





### Informe Biomédico Funcional

\*Este informe debe ser elaborado y firmado por un profesional de salud o educación, según corresponda. Todos los campos son de llenado obligatorio\*

#### I. Datos de Identificación del usuario(a):

Apellidos	Pacheco Reyes		
Nombre	Roberto Manuel		
Rut	5 004 921 - 8	Fecha Nac.	25/07/1954

#### II. Antecedentes biomédicos y funcionales del usuario(a):

Causa Discapacidad	<input type="radio"/> Física	<input type="radio"/> Sensorial Visual	<input type="radio"/> Sensorial Auditiva
	<input checked="" type="checkbox"/> Mental / psíquica	<input type="radio"/> Mental / Intelectual	

(Puede marcar una o más de una causa)

Diagnósticos asociados a la causa de discapacidad:	
- FDD-Demenia	- Aumento fisiopencia
- I.D. - Hipertensión arterial	-
Otros diagnósticos:	
-	-
-	-

Fuente: ficha clínica o médico tratante

Breve historia de la condición de salud del usuario(a) (data de la condición de salud, evolución, tratamiento, rehabilitación, etc.):

Paciente con diagnóstico de demencia Severidad moderada con cambios discretos con Barthel independiente, deterioro funcional comunicativa y lentitud motora, Cognitivo ACE II 57 puntos, afectadas registro, almacenamiento y memoria de recuperación, sin síntomas zumbidos o conductuales.

Medicamentos indicados al usuario(a)

Galatol, Causaso, Losartan, zulo dipina, atorvastatina

Descripción del estado funcional del usuario(a)

Paciente con cambios discretos asociados a demencia, afectada movilidad y memoria de almacenamiento. En Seguimiento



Atenciones o intervenciones recibidas en el sistema de salud y/o educativo (tratamiento, programa de salud, rehabilitación, otro)

Programa Cardiovascular, Programa de Emergencia, TO y S. de C.

Usuario(a) requiere ayuda técnica<sup>1</sup>  Si  No

Cuál o cuáles:

Usuario(a) usa ayuda técnica  Si  No

Cuál o cuáles:

III. Contacto profesionales tratantes en la red de salud

Nombre y apellido	Profesión	Rut	Teléfono
Valeria Quiroz	Medico General	77587016-1	27192818

IV. Datos de identificación del profesional informante:

Nombre completo: Valeria A. Quiroz Carrasco

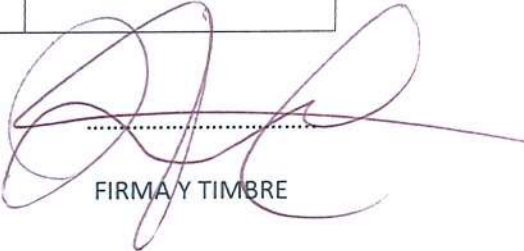
Profesión: Medico Rut: 77587016-1

Institución: CESTAM Felix Aresti

Correo electrónico: unidad.medica.farmacologia@cestram.cl

Teléfono: 27192818 Fecha informe:


 Lda. Valeria A. Quiroz Carrasco  
 Rut: 27.587.016-1  
 S.I.S: 694829  
 Med. General

  
 FIRMAY TIMBRE

<sup>1</sup> Se entiende como cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especialmente o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias. Existen ayudas técnicas para audición y comunicación (audífonos, amplificadores, tablas de comunicación, otros), visuales (lentes, lupa, bastones de orientación, otros), para movilidad (bastones, silla ruedas, andadores, otros), posicionamiento (sitting, cojines, otros), higiene (barras de apoyo, lavapelo, elevador de WC, otros), vestuario (calzador, abotonador, otros), alimentación (plato con reborde, sondas, otros), órtesis (estabilizadoras, dinámicas, cervicales, SEC, otras), prótesis, respiradores (CPAP, BIPAP, equipo O2) Orientaciones 2017 Ayudas Técnicas: Definición, Clasificación y Especificaciones. Minsal, 2017.



