

MEMORANDUM
SEDIS DD- 369-2016

PARA: Lic. Iris Cruz
Transparencia Institucional.

DE: Ing. Evelyn Aguilar
Directora Dirección Discapacidad.



ASUNTO: Actualización de matriz de servicios Dirección de Discapacidad.

FECHA: 16 de diciembre del 2016

Por este medio tengo a bien remitirle la matriz solicitada de transparencia con la actualización de nuestros servicios prestados a las personas con discapacidad.

Este servicio es brindado a través de nuestro Programa Honduras Para Todos, por lo que adjunto encontrara la descripción de dicho servicio, así como sus respectivos formatos:

1. Ficha diagnostica de caracterización e identificación de personas con discapacidad.
2. Acta de entrega de ayuda técnica.

 cc. Archivo

ACTUALIZACION / MATRIZ DE SERVICIOS PRESTADOS

Diciembre 2016

Servicio Prestado	Descripción del	Tasas y Derechos	Procedimiento	Requisitos	Formatos
El Programa Honduras para Todos se implementa durante el presente año para Identificar y caracterizar a las personas con discapacidad y poder atenderles de manera integral a este sector, así como para ofrecer ayudas solidarias, que les permita mayor independencia y movilidad.	Se le ofrece dotación de sillas de ruedas, muletas, andadores, bastones blancos, pañales, colchón anti escara y prótesis.	El servicio es gratuito.	1. Se aplica una ficha diagnostica de caracterización e identificación de personas con discapacidad. 2. La ficha es analizada por el cuerpo médico, para conocer el tipo de discapacidad que tiene la persona y el tipo de ayuda que necesita. 3. Una vez definida el tipo de ayuda se completa la solicitud con los documentos por el personal de discapacidad. 4. Firma Acta de entrega 5. Se le entrega la ayuda solicitada.	1. Presentarse a las Instalaciones de la Dirección de Discapacidad. 2. Presentar su tarjeta de identidad o en el caso de ser menor presentar partida de nacimiento. 3. Presentar constancia medica donde constate el tipo de discapacidad que adolece. 4. Facilitar la información para el llenado de la ficha diagnostica de caracterización e identificación de personas con discapacidad. 5. Aprobación de la ficha 6. Firmar la hoja de acta de entrega de ayuda.	Formatos que se utilizan: 1.-ficha diagnostica de caracterización e identificación de discapacidad. 2.-Acta de entrega

Ingeniera Evelyn Aguilar
Directora Dirección Discapacidad



Acta de Entrega de Ayudas Técnicas
Proyecto Honduras Para Todos

Por medio de la presente hago constar que he recibido una ayuda Técnica del Proyecto Honduras para Todos el cual consiste en

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| 1. Bastones Blanco | <input type="text"/> |
| 2. Andadores de Adulto. | <input type="text"/> |
| 3. Colchón anti escaro. | <input type="text"/> |
| 4. Muleta para niño. | <input type="text"/> |
| 5. Muletas para Adolescente. | <input type="text"/> |
| 6. Muletas para adulto. | <input type="text"/> |
| 7. Silla de Ruedas. | <input type="text"/> |
| 8. Prótesis | <input type="text"/> |
| 9. Pañales Desechables | <input type="text"/> |

Cantidad Recibida: _____

Nombre del Beneficiario: _____

Identidad N° del Beneficiario : _____ - _____ - _____

Recibidas por : _____

Identidad N° : _____ : _____ - _____ - _____

Fecha _____ Hora _____ Teléfono _____

Lugar: _____

Firma _____

(en caso de no poder firmar o menor de edad)

Entregada Por _____

Identidad N° : _____ : _____ - _____ - _____

Firma : _____

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD EN FRANCISCO MORAZÁN Y SAN PEDRO SULA, CORTÉS**



★★★★★
SECRETARÍA DE DESARROLLO
E INCLUSIÓN SOCIAL

Boleta N°

1. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. ALGUIEN DEL HOGAR PADECE DE LAS SIGUIENTES LIMITACIONES:	SI	NO
1. No ve o tiene limitaciones permanentes para ver, aun usando lentes.	☐	☐
2. No oye o tiene limitaciones permanentes para oír, aun usando audífono.	☐	☐
3. No habla o tiene limitaciones permanentes para hablar.	☐	☐
4. No camina o tiene limitaciones permanentes para caminar.	☐	☐
5. No mueve uno o los brazos o manos o tiene limitaciones permanentes para utilizarlos.	☐	☐
6. Le falta alguna de sus extremidades (Superior o inferior).	☐	☐
7. Tiene limitaciones mentales permanentes que le dificultan relacionarse con los demás.	☐	☐
8. Tiene limitaciones permanentes que le dificultan el aprendizaje.	☐	☐
9. Tiene problemas para controlar el movimiento de su cuerpo o partes de su cuerpo.	☐	☐
10. Situaciones graves de salud (corazón, pulmones, riñones, piel, etc.).	☐	☐
11. Tiene problemas con el tamaño de su cuerpo o alguna parte de su cuerpo.	☐	☐
12. Otro tipo de problema permanente que le impida realizar sus actividades cotidianas familiares, sociales, educacionales o laborales; de autocuidado y cuidado de su propia salud.	☐	☐

