DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento

Número de Factura: 113

Código Único de Factura - CUFE : c58764fca38c04f6b4e0752ab15f7c6d8074548d97ab94907f32fb0f0bbbfeee9e9721a7f6dc6e765490b8f3d3ab284a

Fecha de Emisión: 11/04/2022
Tipo de Operación: Generica
Tipo de Negociación: Contado
Orden de Compra:

Fecha de Vencimiento: 11/04/2022
Prefijo:
Medio de Pago: Consignación bancaria
Fecha orden de compra:

Datos del Emisor

Tipo de Responsabilidad:R-99-PN
Nit del Emisor: 900973037
Nombre Comercial: FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
Responsabilidad tributaria: 1 - IVA
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Actividad Económica: 9499

Teléfono: 3164149973

Razón Social: FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S

Dirección: CL 13 5 D 14 BRR HUNZA
País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio: Tunja
Correo: fundaciondeserviciosocialfss@gmail.com

Datos del Adquiriente

Nit del Adquiriente:891801796
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 891801796
Nombre Comercial: MUNICIPIO DE CALDAS
Responsabilidad tributaria: 1 -
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de Responsabilidad:O-23

Razón Social: MUNICIPIO DE CALDAS
Dirección: CRA 3 No. 2 09
País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio/Ciudad: Caldas
Correo: facturacion@caldas-boyaca.gov.co
Teléfono: 3219488825

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IMPUESTOS			Valor de Venta por Item
								IVA	INC	Bolsa	
1	33138100-7	LIQUIDACION CONTRATO ESAL No. 001 DEL 28 DE ENERO DE 2022	NIU	1,00	$ 43.400.000,00						$ 43.400.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Información Complementaria Extensión

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

Datos Totales



MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	43.400.000,00
Subtotal Base gravable (=)	$	0,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Monto total impuesto(+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	43.400.000,00
Descuento Global (-)	$	0,00
Recargo Global (+)	$	0,00
Valor total de la operación (=)	$	43.400.000,00

Documento validado por la DIAN
11/04/2022 10:32:15

Documento generado el: 11/04/2022 10:32:13

Generado por: **Solución Gratuita DIAN** Nit: **800.197.268**

Numero de Autorización: 18764022328505 Rango Autorizado: Desde 111 Rango Autorizado: Hasta 301 Vigencia: 2022-12-03

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40038631
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			CARMEN ROSA OCHOA RICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CL 9 A B 40	TELÉFONO:	7332310
TIPO APORTANTE:	52-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades registradoras y liquidadoras de la act
FORMA DE PREGENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4442150480	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2022
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2022/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	900048580

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										$ 160.000	$ 0	$ 160.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VRP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	PRF	PENSIÓN						SALUD						ARP																															
																										ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 40038631	OCHOA CARMEN ROSA	NOPENS		$ 1.000.000				NO	30															230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000			$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 285.000

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

OSCAR FERNANDO WILCHES GOYENECHE
CONTADOR PÚBLICO
ASESORÍAS CONTABLES, TRIBUTARIAS Y FINANCIERAS

El suscrito Contador Público OSCAR FERNANDO WILCHES G. Identificado con cedula de ciudadanía N° 7.161.629 de Tunja.

CERTIFICA:

El suscrito, certifica que la FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S., identificada con el NIT. 900.973.037-1 se encuentra a paz y salvo con el Estado por concepto de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar ,Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje dentro de los seis (06) meses anteriores a la fecha de suscripción de la presente certificación, dando así cumplimiento con las normas legales estipuladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Art. 1o de la Ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide en la ciudad de Tunja a los once (11) días del mes de abril de 2022, a solicitud del interesado.

Cualquier enmendadura anula el presente certificado.