Informe Biomédico Funcional

\*Este informe debe ser elaborada y firmado por un profesional de salud o educación, según corresponda. Todos los campos son de llenado obligatorio\*

I. Datos de Identificación del usuario(a):

Form with fields: Apellidos (PACHECO REYES), Nombre (ROBERTO MANUEL), Rut (6004971-8), Fecha Nac. (28-07-1984)

II. Antecedentes biomédicos y funcionales del usuario(a):

Form with radio buttons for Causa Discapacidad: Física, Sensorial Visual, Sensorial Auditiva, Mental / psíquica, Mental / Intelectual

(Puede marcar una o más de una causa)

Form with sections: Diagnósticos asociados a la causa de discapacidad, Otros diagnósticos

Fuente: ficha clínica o médico tratante

Form with section: Breve historia de la condición de salud del usuario(a) (data de la condición de salud, evolución, tratamiento, rehabilitación, etc.):

Form with section: Medicamentos indicados al usuario(a)

Form with section: Descripción del estado funcional del usuario(a)



Atenciones o intervenciones recibidas en el sistema de salud y/o educativo (tratamiento, programa de salud, rehabilitación, otro)

ESTA DENTRO DE PROGRAMA CARDIOVASCULAR Y PROGRAMA DE LA MEMORIA CON BUENA ADHESION

Usuario(a) requiere ayuda técnica<sup>1</sup>  Sí  No

Cuál o cuáles:

Usuario(a) usa ayuda técnica  Sí  No

Cuál o cuáles:

III. Contacto profesionales tratantes en la red de salud

Nombre y apellido	Profesión	Rut	Teléfono
NOEMI FLORES T.	MEDICO	25308831-1	41390026

IV. Datos de identificación del profesional informante:

Nombre completo: NOEMI FLORES TOLA

Profesión: MEDICO SALUD MENTAL Rut: 25308831-1

Institución: CESFAM FELIX AMESTI

Correo electrónico: unidad.medica.fa.mamal@gmail.com

Teléfono: 41390026 Fecha informe: 8/10/25



Dr. Noemi Flores F.  
MEDICO CIRUJANO  
Rut: 25.308.831-1  
FIRMA Y TIMBRE

<sup>1</sup> Se entiende como cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especialmente o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias. Existen ayudas técnicas para audición y comunicación (audífonos, amplificadores, tablas de comunicación, otros), visuales (lentes, lupa, bastones de orientación, otros), para movilidad (bastones, silla ruedas, andadores, otros), posicionamiento (sitting, cojines, otros), higiene (barras de apoyo, lavapelo, elevador de WC, otros), vestuario (calzador, abotonador, otros), alimentación (plato con reborde, sondas, otros), órtesis (estabilizadoras, dinámicas, cervicales, SEC, otras), prótesis, respiradores (CPAP, BIPAP, equipo O2) Orientaciones 2017 Ayudas Técnicas: Definición, Clasificación y Especificaciones. Minsal, 2017.



# INFORME DE DESEMPEÑO IVADEC-CIF

NOMBRE : ROBERTO PACHECO REYES  
 RUT : 6004971-8  
 EDAD : 70 años 9 meses  
 FECHA DE EMISIÓN : 09/05/2025  
 INFORMANTE : Usuario

