

**SUBSECRETARÍA DE ATENCION INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR**

**FICHA N° 2a
VALORACIÓN SOCIAL**

Instrucciones

Este instrumento permite:

- 1.- Contar con datos referentes al contexto individual, familiar, redes sociales de apoyo y del entorno de la persona adulta mayor para identificar los vínculos afectivos y emocionales así como su nivel de aislamiento y /o de apoyo como medios de prevención, contención y protección.
- 2.- Identificar el entorno laboral, cultural y social de origen de la persona adulta mayor, para su incorporación e inclusión de acuerdo a su realidad y requerimiento individual.
- 3.- Conocer sobre su situación económica como elemento que incide en su calidad de vida especialmente en los servicios residenciales.

En la medida de lo posible la entrevista y levantamiento de información en las modalidades residencial y diurna lo realizará la Trabajadora Social, en el caso de atención domiciliaria y espacios de socialización y encuentro debe realizarlo el promotor social o facilitador/tallerista.

La información social servirá de sustento para la generación de estrategias de intervención integrales considerando el estado de situación familiar y social.

En la redacción del informe se tendrá en cuenta señalar el estado físico y psíquico relevante evidenciado en estos contactos previos.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

FICHA N° 2a
VALORACIÓN SOCIAL

1.- DATOS PERSONALES DEL USUARIO

APELLIDOS Y NOMBRES : <hr/>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nº CÉDULA: ESTADO CIVIL: CASADO/ UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>
NIVEL DE INSTRUCCIÓN: SIN INSTRUCCIÓN: _____ PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ SUPERIOR _____ COMPLETA : _____ INCOMPLETA _____ No sabe leer ni escribir: _____ PROFESIÓN O TIPO DE TRABAJO ANTERIOR : _____	SITUACIÓN LABORAL: _____ _____ _____	

2.- SITUACIÓN FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA:

CON QUIEN VIVE?

SOLO: ☐

CÓNYUGE/PAREJA: ☐

FAMILIARES/ QUIEN:

OTROS/ QUIEN:

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL ADULTO MAYOR:

FAMILIARES MAS IMPORTANTES SEAN O NO CONVIVIENTES

NOMBRE DE LOS FAMILIARES	FORMA DE CONVIVENCIA OCASIONAL/ PERMANENTE	EDAD	ENTIDAD DONDE TRABAJA	CALIDAD DE LAS RELACIONES BUENA/REGULAR/MALA

¿HA PERDIDO A SU PAREJA, ALGÚN FAMILIAR Y/O AMIGO CERCANO/A EN EL ÚLTIMO AÑO SI () NO ()
EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁL? _____

3.- RED SOCIAL DE APOYO:

OCUPA EL TIEMPO LIBRE EN ACTIVIDADES SI ☐ NO ☐ ¿CUÁLES? _____

PERTENECE A ALGUNA ASOCIACIÓN U ORGANIZACIÓN: SI ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN: _____

CON QUE FRECUENCIA ACUDE A LA ASOCIACIÓN U ORGANIZACIÓN: _____

EN QUÉ ACTIVIDAD DE LA ASOCIACIÓN U ORGANIZACIÓN PARTICIPA

BAILE () EXCURSIONES () JUEGOS () OTROS () ESPECIFICAR.....

4.- SITUACIÓN ECONÓMICA:

RECIBE PENSIÓN: SI ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO QUE TIPO DE PENSIÓN RECIBE:

BONO DE DISCAPACIDAD JOAQUÍN GALLEGOS LARA: ☐

PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA (BONO DE DESARROLLO HUMANO): ☐

JUBILACIÓN ☐ INVALIDEZ ☐ VIUDEZ ☐

TIENE OTROS INGRESOS ECONÓMICO SI ☐ NO ☐ CUÁNTO:

DE DÓNDE PROCEDEN ESTOS INGRESOS: RENTAS ☐ AYUDA FAMILIARES ☐ OTRAS AYUDAS INSTITUCIONALES ☐

OTROS ☐ ESPECIFIQUE:

QUIÉN COBRA ESTOS INGRESOS DESTINO DE ESTOS RECURSOS EN ORDEN DE IMPORTANCIA: 1.....2.-.....
3.-

6. – VIVIENDA

LA VIVIENDA EN QUE RESIDE ES:

PROPIA ☐ ALQUILADA ☐ PRESTADA ☐ OTRA ☐ ESPECIFICAR:.....

ESTADO DE LA VIVIENDA:

MUY BUENA ____ BUENA ____ REGULAR ____ MALA ____ RIESGOS/CUALES: _____

HACINAMIENTO: SI: ____ NO: ____ LIMPIEZA/HIGIENE: SI ☐ NO ☐

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS:

INTERNAS ☐ EXTERNAS ☐

7. SERVICIOS BÁSICOS:

AGUA:
POTABLE ☐ ENTUBADA ☐ POZO ☐ LLUVIA ☐ TANQUERO ☐ OTROS/CUAL: _____

LUZ: ELÉCTRICA: SI ☐ NO ☐ OTROS/CUAL: _____

ELIMINACIÓN DE AGUAS SERVIDAS:

ALCANTARILLADO ☐ POZO SÉPTICO ☐ LETRINA ☐ OTROS/CUAL: _____

TELÉFONO:

FIJO: SI ☐ NO ☐ INTERNET: SI ☐ NO ☐ TELEVISIÓN POR CABLE: SI ☐ NO ☐

CELULAR: SI ☐ NO ☐

8.- ACCESO A LA VIVIENDA



CÉNTRICA: ☐
(fácil acceso mediante
transporte)

ASLAMIENTO: ☐
difícil acceso mediante
transporte)

OTROS: ☐

9. – NUTRICIÓN

CONSIDERA QUE SE ALIMENTA BIEN: SI ☐ NO ☐

NÚMERO DE COMIDAS DIARIAS QUE RECIBE:

ESPECIFIQUE CUALES:

DESAYUNO _____ REFRIGERIO MEDIA MAÑANA----- ALMUERZO _____ REFRIGERIO MEDIA TARDE-----
MERIENDA_____

10. – SALUD

CONSIDERA QUE SU SALUD ES:

BUENA: (casi nunca se enferma) ☐
REGULAR: (se enferma ocasionalmente) ☐
MALA: (Se enferma muy frecuentemente) ☐

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CATASTROFICA O PERSISTENTE: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:

PRESENTA ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☐



ESPECIFIQUE:

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE FORMA CONSTANTE: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:

UTILIZA ALGUNA AYUDA TÉCNICA: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:

11.- SERVICIO AL QUE DESEA INGRESAR

RESIDENCIAL ☐ DIURNO ☐ ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN ☐ ATENCIÓN DOMICILIARIA ☐

	Nombre	Firma
Usuario		
Familiar del Usuario		
Persona que levanta el informe		
Coordinador /Director del centro o Servicio		