

ANEXO 1

CUESTIONARIO No. 1
REGISTRO DE VISITAS PARA LOCALIZAR A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de la familia en tu mapa:	Nombre del Promotor de Salud:		
Nombre de los padres de familia:	Zona:		
	Edad:		
Número total de personas en la familia:	Menores de 15 años:	Sexo: F	M
	Mayores de 15 años:	Sexo: F	M

Formule al jefe (a) de familia y/o a los otros integrantes las siguientes preguntas.

Quando sea necesario, haga las pruebas de discapacidad para cada persona.

Escriba las respuestas en las columnas correspondientes.

Pregunta	Nombre del miembro de la familia que tiene esta discapacidad	Edad	Sexo	Periodo de evolución
1. ¿Hay alguna persona con dificultad para ver?				
2. ¿Hay alguna persona con dificultad para oír y/o para hablar?				
3. ¿Hay alguna persona con dificultad para moverse?				
4. ¿Hay alguna persona que no tenga sensaciones en las manos y/o en los pies?				
5. ¿Alguna persona presenta una conducta extraña?				
6. ¿Alguna persona sufre convulsiones?				
7. ¿Alguna persona tiene dificultad para aprender?				
8. ¿Alguna persona tiene otra discapacidad? Escribe la discapacidad si sabes cuáles, junto al nombre de la persona				

CUESTIONARIO No. 2
NECESIDAD DE CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN

Señale en cada rectángulo del lado derecho el nivel alcanzado por cada persona

Nombre de la persona con discapacidad:	
Diagnóstico:	Fecha de encuesta:
Observaciones:	

antes y después de la capacitación.

1. ¿Se alimenta por sí misma? (comer y beber)	Sí Con ayuda Sólo con ayuda	<input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
2. ¿Se viste y se desviste?	Sí Con ayuda Sólo con ayuda	<input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
3. ¿Se asea? (lavarse, bañarse)	Sí Con ayuda Sólo con ayuda	<input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
4. ¿Se cepilla los dientes?	Sí Con ayuda Sólo con ayuda	<input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
4. ¿Se baña?	Sí Con ayuda Sólo con ayuda	<input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
5. ¿Usa el WC?	Sí Con ayuda Sólo con ayuda	<input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
6. ¿Entiende instrucciones simples?	Sí Con ayuda Sólo con ayuda	<input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

7. ¿Habla?	Sí Con dificultad No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Expresa sus necesidades?	Sí Con ayuda Sólo con ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Comprende movimientos y señas?	Sí Con dificultad No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Para comunicarse usa movimientos y señas que otros entienden?	Sí Con dificultad No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Lee los labios?	Sí Con dificultad No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se sienta?	Sí Con ayuda No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Se pone de pie?	Sí Con ayuda No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Camina?	Sí Con ayuda No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Se desplaza por la casa?	Sí Con ayuda No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Sale de casa?	Sí Con ayuda No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Tiene dolor en las articulaciones o en la espalda?	Sí Raramente No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿El/la niño(a) es ? o fue amamantado	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. ¿El/la niño(a) juega ? como otros de su edad	Sí A veces No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. ¿El/la niño(a) va a la escuela?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. ¿Participa en las actividades de la familia?	Sí A veces Sólo con ayuda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. ¿Participa en las actividades de la comunidad?	Sí A veces Sólo con ayuda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. ¿Participa en las tareas domésticas?	Sí A veces Sólo con ayuda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. ¿Tiene trabajo?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO No. 3
REGISTRO DE VISITAS AL HOGAR

Nombre de la persona: _____

Discapacidad: _____

Capacitador(a): _____

Fecha de visita	Duración de la visita	Comentarios

CUESTIONARIO No. 4

Nombre del promotor(a) de salud:
Comunidad:
Mes: _____ Año _____

INFORME MENSUAL DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

Anote el número de las personas integradas o dadas de baja en el programa durante el presente mes en los rectángulos del lado derecho.

Numero de personas con discapacidad en rehabilitación basada en la comunidad	<input type="text"/>
Número de personas del mes anterior	<input type="text"/>
Número de personas ingresadas este mes	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>
Personas que salieron del programa (deserciones)	<input type="text"/>
Número de personas que continuarán el próximo mes	<input type="text"/>

Número de personas con discapacidad que hicieron por lo menos un adelanto durante este mes (describalas):

n

n

n

CUESTIONARIO No. 5
AUTOEVALUACIÓN

Después de estar trabajando un tiempo, conteste las siguientes preguntas, que te permitir-n evaluar las actividades realizadas durante el mismo:

1. ¿Ha visitado a todas la familias de la zona para localizar e identificar a todas las personas con discapacidad? Sí No
2. ¿Todas la personas con discapacidad necesitan una capacitación para las actividades de la vida diaria, la ha iniciado? Sí No
3. ¿Tienen los(as) capacitadores(as) reuniones periódicas? Sí No
4. ¿Todos los adultos con discapacidad que necesiten trabajar han podido encontrar empleo adecuado? Sí No
5. ¿La comunidad conoce de los servicios para las personas con discapacidad? Sí No
6. ¿Todas las personas con discapacidad participan en las actividades familiares? Sí No
7. ¿Todos los(as) niños(as) en edad escolar con discapacidad van a la escuela? Sí No
8. ¿Todas las actividades realizadas con las personas con discapacidad han sido registradas y reportadas? Sí No
9. ¿Realiza valoraciones mensuales sobre sus actividades en la comunidad? Sí No

Si predominan las respuestas afirmativas, indica que est-s trabajando bien y puede continuar con sus actividades como hasta ahora.

Si predominan respuestas negativas ser- necesario revisar el programa y realizar nuevos planteamientos para lograr el objetivo inicial.