2. CONTROL DE CALIDAD

CONTROL DE CALIDAD DE VISITA				
1. Fecha	2. Hora		3. Resultado de la entrevista	
	Hora de inicio	Hora de finalización	1. Realizada	☐
			2. Rechazada	☐
			3. Persona ausente	☐

PERSONAL INVOLUCRADO EN LA ENCUESTA				
Cargo	Nombres y apellidos			Código
4. Encuestador(a)				
5. Supervisor(a)				
6. Crítico(a)				

3. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

UBICACIÓN GEOGRÁFICA									
1. Departamento:					3. Aldea:				
2. Municipio:					4. Caserío:				

UBICACIÓN MUESTRAL									
5. Barrio o colonia:					7. Manzana			9. Recorrido	
6. N° Segmento Censal:					8. N° de vivienda			10. Hogar	

11. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

12. TELÉFONO DE RESPONSABLE

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y HOGAR			
13. Tipo de vivienda 1. Rancho ☐ 2. Vivienda improvisada ☐ 3. Cuarto en cuartería ☐ 4. Barracón ☐ 5. Apartamento ☐ 6. Casa independiente ☐ 7. Otro (especifique) ☐	14. Su vivienda es 1. Alquilada ☐ 2. Propia y está pagada ☐ 3. Propia y la está pagando ☐ 4. Propia (heredada, donada) ☐ 5. Prestada o cedida sin pago ☐ 6. Recibida por servicios de trabajo ☐ 7. Invasión ☐	15. El material predominante de la vivienda es: 1. Varas, caña. ☐ 2. Desechos ☐ 3. Madera ☐ 4. Adobe ☐ 5. Material prefabricado ☐ 6. Ladrillo, piedra o bloque ☐ 7. Otro (especifique) ☐	16. De cuantas piezas dispone este hogar 17. Cuantas personas viven permanentemente en el hogar Hombres ☐ Mujeres ☐

4. DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

1. NOMBRE	2. APELLIDOS	3. N° DE IDENTIDAD
		- -

4. EDAD	
Meses	
Años	

5. SEXO	
Hombre	
Mujer	

6. Hace cuánto tiempo adquirió su discapacidad?	Años	Meses

7. ¿Cuál es su relación con el jefe de hogar?	8. ¿Cuál es su estado civil actual?	9. ¿Sabe leer y escribir?	10. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado? Y ¿Cuál es el último año aprobado en ese nivel?	11. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su principal situación laboral?	12. ¿Usted recibe ingresos de otras fuentes? Como ser:
1. Jefe de hogar ☐	1. Soltero(a) ☐	1. Si ☐	1. Ninguno	1. Asalariado(a) ☐	1. Pensión ☐
2. Esposo(a)/cónyuge ☐	2. Casado(a) ☐	2. No ☐	2. Programa de alfabetización	2. Trabaja por cuenta propia ☐	2. Jubilación ☐
3. Hijo(a) ☐	3. Unión libre ☐	99. No aplica ☐	3. Prebásica	3. Trabajo no remunerado ☐	3. Rentas/alquileres ☐
4. Padre/madre ☐	4. Divorciado(a) ☐		4. Básica	4. Estudiante ☐	4. Remesas ☐
5. Suegro(a) ☐	5. Separado(a) ☐		5. Ciclo común	5. Responsable de las tareas domésticas ☐	5. Otras ☐
6. Hermano(a) ☐	6. Viudo(a) ☐		6. Diversificado	6. Desempleado(a) por condición o estado de salud ☐	6. Ninguna ☐
7. Nieto(a) ☐	99. No aplica ☐		7. Técnico superior	7. Desempleado(a) por otros motivos ☐	
8. Yerno/nuera ☐			8. Superior no universitaria	8. Otras ☐	
9. Otro familiar ☐			9. Sup. universitaria	99. No aplica ☐	
10. Otro no familiar ☐			99. No aplica		
11. Empleado(a) ☐					

5. TIENE ALGÚN TIPO DE DEFICIENCIA COMO SER:

1. Cuadriplejía	2. Hemiplejía	3. Paraplejía	4. Amputado miembros superiores	5. Amputado miembros inferiores	6. Desfiguración/ deformidad	7. Trastornos mentales/ conducta
1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐
2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐

8. Convulsiones		9. Ceguera	10. Sordera	11. Otra
Frecuencia				
1. Si ☐ 2. No ☐	1. Al menos 1 vez al día	☐	1. Si ☐ 2. No ☐	1. Si ☐ 2. No ☐
	2. Al menos 1 vez por semana	☐		
	3. Al menos 1 vez al mes	☐		
	4. Menos de 1 vez al mes	☐		
	99. No aplica	☐		