Cordialmente,

OSCAR FERNANDO WILCHES G.
REVISOR FISCAL
T.P. 100610 T

Carrera 11 N° 16 - 91 Centro de Negocios y Especialidades NOVOCENTER; oficina 201.
Tunja.
Cel. 3105820553. Email: oscarfernando08@hotmail.com

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:

7 0 4 E 8 1 8 6 1 4 F 5 D F 0 1

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **OSCAR FERNANDO WILCHES GOYENECHE** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 7161629 de TUNJA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 100610-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 28 días del mes de Febrero de 2022 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.161.629

WILCHES GOYENECHE

APELLIDOS

OSCAR FERNANDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1968

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA | O+ G.S RH | M SEXO

13-DIC-1987 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0700100-00153000-M-0007161629-20090319 0010408089A 1 6770004988


República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
100610-T
OSCAR FERNANDO
WILCHES GOYENECHE
C.C. 7161629
RESOLUCION INSCRIPCION 21 FECHA 2001/04/29
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DE BOYACA
PRESIDENTE
MIGUEL ROJAS PEÑA
110183


20296
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40038601
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			CARMEN ROSA OCHOA RICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCION:	CL 9 4 B 40	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4442150460	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2022
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2022/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9989468586

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES										$ 160.000	$ 0	$ 160.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES													$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																								ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 40038601	OCHOA CARMEN ROSA	INDEPEND.		$ 1.000.000			NO																230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 285.000

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33704108		RODRIGUEZ BENITEZ ADRIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 11 nro 28 03	CHIQUINQUIRA-BOYACA	7264241	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1352856001	9431939176	I	2022/03/03	2022/03/04	BANCO DAVIVIENDA	1	$1,200,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,000,000	$680,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$4,000,000	$20,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,000,000	$680,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$4,000,000	$20,900		$0	$0
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$4,000,000	$680,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$4,000,000	$20,900		$0	$0
1	CC 33704108	RODRIGUEZ ADRIANA	230301	30	$4,000,000	$680,000	EPS005	30	$4,000,000	$500,000		0	$0	$0	14-23	30	$4,000,000	$20,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$4,000,000	$680,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$4,000,000	$20,900		$0	$0

2022/03/03 10:01 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33704108		RODRIGUEZ BENITEZ ADRIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 11 nro 28 03	CHIQUINQUIRA-BOYACA	7264241	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1352856001	9431939176	I	2022/03/03	2022/03/04	BANCO DAVIVIENDA	1	$1,200,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$680,000	$0	$0	$680,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$680,000	$0	$0	$680,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,900	$0	$0	$20,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,900	$0	$0	$20,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$500,000	$0	$0	$500,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$500,000	$0	$0	$500,000
TOTAL				1	$1,200,900	$0	$0	$1,200,900

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7318254		APONTE GAYON MIGUEL FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 10 n 27a 80	CHIQUINQUIRA-BOYACA	7264241	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1382345694	9431537827	I	2022/03/11	2022/03/25	BANCO DAVIVIENDA	14	$285,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,000,000**	**$160,000**			**$1,000,000**	**$125,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					**$1,000,000**	**$160,000**			**$1,000,000**	**$125,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
1	CC	7318254	APONTE MIGUEL	230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,000,000**	**$160,000**			**$1,000,000**	**$125,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

2022/03/24 08:30 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7318254		APONTE GAYON MIGUEL FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 10 n 27a 80	CHIQUINQUIRA-BOYACA	7264241	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1382345694	9431537827	I	2022/03/11	2022/03/25	BANCO DAVIVIENDA	14	$285,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$160,000	$0	$0	$160,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$285,000	$0	$0	$285,000

SEGURIDAD SOCIAL MES DE FEBRERO 2022

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053344065		MURCIA ROCHA NATHALIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5 # 21-06	CHIQUINQUIRA-BOYACA	7125519	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	176115384	943181003	1	2022-03-15	2022-03-02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$290,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300
1	CC	1053344065	MURCIA NATHALIA	X	30	$1,000,000	$160,000	EPS044	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	$5,300	0	$0	$0	No	$290,300
Total	**Afiliados(1)**					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053344065		MURCIA ROCHA NATHALIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5 # 21-06	CHIQUINQUIRA-BOYACA	7125519	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	176115384	943181003	1	2022-03-15	2022-03-02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$290,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$290,300	$0	$0	$290,300