CODIGO	ACTIVIDADES	CALIFICADOR		
		A	B	C
d110	Mirar	1	2	0
d115	Escuchar	2	3	0
d160	Centrar la atención	4	4	0
d166	Leer	3	4	0
d1750	Resolver problemas simples	3	4	0
d2302	Completar la rutina diaria	3	4	0
d3504	Conversar con muchas personas	3	4	0
d3551	Discusión con muchas personas	4	4	0
d3600	Utilización de dispositivos de telecomunicación	3	4	0
d4104	Ponerse de pie	0	0	0
d4602	Desplazarse fuera del hogar y otros edificios	0	0	0
d4702	Utilización de transporte público con motor	2	3	0
d530	Higiene personal relacionada con los procesos excreción	0	0	0
d5400	Ponerse ropa	0	0	0
d550	Comer	0	0	0
d560	Beber	0	0	0
d5700	Asegurar el propio bienestar físico 1	0	0	0
d5702	Mantenimiento de la salud	3	4	0
d6200	Comprar	2	3	0
d6300	Preparar comidas sencillas	4	4	0
d6402	Limpieza de la vivienda	4	4	0
d710	Interacciones interpersonales básicas	3	4	0
d7200	Establecer relaciones	2	3	0
d7500	Relaciones informales con amigos	0	0	0
d7700	Relaciones sentimentales	4	4	0
d760	Relaciones familiares	1	2	0
d850	Trabajo remunerado	4	4	0
d825	Formación profesional	0	0	0
d820	Educación escolar	0	0	0
d9205	Socialización	3	4	0

(\*)Valores en negrita autocompletados.

## RESULTADOS

ORIGEN PRINCIPAL DE DISCAPACIDAD

: Mental Psíquico

OTROS ORIGENES

: Ninguno

GRUPO ETARIO

: Personas de 10 Años o Más.

INDICE DE DISCAPACIDAD

: 2

INDICE DE DESEMPEÑO

: 2

PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD

: 50 %

GRADO DE DISCAPACIDAD

: SEVERO

ROBERTO PACHECO REYES  
6004971-8  
USUARIO

Vania Becerra Basoalto  
Rut 15.722.839-0  
Kinesióloga  
  
VANIA BECERRA BASOALTO  
15.722.839-0  
KINESIOLOGO(A)



**Informe Social y de Redes de Apoyo**  
*\*Todos los campos son de llenado obligatorio\**

**I. Datos de Identificación del usuario(a):**

Apellidos	Pacheco Reyes				
Nombre	Roberto Manuel				
Rut	6.004.971-8	Fecha Nac.	25.07.1954	Edad	70
Teléfono	934113935	Correo electrónico			
Domicilio	Los Godolindinos 3432				
Villa/Pobl.		Comuna	Maun.		
Estado civil	<input checked="" type="radio"/> casado <input type="radio"/> soltero <input type="radio"/> divorciado <input type="radio"/> conviviente civil <input type="radio"/> viudo				
Sistema Salud	<input checked="" type="radio"/> FONASA <input type="radio"/> ISAPRE <input type="radio"/> Institucional <input type="radio"/> No tiene				
Motivo de solicitud de certificación					

**II. Datos de Identificación del representante:**

Representante	<input checked="" type="radio"/> persona representante <input type="radio"/> entidad a cargo		
Nombre	Patricia Bagyinka	Rut	8.002.455-k
Correo electrónico		Teléfono	
Relación con el interesado	cónyuge		

**III. Situación escolar y laboral del usuario(a)**

Nivel de escolaridad alcanzado	
<input type="checkbox"/> Sin escolaridad	<input type="checkbox"/> Técnico incompleto
<input type="checkbox"/> Básica incompleta	<input checked="" type="checkbox"/> Técnico completo
<input type="checkbox"/> Básica completa	<input type="checkbox"/> Superior incompleto
<input type="checkbox"/> Educación media incompleta	<input type="checkbox"/> Superior completo
<input type="checkbox"/> Educación media completa	
<input type="checkbox"/> Educación Especial	



Actividad o actividades que desempeña actualmente		
<input type="radio"/> Estudia	<input type="radio"/> Trabaja	<input type="radio"/> Situación ocupacional
<input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Primer ciclo básico <input type="checkbox"/> Segundo ciclo básico <input type="checkbox"/> Educación media <input type="checkbox"/> Educación regular PIE <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Superior Técnico <input type="checkbox"/> Superior Universitario <input type="checkbox"/> Post grado	<input type="checkbox"/> Remunerado <input type="checkbox"/> No remunerado  Rubro en que se desempeña: ..... ..... ..... ..... ..... Dificultades que presenta en el trabajo ..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Pensionado: Tipo de pensión:..... <input checked="" type="checkbox"/> Jubilado Tipo de jubilación: AFP..... <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Licencia Médica <input type="checkbox"/> Dueña(o) de casa

