



Valoración de Discapacidad INFORME REDES SOCIALES Y APOYOS

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA EN EVALUACIÓN				
1.1 Cédula de Identidad				
1.2 Nombre/s				
1.3 Apellidos				
1.4 Edad	Años		Meses	
1.5 Fecha de nacimiento ¹	/ /			
1.6 Sexo al nacer	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer	<input type="radio"/> Indefinido	
1.7 Género	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer	<input type="radio"/> Varón Trans	
	<input type="radio"/> Mujer Trans	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> No sabe/No contesta	

2. DATOS DE CONTACTO	
Departamento	
Ciudad	
Dirección	
Teléfono de contacto	<input type="radio"/> No disponible
Correo electrónico	<input type="radio"/> No disponible

3. SITUACIÓN DE SALUD Y DISCAPACIDAD	
Origen de la discapacidad	<input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/> Físico ² <input type="checkbox"/> Intelectual
	<input type="checkbox"/> Psicosocial/Psíquico <input type="checkbox"/> Visual
Prestadores de salud SNIS	<input type="checkbox"/> Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)
	<input type="checkbox"/> Hospital de Clínicas
	<input type="checkbox"/> Instituciones de asistencia colectiva (IAMC)
	<input type="checkbox"/> Seguro privado médico
	<input type="checkbox"/> Sanidad policial
	<input type="checkbox"/> Sanidad militar
	<input type="checkbox"/> Otros:

¹ dd/mm/aaaa.

² Incluye la categoría Visceral definida por la CIF.



4. IDENTIFICACIÓN DEL/LA REPRESENTANTE LEGAL	
Representante Legal	<input type="radio"/> No requiere
	<input type="radio"/> No existe Representante Legal
	<input type="radio"/> Persona física
	<input type="radio"/> Persona Jurídica
Cédula de Identidad	
Nombre/s	
Apellidos	
Teléfono de representante	<input type="radio"/> No disponible
Correo electrónico	<input type="radio"/> No disponible
Relación con PeEV ³	<input type="radio"/> Madre
	<input type="radio"/> Padre
	<input type="radio"/> Hijo
	<input type="radio"/> Hija
	<input type="radio"/> Cónyuge
	<input type="radio"/> Pareja
	<input type="radio"/> Abuela
	<input type="radio"/> Abuelo
	<input type="radio"/> Hermano
	<input type="radio"/> Hermana
	<input type="radio"/> Otro familiar sexo femenino
	<input type="radio"/> Otro Familiar sexo masculino
<input type="radio"/> Sin vínculo familiar	

³ Persona en Evaluación.



5. EDUCACIÓN	
Nivel educativo de la PeEV	<input type="radio"/> Sin escolarización
	<input type="radio"/> Educación inicial/Educación preescolar
	<input type="radio"/> Primaria común
	<input type="radio"/> Primaria especial
	<input type="radio"/> Educación Media / Ciclo básico
	<input type="radio"/> UTU - Educación Media Profesional
	<input type="radio"/> Educación Media / Bachillerato
	<input type="radio"/> UTU – Técnica no universitaria
	<input type="radio"/> Terciaria no universitaria IPA / Magisterio
	<input type="radio"/> Educación Militar
	<input type="radio"/> Educación Policial
	<input type="radio"/> Educación Universitaria
	<input type="radio"/> Postgrado
	<input type="radio"/> Educación Especial no formal
	Asistencia a centro de enseñanza
<input type="radio"/> No asiste y nunca asistió	
<input type="radio"/> Asistió alguna vez	
Tipo de educación	<input type="checkbox"/> Sin escolarización
	<input type="checkbox"/> Educación especial
	<input type="checkbox"/> Educación común
	<input type="checkbox"/> Proyecto de integración
	<input type="checkbox"/> Talleres
Sector	<input type="checkbox"/> Público
	<input type="checkbox"/> Privado



6. APOYOS PARA RESPONDER	
¿Requiere asistencia para responder?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
¿Requiere intérprete de señas para responder?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
¿Requiere ayuda técnica para responder?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Cuál o cuáles?

7. OCUPACIÓN	
Condición de actividad	<input type="checkbox"/> Estudiante
	<input type="checkbox"/> Quehaceres del hogar
	<input type="checkbox"/> Trabajador/a
	<input type="checkbox"/> Jubilado
	<input type="checkbox"/> Pensionista
	<input type="checkbox"/> Desocupado
Condición de actividad	<input type="checkbox"/> Empleado privado
	<input type="checkbox"/> Empleado público
	<input type="checkbox"/> Cooperativista
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia formal / Patrón
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia informal
	<input type="checkbox"/> Trabajador no remunerado
	<input type="checkbox"/> Rentista
	<input type="checkbox"/> Inactivo



8. GRUPO FAMILIAR Y ASISTENCIA DE TERCEROS	
Número de integrantes del grupo familiar	
Conformación del grupo familiar ⁴	<input type="checkbox"/> Varones
	<input type="checkbox"/> Mujeres
	<input type="checkbox"/> Menores de 6 años
	<input type="checkbox"/> Entre 6 y 24 meses
	<input type="checkbox"/> Entre 2 y 4 años 11 meses
	<input type="checkbox"/> Entre 5 y 11 años 11 meses
	<input type="checkbox"/> Entre 12 17 años 11 meses
	<input type="checkbox"/> Entre 18 y 64 años 11 meses
	<input type="checkbox"/> Entre 65 y 79 años 11 meses
	<input type="checkbox"/> Mayores de 80 años
La persona en evaluación tiene asistente	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Si, familiar conviviente
	<input type="checkbox"/> Si, familiar no conviviente
	<input type="checkbox"/> Si, externo a la familia no remunerado
	<input type="checkbox"/> Si, familiar remunerado
	<input type="checkbox"/> Si, externo a la familia remunerado
Edad del/la asistente	<input type="checkbox"/> Entre 12 y 17 años 11 meses
	<input type="checkbox"/> Entre 18 y 64 años 11 meses
	<input type="checkbox"/> Entre 65 y 79 años 11 meses
	<input type="checkbox"/> Mayor de 80 años

⁴ Registrar número de personas por categoría.