CUADRO DE COSTOS

1	**DESCANSO DIGNO UNIDOS POR EL PROGRESO DE CALDAS**				
ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	V/UNITARIO	V/TOTAL
	DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL				
1.1	-Diagnóstico del Entrono y de necesidades habitacionales				
	Profesional de psicología que determine el grado de vulnerabilidad del adulto mayor a partir del análisis de los estilos de vida saludable (DIAGNOSTICO PSICOSOCIAL)	mes	1	$ 2.500.000	$ 2.500.000
	Licenciado en educación Física que analice las condiciones de rehabilitación y vulnerabilidad, como consecuencia de enfermedades o edad avanzada (DIAGNOSTICO FISICO A BENEFICIARIOS DEL CONTRATO)	Mes	1	$ 2.500.000	$ 2.500.000
	Profesional de enfermería especializada, que permita diagnosticar el grado de vulnerabilidad en salud, de cada uno de los adultos mayores caracterizados para el programa (DIAGNOSTICO DE SALUD BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA)	Mes	1	$ 2.500.000	$ 2.500.000
	COORDINADOR -General 1 Profesional Administrador que lidere el proceso de consolidar la información de los profesionales de la salud, y determine el nivel de vulnerabilidad de los adultos mayores a beneficiarse del programa	Mes	1	$ 2.500.000	$ 2.500.000
	SUB-TOTAL				**$ 10.000.000**

1.3	Logística: Servicio de transporte para profesionales de la salud, para el Análisis del entorno individual en sitio de residencia de los beneficiarios del programa.	1camioneta 4x4	10 días	$ 134.000	$ 1.340.000
SUB TOTAL					**$ 1.340.000**
ACTIVIDADES DE APOYO					
2.2	Entrega de apoyos personalizados:				
	- Refrigerio	Raciones	21	$ 4.500	$ 94.500
	-Almuerzo	Raciones	21	$ 12.000	$ 252.000
SUB TOTAL					**$ 346.500**
APOYOS AL PROGRAMA					
2.3	Entrega de apoyos Habitacionales: base cama, colchón, protector, sabanas, manta, almohada, etc. Colchones de 100X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jacquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara),firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales, Base cama referencia Classic , protector antifluido, Almohada en fibra siliconada, juego de sabanas Y manta.	11	Beneficiarios	$ 1.460.000	$ 16.060.000
	Entrega de apoyos Habitacionales: base cama, colchón, protector, sabanas, manta, almohada, etc. Colchones de 120X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jacquard acolchada, Sistema One	10	Beneficiarios	$ 1.600.000	$ 16.000.000

	Side (una sola cara),firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales, Base cama referencia Classic , protector antifluido, Almohada en fibra siliconada, juego de sabanas Y manta.				
SUB TOTAL					**$ 32.060.000**
TOTAL					**$ 43.400.000**

Cordialmente,

CARMEN ROSA OCHOA RICO
R/L FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

Caldas, 11 de abril del 2022

Doctor
GERMAN ZAMIR PERALTA
Secretario General y de Gobierno
Supervisor Contrato No 01 del 28/01/2022
E. S. D.

REF: INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DE ACUERDO AL CONTRATO No. 001- DEL 28 DE ENERO DEL 2022. CUYO OBJETO "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESCANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE "

Estimado Doctor,

Por medio de la presente, me permito radicar el informe de ejecución del Convenio de la referencia, y de la ejecución de las actividades programadas de acuerdo al contrato en mención, suscrito entre el municipio de Caldas-Boyacá y la Fundación de Servicio Social; igualmente, la relación de los registros fotográficos y planillas de valoración por cada uno de los profesionales adscritos a la fundación y el consentimiento de visita, de los beneficiarios del programa.

Nota: se anexan planillas de acuerdo a lo enunciado especificando: Número, fecha, procedimiento, nombre, documento de identidad, firma y huella.

