

SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL

UNIDAD: DIRECCION DE DISCAPACIDAD

ENERO 2016

Servicio Prestado	Descripción del servicio	Tasas y Derechos	Procedimientos	Requisitos	Formatos
Carnetización Personas con Discapacidad en el Distrito Central	Entrega de Carnet que lo Identifica como persona con discapacidad para que goce de los beneficios que le otorga la ley	No tiene costo alguno la emisión del carnet que lo identifica como persona con discapacidad	Evaluación de la persona que solicita el beneficio del carnet, en caso de tener los documentos en regla, se procede al llenado de la ficha diagnostica.	Copia de la tarjeta de Identidad en el caso de ser menor de edad la partida de nacimiento Constancia Medica Original con firma y sello del Doctor.	Se adjunta ficha diagnostica.
Recibimiento de Liquidaciones por parte de las organizaciones	Se recibe la liquidación de fondos del 2015,	Se hace de forma gratuita.	Recepción de Documentación de las organizaciones Revisión de documentación de las liquidaciones Registro de liquidación Solicitud de transferencia de Fondos a la Administración General Seguimiento y monitoreo del proceso	Traer la solicitud dirigida a la directora de Dirección de Discapacidad Traer recibo a nombre de la tesorería general de la república, firmado por presidente y tesorero de la junta directiva vigente Plan de inversión Cuadro de gastos de la liquidación anterior	Actualmente no existe un formato.



				Constancia de URSAC con mínimo de 30 días de vigencia Las fotocopias de los miembros de junta directiva El R.T.N de la institución La constancia municipal del presidente y del tesorero vigente Fotocopia de la escritura de constitución de la organización Fotocopia de Pin SIAFI	



[Handwritten signature]

SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN DE DISCAPACIDAD

FICHA DIAGNÓSTICA PARA PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR LA VÍA CORTA

Esta entrevista ha sido desarrollada a partir del Cuestionario de Evaluación de Discapacidad WHO-DAS II, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, con el fin de llegar a entender mejor las dificultades que pueden tener las personas debido a su estado de salud, o estado relacionado con la salud. La información que nos proporcione durante el transcurso de esta entrevista será confidencial y utilizada exclusivamente con fines de identificación que desarrolla la Dirección en el marco de la Ley de Equidad y Desarrollo Integral para las personas con Discapacidad, Decreto 160 -2005.

La persona que proporciona la información descrita en esta ficha da fe de la veracidad de la misma.

DATOS GENERALES

La persona está de acuerdo con la realización de esta entrevista

Si ☐ No ☐

En caso negativo, solamente
firmar o huella

Fecha de la entrevista

Día ☐ Mes ☐ Año ☐

Nombre completo de la persona que presenta la discapacidad

Número de Identidad de la persona que presenta la discapacidad

 - -

1. Número de entrevista

Primera ☐ Segunda ☐

2. Lugar de nacimiento

3. Fecha de nacimiento

Día ☐ Mes ☐ Año ☐

4. Edad

Año ☐ Meses ☐

5. Sexo

Masculino ☐ Femenino ☐

6. Estado Civil

☐ 1. Nunca ha estado casado(a) ☐ 4. Divorciado(a)
☐ 2. Actualmente está casado(a) ☐ 5. Viudo(a)
☐ 3. Separado(a) ☐ 6. Unión Libre

7. Nombre de la madre

Vive Si ☐ No ☐

8. Nombre del padre

Vive Si ☐ No ☐

9. Persona responsable y relación

10. Dirección

11. Departamento

12. Municipio

Aldea o caserío



[Handwritten signature]

13 Teléfono

14 Celular

Contacto

15. Nombre de institución, organización o asociación a la que pertenece

16. Red responsable de la entrevista

1. CIARH

2. FENAPAPENESH

3. FENADECI

4. FUHRIL

5. FENOPDIH

6. Otras

17. Fecha de ingreso a la institución

Día Mes Año

18. Teléfono de la institución

19. ¿Pertenece a otra organización, asociación o institución del campo de discapacidad, diferente a la que le está realizando la presente entrevista?

Si No

Nombre

Llenar en caso de que la respuesta anterior sea si

20. Nivel educativo alcanzado

1. Ninguno

2. Sabe leer y escribir

3. Primaria incompleta

4. Primaria completa

5. Ciclo Común incompleto

6. Ciclo Común completo

7. Diversificado incompleto

8. Diversificado completo

9. Superior incompleto

10. Superior completo

21. ¿Cuántos años ha estudiado?

22. ¿Cuál es el último grado alcanzado?

23. ¿Dónde acudió para el aprendizaje del oficio?
(puede seleccionar más de una opción)

1. Cursos en INFOP

2. Cursos en CONEANFO

3. Cursos en ONG's

4. En talleres de la comunidad

5. En negocio familiar

6. En instituciones de atención a la discapacidad

7. Otros

24. ¿Cuánto tiempo ha estudiado para aprender el oficio?

25. ¿Tiene título, diploma o certificado?

