**Evaluación de las Barreras del Entorno Físico y la Movilidad**

|  |
| --- |
| **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Apellido Paterno:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Apellido Materno:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Edad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexo:** Mujer ( ) / Hombre ( ) **Género:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Escolaridad (Años):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CURP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Procedencia de Atención**: Acción Comunitaria ( ) 1er Nivel ( ) 2do Nivel ( ) 3er Nivel ( )  **Datos y contacto de persona cuidadora o** **familiar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Número de expediente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Unidad de Atención** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CLUES** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre del prestador de servicios que aplica la herramienta**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cédula Profesional:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Aplicación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Movilidad dentro de su domicilio** | **Sí** | **No** |
| ¿En su hogar existe el espacio suficiente para permitir su libre movimiento? |  |  |
| De acuerdo a su condición de salud, ¿Su vivienda está adaptada para una persona mayor, (superficies lisas, pasillos lo suficientemente ancho para –en su caso- el paso de la silla de ruedas, cocinas diseñadas de manera acorde). |  |  |
| ¿Considera que su vivienda es la idónea de acuerdo a su condición de su salud?  *Solo en caso que la respuesta haya sido* **NO***, contestar las siguientes 2 preguntas.* |  |  |
| ¿El equipamiento para modificar su vivienda está disponible? |  |  |
| ¿Está usted en posibilidades de cambiar a una vivienda mejor adaptada de acuerdo a su condición de salud? |  |  |
| **Movilidad fuera de su domicilio** | **Sí** | **No** |
| Cuando usted sale del hogar, ¿Considera que puede realizar su traslado sin problemas? |  |  |
| ¿El camino para los peatones está libre de obstrucciones? |  |  |
| ¿En su comunidad, las aceras presentan un correcto mantenimiento? |  |  |
| En su comunidad, ¿Las aceras están libres de obstrucciones (por ejemplo, vendedores ambulantes, vehículos estacionados, árboles)? |  |  |
| ¿Usted considera que las normas y reglas de tránsito se respetan? |  |  |
| ¿Los edificios públicos que usted visita son accesibles? |  |  |
| **Barreras para la actividad física** | **Sí** | **No** |
| ¿Usted realiza actividad física en la comunidad y/o en el hogar? |  |  |
| ¿Usted se encuentra interesado en realizar actividad física? |  |  |
| ¿Considera que su situación de salud le permite realizar actividad física? |  |  |
| ¿En su comunidad se promueve la actividad física?  *En caso que la respuesta sea* ***SÍ****, contestar las siguientes 2 preguntas.* |  |  |
| ¿Considera que las instalaciones para hacer actividad física en su comunidad toman en cuenta las preferencias o necesidades de las personas mayores? |  |  |
| ¿Considera que su comunidad es segura para realizar actividad física? |  |  |
| ¿Considera que el flujo vehicular en su colonia le permite realizar actividad física? |  |  |
| ¿Tiene usted el tiempo para realizar actividad física? |  |  |
| ¿Sabe usted como iniciar un programa seguro de actividad física en casa? |  |  |
| *En caso que la persona mayor labore, realizar la siguiente pregunta:*  ¿En su lugar de trabajo se promueve la actividad física?  *En caso que la respuesta sea* ***SÍ*** *realizar la siguiente pregunta* |  |  |
| ¿Usted realiza actividad física en su trabajo? |  |  |
| Cuando usted ha acudido a consulta, ¿Le han prescrito realizar actividad física? |  |  |
| **Barreras para la participación social** |  |  |
| ¿Conoce usted los lugares de encuentro que incluyan a personas mayores en su comunidad (centros recreativos, escuelas, bibliotecas, centros comunitarios, parques o jardines)? |  |  |
| ¿Los sectores público y privado realizan actividades de participación para adultos mayores en su comunidad? |  |  |
| ¿Usted participa en actividades comunitarias: (recreación, actividades físicas, sociales o espirituales)? |  |  |
| ¿Considera que la ubicación es conveniente para usted? |  |  |
| ¿Considera que el horario es conveniente? |  |  |
| ¿La admisión para participantes es abierta? |  |  |
| ¿El precio para participar constituye algún problema para usted? |  |  |
| ¿Conoce usted la gama de actividades que puede realizar en su comunidad? |  |  |
| ¿Tiene interés en llevarlas a cabo? |  |  |
| ¿Considera usted que las actividades alientan/estimulan la participación de personas de diferentes edades? |  |  |
| ¿Las instalaciones de dichos lugares de encuentro promueven el uso compartido para personas de distintas edades? |  |  |
| ¿Los lugares de encuentro y las actividades locales promueven el acercamiento e intercambio entre los vecinos? |  |  |
| **Barreras para la movilidad en el transporte** | **Sí** | **No** |
| ¿El transporte público es accesible en cuanto a precio? |  |  |
| ¿Considera que el transporte público es confiable y frecuente? |  |  |
| ¿Considera que las rutas de transportes son adecuadas de acuerdo a sus necesidades? |  |  |
| De acuerdo con su condición de salud, ¿considera que los vehículos son accesibles? |  |  |
| ¿Considera que las paradas del transporte son adecuadas? |  |  |
| ¿Considera usted que la actitud del conductor al manejar es la correcta? |  |  |
| ¿Considera usted que los caminos en su comunidad presentan buen estado de conservación? |  |  |
| Dispositivos auxiliares |  |  |
| ¿Le han prescrito dispositivos auxiliares o ayudas técnicas? |  |  |
| ¿Usted considera que requiere de ellos?  Sólo si su respuesta es SÍ en ésta y la anterior pregunta, continuar con las siguientes. |  |  |
| ¿Dispone de ellos? |  |  |
| ¿Se los han ofrecido de manera gratuita en alguna dependencia del gobierno? |  |  |
| ¿Ha acudido a algún otro lugar para que le apoyen con ellos? |  |  |

De acuerdo con las respuestas de manera descriptiva identifique el tipo de barreras de la persona mayor en su entorno.

**Interpretación**

|  |  |
| --- | --- |
| **Barreras en el entorno físico para la movilidad** | |
| Barreras para la movilidad dentro de su domicilio | Barreras para la movilidad en el transporte |
| Barreras para la movilidad fuera de su domicilio | Otras: |
| **Barreras para la accesibilidad a dispositivos auxiliares** | |
| Presencia de barreras | Ausencia de barreras |
| **Barreras para la realización de actividades de participación social / recreación** | |
| Presencia de barreras | Ausencia de barreras |