Cordialmente,

CARMEN ROSA OCHOA RICO
C.C. No. 40.030.601 Tunja

"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE

2022

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ACTA FINAL 001

INFORME DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA "DESCANSO DIGNO EN LOS AÑOS DORADOS" CORRESPONDIENTE AL CONTRATO ESAL 01 DEL 28 DE ENERO DEL 2022

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Nombre:	"DESCANSO DIGNO PARA LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CALDAS"
Directordel proyecto	Carmen Rosa Ochoa Rico
Numerode Adultos Mayores	21 pax.
Inversión individual del programar	$ 2.066.666
Duración del Proyecto	60 días
Cobertura del Proyecto	Adultos Mayores del municipio de Caldas

2. ENTIDAD EJECUTORA

Nombrede la Entidad:	FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL FSS.
NIT:	NIT. 900973037-1
Representante Legal:	CARMEN ROSA OCHOA RICO
Documento de Identificación:	C.C. No. 40.030.601 Tunja

Dirección:	Calle 13 N° 5D - 14 Barrio Hunza
Teléfono:	Cel: 3134291805
Ciudad:	Tunja
Departamento:	Boyacá

3. ENTIDAD CONTRATANTE

CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE CALDAS – BOYACA NIT 891.801.796-4
REPRESENTANTE LEGAL:	ISNARDO ALFONSO CASTELLANOS
CONTRATISTA:	FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL NIT 900973037-1
REPRESENTANTE LEGAL:	CARMEN ROSA OCHOA RICO C.C. No. 40.030.601 Tunja
OBJETO:	"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE
VALOR DEL CONTRATO:	CUARENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($ 43.400.000.oo) MCTE.
PLAZO DE EJECUCION:	DOS (02) MESES A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO
PAGO:	MEDIANTE ACTAS PARCIALES
SUPERVISOR	SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO
FECHA DEL CONTRATO	28 de enero del 2022

ACTA DE INICIO	18 de febrero de 2022
FECHA DE TERMINACION	17 de abril del 2022
FECHA REAL DE TERMINACIÓN	11 DE ABRIL DE 2022

4. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

A medida que pasan los años, aumenta la incidencia de diversas enfermedades, la administración municipal de Caldas y la Fundación de Servicio Social desarrollamos el programa para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a través de actividades integrales que les permitan llevar un estilo de vida saludable que fomenten su salud y mejoren su calidad de vida.

En el municipio de Caldas, a los 11 días del mes de marzo del 2022 se reunieron en las instalaciones de la alcaldía municipal; la administradora del programa, los profesionales de la fundación de servicio social y el Supervisor del convenio No 002 del 28 de febrero de 2022 Secretario General y de Gobierno, con el fin de socializar las actividades en cumplimiento del objeto contractual.

4.1. ACTIVIDADES DE SELECCIÓN

La selección se realizó a través de las bases de datos de El Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN I y II), para las personas más vulnerables y de más alto riesgo del municipio. El listado definitivo de los beneficiarios fue suministrado y caracterizado por parte del supervisor del programa, igualmente se estableció de acuerdo al grado de vulnerabilidad diagnosticado por parte de profesionales de la fundación.

TOTAL SELECCIONADOS: 21

4.2. VALORACION

Una vez realizado el proceso de selección, se dio inicio a la valoración de enfermería, Valoración física, análisis del entorno, valoración psicológica y se realizó capacitación a todos los adultos mayores que se seleccionaron en el programa, con el objeto no solo de verificar las personas más vulnerables, sino también, determinar las condiciones físicas que permitan definir las necesidades de apoyo para el descanso digno.

4.3. ANALISIS DE CAMPO BENEFICIARIOS

Los beneficiarios seleccionados, se le efectuaron las valoraciones y análisis del entorno; en donde se determinó que tipo de vivienda tiene, se determinaron las especificaciones técnicas de cama (material, medida), tipo de colchón - colchoneta (blando, duro o semiduro), protectores de colchón, sabanas y sobre sabanas, almohadas; y en general el estado y manejo de la asepsia necesarios para mejorar las condiciones para un descanso digno.

Una vez autorizados, los profesionales realizaron un estudio concienzudo del perfil de los beneficiarios del programa. Igualmente se realizó un diagnóstico de los beneficiarios: lugar de ubicación, quienes componen el hogar donde viven, cuántos son, de que viven, si sus ingresos son suficientes para suplir sus necesidades, si están en situación de abandono o hacinamiento, y si les hace falta los elementos que suministrara el programa, etc.