PIE: Programa de Integración Escolar

**IV. Identificación con quienes cohabita usuario(a):**

Nombre y apellidos	Edad	Relación de parentesco	Actividad principal
Patricia Begynke	69	conyuge	jubilada
Barbara Begynke	48	hija	estudiante - Universidad

Describe situación familiar actual (factores de vulnerabilidad, ciclo familiar en que se encuentra, estrés familiar, dinámica familiar, descripción de roles, algún integrante más con discapacidad)

Don Roberto vive con su esposa a pesar de estar separados hace más de 30 años. Comparten los roles del hogar y dependen del lo casa. Hija con Déficit Atencional. -  
 para relación familiar.



Usuario(a) ¿tiene cuidador?

Si       No

**V. Descripción del cuidador(a):**

Descripción cuidador/a principal

Familiar       Externo a la familia

Nombre y apellidos	Edad	Relación de parentesco	P	S	R
Barbara Bogynka	49	hija	X		

P: principal    S: secundario    R: respiro

**VI. Identificación de redes de apoyo y nivel de participación social:**

Red de apoyo principal con la que cuenta el usuario(a)

Primarias	Relación con interesado	Tipo de apoyo
<input checked="" type="radio"/> Familia	hija esposa	integral
<input type="radio"/> Otros (amigos, vecinos, grupos sociales, etc.)	—	—
Secundarias (clubes, agrupaciones, iglesia):	—	—
Institucionales (municipalidad, servicio salud, institucional educacional, otros)	Cespaen Felis de Anesti	School

Valoración general de la red de apoyo

Red de apoyo adecuada       Red de apoyo frágil       Sin red de apoyo

Participación en actividades sociales (culturales, deportivas, religiosas, comunales, etc.):

Si       No      Cuales: .....

**VII. Información sobre vivienda y entorno:**

Tipo de domicilio del usuario(a)

<input checked="" type="radio"/> Domicilio particular	<input type="radio"/> Domicilio transitorio	<input type="radio"/> Centro de larga estadía/hogar/residencia	<input type="radio"/> Otro: .....
Sector	<input type="radio"/> Rural	<input checked="" type="radio"/> Urbano	



Identificación de barreras ambientales		
Barreras al interior de la vivienda:		Barreras del entorno de la vivienda:
.....		.....
.....		.....
Habitación independiente	Baño dentro de la vivienda	Baño adaptado
<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Estado general de vivienda (ubicación de la vivienda, condiciones generales, hacinamiento, otros)

Habitación independiente

Habitación independiente de material sólido, en buen estado de conservación, consta de 3 dormitorios bien cuidados, baño y cocina.

Usuario tiene acceso a transporte:

Si     No    Tipo de transporte: Parvales.

¿El interesado tiene algún grado de limitación en el desarrollo de sus actividades cotidianas, según opinión profesional?

Si, limitación total     Si, limitación parcial     No, ninguna limitación

Comentarios

Padre Ausente, borbos como hacer, ver de borbos solo. El nivel de salud de los hijos no los puede realizar.

**VIII. Datos de identificación de Asistente o Trabajador Social informante:**

Nombre completo	Giannina Moresco Rothenbock		
Rut	10.800.792-3	Institución	Cesfam Felix de Amesti
Correo electrónico	gmoresco@cesfaminiroa.cl		
Teléfono	227192849	Fecha informe	06.05.2025


 Giannina Moresco R  
 Rut: 10.800.792-3  
 Asistente Social feereck  
 FIRMA Y TIMBRE