9. RED SOCIAL DE APOYO Y BARRERAS AMBIENTALES		
Realizar preguntas a la persona en evaluación o a el/la informante significativo más cercano (según corresponda).		
¿Cuándo usted requiere ayuda, los familiares que viven con usted le apoyan?	<input type="radio"/> SI	
	<input type="radio"/> NO	
¿Cuándo usted requiere ayuda, las personas no familiares que viven con usted le apoyan?	<input type="radio"/> SI	
	<input type="radio"/> NO	
¿Cuándo usted requiere ayuda, los familiares que no viven con usted le apoyan?	<input type="radio"/> SI	
	<input type="radio"/> NO	
¿Cuándo usted requiere ayuda, las personas no familiares que no viven con usted le apoyan?	<input type="radio"/> SI	
	<input type="radio"/> NO	
SUMATORIA DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS "SI"		
Consigne según sumatoria de puntos.	0	<input type="radio"/> Red ausente
	1 o 3	<input type="radio"/> Red familiar acotada
	5 o 7 o 10	<input type="radio"/> Red no familiar acotada
	4	<input type="radio"/> Red familiar extendida
	12	<input type="radio"/> Red no familiar extendida
	6	<input type="radio"/> Red mixta acotada
	8 o 9 u 11 o >= 13	<input type="radio"/> Red mixta extendida
Pensando en los últimos 90 días: ¿Qué tan seguido se siente apoyado/a por estas personas?	<input type="radio"/> Siempre	
	<input type="radio"/> A veces	
	<input type="radio"/> Nunca	
Pensando en los últimos 60 días: ¿En cuáles de las siguientes actividades ha participado?	<input type="checkbox"/> Culturales	
	<input type="checkbox"/> Religiosas	
	<input type="checkbox"/> Comunitarias	
	<input type="checkbox"/> Política / Gremial	
	<input type="checkbox"/> Deportivas	
	<input type="checkbox"/> Ninguna	



10. RED SOCIAL DE APOYO Y BARRERAS AMBIENTALES (2)	
Pensando en los últimos 90 días: ¿Cuál es el lugar donde usted reside?	<input type="checkbox"/> Domicilio particular
	<input type="checkbox"/> Domicilio transitorio
	<input type="checkbox"/> Centro de larga estadía/Hogar/Residencia
	<input type="checkbox"/> Otro:
Ubicación de la residencia	<input type="radio"/> Urbana
	<input type="radio"/> Rural
Pensando en el último año: ¿Cuáles de las siguientes situaciones le han afectado?	<input type="checkbox"/> Actitudes individuales de miembros de la familia cercana
	<input type="checkbox"/> Actitudes de profesionales de la salud
	<input type="checkbox"/> Actitudes sociales
	<input type="checkbox"/> Actitudes en el espacio escolar
	<input type="checkbox"/> Actitudes en el espacio laboral (compañeros)
	<input type="checkbox"/> Actitudes en el espacio laboral (administración)
	<input type="checkbox"/> Barreras físicas en el hogar
	<input type="checkbox"/> Barreras físicas en el entorno educativo
	<input type="checkbox"/> Barreras físicas en el entorno laboral
	<input type="checkbox"/> Barreras de la información
	<input type="checkbox"/> Transporte como barrera
	<input type="checkbox"/> Redes sociales como barrera
Pensando en los últimos 6 meses: ¿Cuál o cuáles de los siguientes medios de transporte utiliza usted con mayor frecuencia?	<input type="checkbox"/> Cuenta propia a pie o en silla de ruedas
	<input type="checkbox"/> Particular propio
	<input type="checkbox"/> Particular familiar
	<input type="checkbox"/> Particular, otro no familiar, sin pago
	<input type="checkbox"/> Particular de alquiler
	<input type="checkbox"/> Público ómnibus
	<input type="checkbox"/> Público taxi/UBER/REMISE/Otro similar
<input type="checkbox"/> Otro:	



11.	COMENTARIOS

12.	PROFESIONAL RESPONSABLE DEL INFORME RSA
Cédula de identidad	
Nombre/s	
Apellidos	
Número de Caja Profesional	
Profesión	<input type="radio"/> Trabajador/a Social
	<input type="radio"/> Psicólogo/a ⁵
	<input type="radio"/> Médico (De familia y Comunidad, Pediatría, General Tratante).
	<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional
	<input type="radio"/> Psicopedagogo ⁵
	<input type="radio"/> Psicomotricista ⁵
	<input type="radio"/> Enfermera universitaria ⁶
Institución	<input type="radio"/> Ejercicio privado ⁷
Correo electrónico	<input type="radio"/> No disponible
Teléfono de contacto	<input type="radio"/> No disponible
Fecha de informe	/ /
Firma y Sello (Contrafirma)	

⁵ Según requiera el caso.

⁶ Acreditada para este efecto.

⁷ En el caso de que el informe sea realizado en ese contexto.