Los profesionales toman la información de primera mano, es decir directamente del adulto mayor en sitio, y analiza todos los factores relativos al programa y las condiciones de aplicabilidad del programa y el impacto en la unidad familiar; no obstante, se diligencia por tiempos de pandemia el consentimiento informado de la aceptación de la visita a cada uno de los beneficiarios y de su responsable.

4.4. METODOLOGIA

En primera instancia, se aplicó una **encuesta del Análisis del Entorno** y de necesidades habitacionales por parte del administrador del programa aportado por la Fundación de Servicio Social, un análisis del sitio y los elementos de alojamiento del grupo adulto mayor perteneciente al Municipio de Caldas, determinando que el 80% de los adultos mayores cuentan con los elementos básicos para la satisfacción de sus necesidades vitales como agua, luz y techo digno y con todos los servicios básicos; igualmente para su descanso en sus hogares, cuentan con un sitio para el descanso diario y con un acceso a sus dormitorios asequible, pero la mayoría de las viviendas no cuentan con acondicionamientos que disminuyan el riesgo de caída. En las Condiciones del dormitorio se pudo observar que más del 90 % de los elementos para el descanso digno como cama, colchón, almohadas, presentan deterioro por una vida útil superior (con más de 7 años de uso). Las camas en metal o madera no cumplen con las necesidades actuales de higiene y salubridad necesarias.

En segundo lugar, se aplicó un **Análisis de Salud**, haciendo una valoración física para establecer la necesidad del tipo de colchón a aplicar, identificando en un análisis de salud

si existe alguna discapacidad física, mental o psicológica; si existe alguna incapacidad cerebral, física, de dependencia y se el beneficiario tiene personal de apoyo.

En tercer lugar, se realizó diagnostico **psicosocial**, donde se analizaron los estilos de vida saludable de los adultos mayores. Determinando el nivel de aislamiento que presenta el adulto, en su medio, con qué frecuencia tiene contacto con sus familiares, que personas lo pueden apoyar en situación de enfermedad y con quien podría contar en situación de calamidad.

En cuarto lugar, se realizó una evaluación **Física,** con la que se pretende determinar el estado de movilidad de los adultos mayores y si existen alteraciones neurológicas o patológicas que permitan una selección adecuada de la implementación a entregar, como el colchón, el protector y las almohadas, analizando así las condiciones de rehabilitación como consecuencia de la edad avanzada.

El programa Descanso digno, cuenta con veintiún (21) beneficiarios, y con el objeto de apoyar logística, operativa y organizacionalmente encaminada a la protección y desarrollo de las actividades en favor de la población adulta mayor del municipio de Caldas - Boyacá en aplicación a la ley 1276 de 2009 Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE APLICABLE" el equipo de trabajo: el representante legal de la FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL, los profesionales fijaron las actividades descritas a continuación:

- **PLANILLA UNO:**

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Caldas, Día_____ Mes _____ Año _2021__

Beneficiario_____ ___ Tipo de identificación CC ____
N° _____ ____Familiar y/o cuidador responsable _____
_____ identificación CC __ _____ de _____,manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas ; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como: trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virusida germicida de quinta generación, para el desarrollo de las actividades previstas .

_____ _____

Firma
CC.

EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ENTORNO POR PARTE DEL PERSONAL PROFESIONAL:

Para realizar este análisis en primer lugar se recopilo la información de cada uno de los factores que inciden en el entorno a cada uno de los posibles beneficiarios. Se tuvo que investigar y realizar un gran esfuerzo, para definir una simple estimación del análisis detallado del entorno, del análisis de las condiciones de salud y hábitos de estilo de vida saludable y familiar, como la valoración física y el control y seguimiento.

En cualquier caso, tener esa estimación, tener conocimiento de las circunstancias que nos rodean, incluso aunque sea un conocimiento aproximado, resulta esencial para poder tomar posteriormente decisiones objetivas para la entrega de los elementos para el mejoramiento del descanso digno en los años dorados.

Nota: anexo planillas de cada uno de los beneficiarios.

