la propiedad



20 un medio ambiente sano



21 la accesibilidad y a la movilidad personal



22 ejercer sus derechos políticos



23 igual reconocimiento como persona ante la ley



24 acceso a la justicia



25 de reunión y de asociación

La Convención garantiza los derechos de las personas mayores:



26 que reciben servicios de cuidado a largo plazo



27 en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias

Organización
Panamericana
de la Salud



Inscripciones De Los Participantes TALLER

Lugar:

Fecha:

Nº	Nombre	Identidad	Cargo	Institución	Teléfono	Correo electrónico	Firma
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							