Si No

26. Por su estado de salud, o estado relacionado con la salud presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:

1. Es ciego o tiene limitaciones permanentes para ver, aun usando lentes.

2. Es sordo o tiene limitaciones permanentes para oír, aun usando audifono.

3. No camina o tiene limitaciones permanentes para caminar.

4. No mueve uno o los dos brazos, una o las dos manos o tiene limitaciones permanentes para utilizarlos.

5. Le falta alguna de sus extremidades (superiores o inferiores).

6. Tiene limitaciones mentales permanentes que le dificultan relacionarse con las demás personas.

7. Comprender y retener información progresivamente más compleja.

8. Aplicar los conocimientos para solucionar problemas.

9. Tiene problemas para controlar el movimiento de su cuerpo o partes de su cuerpo.

10. Tiene situaciones graves de salud (corazón, pulmones, riñones, piel, uñas y cabello Etc.).

11. Tiene problemas con el tamaño de su cuerpo o con alguna parte de su cuerpo.

12. Otro tipo de problema permanente (que le impida realizar sus actividades cotidianas de cuidado de la propia salud y de autocuidado, familiares, sociales, educacionales o laborales).

13. Ninguna.



27. De los anteriores estados de salud o relacionados con la salud,
¿cuál es el que más le afecta?

28. ¿Hace cuánto tiempo presenta este estado de salud o
relacionado con la salud?

Años

Meses

29. En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes
para:

- ☐ 1. Pensar.
- ☐ 2. Memorizar.
- ☐ 3. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas.
- ☐ 4. Oír, aun con aparatos especiales.
- ☐ 5. Distinguir sabores u olores.
- ☐ 6. Hablar y comunicarse.
- ☐ 7. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón.
- ☐ 8. Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos.
- ☐ 9. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, procrear hijas/os.
- ☐ 10. Caminar, correr, saltar.
- ☐ 11. Mantener piel, uñas y cabellos sanos.
- ☐ 12. Relacionarse con las demás personas y el entorno.
- ☐ 13. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos.
- ☐ 14. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo.
- ☐ 15. Alimentarse, asearse, vestirse y desvestirse por sí misma/o.
- ☐ 16. Cuidar de la propia salud, como asegurar su propio bienestar físico, control de la dieta, mantener la salud siguiendo consejo médico o la prevención de enfermedades o lesiones como infecciones urinarias o intestinales.
- ☐ 17. Uso de productos, instrumentos, equipo, tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de su estado físico.
- ☐ 18. Otra.
- ☐ 19. Ninguna.

30. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su
ocupación actual?

- ☐ 1. Asalariado(a).
- ☐ 2. Trabaja por su propia cuenta, (como por ejemplo en su propio negocio, empresa agrícola, finca o negocio familiar).
- ☐ 3. Trabajo no remunerado, (como por ejemplo voluntario/a, obras de caridad, Etc.).
- ☐ 4. Estudiante.
- ☐ 5. Responsable de los quehaceres de la casa.
- ☐ 6. Jubilado(a).
- ☐ 7. Desempleado(a) (por condición de salud o estado de salud).
- ☐ 8. Desempleado(a) por otros motivos.
- ☐ 9. Otras.



[Handwritten signature]

II DATOS DEL ESTADO DE SALUD

(LAS ESCALAS No. 1 y 2 HAN DE PERMANECER A LA VISTA DE LA PERSONA ENTREVISTADA DURANTE TODA LA EN

Mostrar a la persona entrevistada la Escala No. 2.

31. En los últimos 30 días cuanta dificultad ha tenido para estar de pie durante largos periodos de tiempo como por ejemplo 30 minutos
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
32. En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para cumplir con sus obligaciones domésticas?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
33. En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para aprender una nueva tarea?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
34. ¿Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad por ejemplo, fiestas, actividades religiosas, relaciones familiares y ayudar a las demás personas?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
35. ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su estado de salud o estado relacionado con la salud?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
36. En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para concentrarse en hacer algo durante diez minutos?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
37. En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para caminar largas distancias como un kilómetro o equivalente?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
38. En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para lavarse y asearse todo el cuerpo?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
39. En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para vestirse o desvestirse?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
40. En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para relacionarse con personas que no conoce?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
41. En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para mantener una amistad?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
42. En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para llevar a cabo su labor diaria? (trabajo/estudio)
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
43. ¿En qué medida han interferido estos problemas con su vida?
- | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | Nula | ☐ | Moderada | ☐ | No puede hacerlo |
| ☐ | Leve | ☐ | Grave | | |
-
44. En los últimos 30 días ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades?
-



[Handwritten signature]

45. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus obligaciones domésticas debido a su "estado de salud o estado relacionado de salud"?

46. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días fue totalmente incapaz de realizar sus obligaciones domésticas debido a su "estado de salud o estado relacionado de salud"?

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

47. Nombre completo de la persona entrevistadora

Certificación provisional
Uso exclusivo de la institución/asociación

Nosotros _____

Nombre institución/asociación

Certificamos que _____

Nombre de la Persona con Discapacidad

Presenta una discapacidad
(Tipo y breve descripción)

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Aprendizaje y aplicación del conocimiento
Tareas y demandas generales
Comunicación
Movilidad
Autocuidado
Vida doméstica

☐
☐
☐

Interacciones y relaciones interpersonales
Áreas principales de la vida
Vida comunitaria, social y cívica

Nombre, firma y sello del Director(a)

Comprobante de Registro
(Uso de la persona con discapacidad)

Ficha N° 00756

Nombre de la persona con discapacidad _____

Número de Identidad

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

-

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

-

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Lugar y fecha de entrega _____

Nombre del entrevistador y sello de la Institución _____