- **PLANILLA DOS:**

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

• **Nombres y Apellidos**_____
•**Número de Cédula**_____ de_____ sexo: F_____M_____
•**Fecha de nacimiento**___/___/___•**Edad**_____ •**Estado Civil:** Soltero(a)__Casado(a)___Viudo(a)___
•**Domicilio**_____ •Tel_____ •SISBEN (1) ____ (2) _____ •**EPS**_____
•**Familiar y/o cuidador respondable**_____TEL._____
•**PESO**_____ **TALLA**_____ **TEMPERATURA**_____

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

• Tiene vivienda: Propia_____ Arrendada_____ Familiar_____ Otra_____
• ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI____ NO_____PARCIALMENTE_____
• ¿Cuenta con baño? SI_____ NO_____• ¿El acceso al baño es: Asequible? SI_____ NO_____
• ¿Tiene dormitorio exclusivo? ___compartido____ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI ___ NO___
• ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno _____ Regular_____ Malo_____
• Con cuantas camas cuenta el dormitorio _____Comparte la cama? SI_____ No_____
•Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: SI_____ No_____ Cuál_____
• Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda SI_____ No_____A veces_____

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

•CAMA: Buena_____ Regular_____ Mala_____
•TIPO: Madera _____ Metálica__ _____ Concreto_____ Otro_____

•TAMAÑO: Sencilla _____ Semidoble _____ Doble_____
•COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual_____
•Algodón_____ Resortado _____ espuma _____Otro_____ •Bueno _____ Regular ____ Malo _____
•CARACTERISTICAS COLCHON: Duro_____ Semiduro_____ Blando_____
•UTILIZA SÁBANAS: Si_____ No_____ A veces _____
•CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días_____ entre 1 y 5 días_____ más de 6 días__ ___
•COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster _____ Lana _____Otro_____
•CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días_____ entre 6 a 30 días_____ más de 30 días_____
•UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: SI _____ No_____A veces_____
•CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días_____ entre 6 a 30 días_____ más de 30 días_____
•UTILIZA ALMOHADA: Si _____ No_____ A veces_____
•CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días____ entre 6 a 30 días_____ más de 30 días_____
•UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si _____ No_____
•CUAL? Mesa de Noche_____ Lámpara_____ Butaco _____Closet _____Tv_____ Radio____
•FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI_____NO_____
•CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días_____ más de 3 meses _____

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

•Como describe su sueño: ligero_____ Profundo_____ Muy profundo_____
•Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO_____
•Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces _____De 4 a 7 veces _____más de 8 veces____
• Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO_____
•Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO_____
•Su cena es: LIGERA_____NO LIGERA_____NO CENA_____
•Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO_____
•Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO_____A VECES_____
•Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO_____A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO_____ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

_____ _____
FIRMA ADULTO MAYOR. FIRMA PROFESIONAL

- PLANILLA 3 ENFERMERA

EVALUAR LAS CONDICIONES DE SALUD Y HÁBITOS DE VIDA EN EL ENTORNO FAMILIAR Y HABITABILIDAD DEL ADULTO MAYOR:

Es fundamental para los adultos mayores, tener un lugar de descanso digno y que cubra sus necesidades de salud y sobre todo alivie sus dolencias, es por esto que a través de este proyecto y las encuestas estructuradas para la parte de salud se logró identificar las principales afecciones relacionadas directamente con la parte física, esto a través de la anamnesis y la valoración física donde se identificaron diversas afectaciones en la salud física de los adultos mayores a nivel general, dentro de las cuales se encuentran:

- Presencia de dolores y espasmos musculares
- Cambios estructurales y anatómicos en la columna cervical (lordosis, escoliosis, cifosis)
- Enfermedad reumatoide (artrosis, artritis)
- Disminución de la fuerza muscular
- Deterioro osteoarticular
- Hábitos posturales incorrectos que generan cambios en la posición y por ende dolor
- Limitaciones del movimiento
- Discapacidades físicas