6. ¿CUÁL FUE O FUERON LAS CAUSAS DE SU DEFICIENCIA?:

1. Nacimiento	2. Enfermedad infecciosa	3. Enfermedad laboral	4. Enfermedad común	5. Accidente de tránsito	6. Accidente laboral	7. Actos de violencia	8. Desastres naturales	9. Otros
1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐	1. Si ☐
2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐	2. No ☐
	Especifique		Especifique				Especifique	Especifique

7. ¿QUE TIPO DE DISPOSITIVO DE APOYO UTILIZA USTED?:

Dispositivo	Necesita		Posee	
	Si	No	Si	No
1. Bastón blanco	☐	☐	☐	☐
2. Prótesis ocular	☐	☐	☐	☐
3. Bastón	☐	☐	☐	☐
4. Auxiliares auditivos	☐	☐	☐	☐
5. Anteojos	☐	☐	☐	☐
6. Muletas	☐	☐	☐	☐
7. Silla de ruedas	☐	☐	☐	☐
8. Andador	☐	☐	☐	☐
9. Prótesis superior	☐	☐	☐	☐

Dispositivo	Necesita		Posee	
	Si	No	Si	No
10. Prótesis inferior	☐	☐	☐	☐
11. Ortesis miembro superior	☐	☐	☐	☐
12. Ortesis miembro inferior	☐	☐	☐	☐
13. Bolsa colectora de orina	☐	☐	☐	☐
14. Bolsa de colostomía	☐	☐	☐	☐
15. Sondas	☐	☐	☐	☐
16. Cojines antiescaras	☐	☐	☐	☐
17. Férulas	☐	☐	☐	☐

8. ¿En cuánto a servicios de salud, en los últimos 12 meses ha recibido?:

	1. Atención médica general?	2. Rehabilitación con médico rehabilitador?	3. Rehabilitación sin médico rehabilitador?	4. Atención Psicológica?	5. Atención médica especializada?	6. Atención ocupacional?	7. Otro tipo de atención
1. Hospital Público	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Hosp./Clínica Privado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. CESAMO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. CESAR	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Fundación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ONG para PCD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Otro (especifique)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ninguno	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. ¿HAY ALGÚN TIPO DE PROBLEMA EN SUS FUNCIONES CORPORALES?:

	1. Funciones mentales	2. Funciones sensoriales y del dolor	3. Funciones de la voz y el habla	4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y/o respiratorio.	5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y/o endocrino	6. Funciones de los sistemas genitourinario y/o reproductor	7. Funciones de los sistemas neuromusculo-esquelético y del movimiento	8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas
1. Sin problema	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ligero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Moderado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Grave	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Completo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, CUÁNTA DIFICULTAD HA TENIDO USTED O SU FAMILIAR PARA:

1. ¿Estar de pie por largos períodos como por ejemplo 30 minutos?	2. ¿Ocuparse de sus responsabilidades domésticas?	3. ¿Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?	4. ¿Participar en actividades de su comunidad?	5. ¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente su familiar por su condición de salud?	6. ¿Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?
1. Ninguna ☐	1. Ninguna ☐	1. Ninguna ☐	1. Ninguna ☐	1. Ninguna ☐	1. Ninguna ☐
2. Leve ☐	2. Leve ☐	2. Leve ☐	2. Leve ☐	2. Leve ☐	2. Leve ☐
3. Moderada ☐	3. Moderada ☐	3. Moderada ☐	3. Moderada ☐	3. Moderada ☐	3. Moderada ☐
4. Severa ☐	4. Severa ☐	4. Severa ☐	4. Severa ☐	4. Severa ☐	4. Severa ☐
5. Completa ☐	5. Completa ☐	5. Completa ☐	5. Completa ☐	5. Completa ☐	5. Completa ☐

7. ¿Caminar una larga distancia como un kilómetro?	8. ¿Lavarse todo su cuerpo (bañarse)?	9. ¿Vestirse?	10. ¿Relacionarse con personas que no conoce?	11. ¿Mantener una amistad?	12. ¿Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares diarias?
1. Ninguna ☐	1. Ninguna ☐	1. Ninguna ☐	1. Ninguna ☐	1. Ninguna ☐	1. Ninguna ☐
2. Leve ☐	2. Leve ☐	2. Leve ☐	2. Leve ☐	2. Leve ☐	2. Leve ☐
3. Moderada ☐	3. Moderada ☐	3. Moderada ☐	3. Moderada ☐	3. Moderada ☐	3. Moderada ☐
4. Severa ☐	4. Severa ☐	4. Severa ☐	4. Severa ☐	4. Severa ☐	4. Severa ☐
5. Completa ☐	5. Completa ☐	5. Completa ☐	5. Completa ☐	5. Completa ☐	5. Completa ☐