Situaciones anteriormente nombradas que en su gran mayoría son propias y secundarias a la fase del envejecimiento, pues es allí donde se producen cambios fisiológicos y morfológicos, también produciéndose modificaciones en su estado de salud, donde se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo, siendo más vulnerable el adulto mayor a padecer cualquier tipo de trastorno o deterioro por la edad. Por otro lado, a través de la anamnesis y la indagación sobre antecedentes personales, se establecieron factores de riesgo para los adultos mayores como lo son, la hipertensión arterial y diabetes principalmente, es por ello que resulto fundamental el fortalecimiento en la educación sobre estilos de vida saludables a este grupo de personas. En cuanto a la valoración física, el cuerpo se evaluó desde diversos planos: posterior, anterior y lateral, observando así de esta forma las necesidades físicas de cada persona.

Es por esto, que resulta de gran impacto ofrecer a los adultos mayores condiciones óptimas de descanso, esto reflejado principalmente en la dotación de un colchón adecuado, que favorezca la mejoría de todos los problemas físicos que padecen las personas de este grupo de edad, en este caso un colchón semiduro, pues este favorece la correcta posición durante toda la noche o en el momento del descanso, para evitar así dolores de espalda o molestias lumbares, aportando adaptabilidad al cuerpo y haciendo el proceso de acostarse y levantarse más fácil teniendo en cuenta las características físicas de los adultos mayores.

PLANILLA

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS_____
C.C._____DE_____FECHA DE NACIMIENTO____/___/___EDAD_____
SEXO F___M____ DOMICILIO _____ TEL_____ Estado Civil:
Soltero(a)__Casado(a)__Viudo(a)__
NIVEL SISBEN. 1_____ 2_____ EPS_____RH_____
Familiar y/o cuidador respondable_____TEL._____
PESO_____ TALLA_____ TEMPERATURA_____

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. **A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:**

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		
Tos		
Dificultad respiratoria		
Dolor muscular		
Dolor de garganta y cabeza		
Perdida del gusto u olfato		
Diarrea		

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial			Hepatitis			Tuberculosis		
Diabetes			Tuberculosis			Hipertensión Arterial		
Dislipidemias (Colesterol Alto)			Hospitalizado el último año			Diabetes		
Osteoartritis			Transfusiones			Infarto de Miocardio		
ACV (Derrame Cerebral)			Intervencion Quirúrgica			Demencia		
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)			Accidentes			Cáncer: (Mama, estómago, colon)		
Cáncer								
♀ Cáncer de cervix / mama								
♂ Cáncer de próstata								

2.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	NO	SI	Cuál?

3. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☐
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

4. **TEST DELTA**

MOVILIZACIÓN

(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO

(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO

(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO

(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN

(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)
(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)
(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: _____

Observaciones:

_____

_____

GRADO DE RIESGO

ALTO_____ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

_____ _____

FIRMA ADULTO MAYOR. **FIRMA PROFESIONAL**

- PLANILLA CUATRO:

PSICOLOGA: PROMOVER EL CUIDADO POR LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR Y LA IMPORTANCIA DE MANTENER UNAS CONDICIONES DE DESCANSO DIGNO EXCLUSIVO PARA ELLOS.

A pesar de la soledad que se observa en cada uno de los adultos, algunos manifestaron que algún familiar los asiste, sin embargo, permanentemente comentan que a pesar de que en la semana tiene contacto telefónico o presencial con sus familiares, se sienten solos y demuestran resignación y tristeza.

Hay que anotar una cosa muy importante y es la bondad de estos seres maravillosos que a pesar de su pobreza, siempre fueron atentos, nobles y brindaban un calor humano característico de nuestras gentes de este territorio. Dentro de sus limitaciones, siempre quisieron brindarle al equipo de trabajo, una fruta o un jugo o algún alimento, que denotaban felicidad y alegría.

La información requerida quedo plasmada en las planillas adjuntas, para cada uno de los beneficiarios, las cuales anexo.

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos _____ • Tel._____
•Número de Cédula_____ de_____ • Edad_____
•Fecha de Nacimiento_____/_____/_____ • sexo F_____M_____DOMICILIO_____
•Estado Civil: Soltero(a)___Casado(a)____Viudo(a)___• Nivel de Escolaridad Primaria___ Bachillerato____ Otro__
•Nivel de SISBEN (1)_____ (2)_____ •EPS_____ •RH_____
•Familiar y/o cuidador responsable_____TEL._____
•Peso_____ •Talla_____ •Temperatura_____

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? _____Familiares: Si_____ No_____
• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si____ No ___A veces____ ¿Cuál? _____
• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si _____No_____ A veces_____
• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Si_____ No _____A veces_____
• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días __De 7 a 15 ____+30 días_____
• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1._____ 2. Nadie _____
• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie_____ 2. Cuántas _____
• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna____2. Una vez al día ____3. Una vez a la semana___ 4. 2-6 veces por semana ____
• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si _____ 2. No _____ 3. No constantemente_____
• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente__ 2. Algunas veces___3. Casi nunca__
• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo_____ 2. Descontento por lo poco que los veo _____
•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando asi su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día_____ 2.- Una vez al mes_____ 3.- Una vez al año_____ 4.- Nunca_____
• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? Si_____NO_____ CUAL_____
• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podria contar con alguien que le ayude? Si _____ NO_____NO SABE_____
¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si ___ 2. No_____
¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ____ 2. No_____

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error.
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde —

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

_____

_____

GRADO DE RIESGO

ALTO_____ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

_____ _____

FIRMA ADULTO MAYOR. **FIRMA PROFESIONAL**

- **PLANILLA CINCO:**

VALORACIÓN FISICA; CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CADA PERSONA

Aproximadamente el 30 % de los sujetos mayores de 60 años podrían experimentar una caída durante su vida, evento que demanda en la mayoría de los casos atención hospitalaria y que puede llevar a la muerte. Las caídas son consideradas la segunda causa de muerte por lesiones accidentales en la población adulta mayor y la disminución de la condición física en esta edad suele ser uno de sus factores desencadenantes. Lo anterior muestra que la condición de salud en esta población, debe evaluarse de acuerdo al grado de mantenimiento de la capacidad funcional, pues su alteración genera consecuencias

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

• **Nombres y Apellidos** _____ •
sexo: F_____M_____ •**Número de Cédula**_____ de _____RH:_____

• Edad_____ •**Estado Civil:** Soltero(a)___Casado(a)___Viudo(a)___•**Escolaridad:** Primaria___ Bachillerato_____

•**Residencia**_____ Tel_____ •**Nivel de SISBEN** (1)_____ (2)_____
•**EPS**_____ • Discapacidad SI_____NO_____

• **Familiar y/o cuidador respondable**_____TEL_____

•**Enfermedades Crónicas.**

DIABETES:	**HTA:**	**CANCER.**	**ENF. REUMAT.:**	**CARDIOPATIAS:**
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** ___ **PESO:**_____

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOS CADAUNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarra los zapatos y abrocharse (abotonarse)?				
2.- Acostarse y levantarse de la cama?				
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?				
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?				
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?				
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?				
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?				
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbuso la micro?				
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?				
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacéno negocio?				

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso

Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluación deegresocomparadoconlaevaluación deingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?		
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?		
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?		
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?		
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		

	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?		
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?		
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?		
ESCALERAS	¿Tiene interruptor para encender la luz al principio y al final de las escaleras?		

OBSERVACIONES GENERALES:

_____

_____

GRADO DE RIESGO

ALTO_____MEDIO_____BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

_____ _____

FIRMA ADULTO MAYOR. **FIRMA PROFESIONAL**

5. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL SUMINISTRO DE REFRIGERIOS Y ALMUERZOS DURANTE LOS DIAS DE VALORACION Y ENTREGA DE APOYOS A LOS BENEFACTORES DEL PROGRAMA

Suministrar energía en la mitad del día es importante en la edad adulta. Un refrigerio saludable entre las comidas tanto de frutas como de vegetales debe estar presentes en cada una de las cinco comidas a lo largo de la vida y más aún en la tercera edad.

En desarrollo del programa se realizó la entrega de un (1) refrigerio a los adultos beneficiarios que consta pastel de pollo, y jugo natural. (Evidencias registros fotográficos y planillas anexas).

Refrigerio suministrado en evento .





NOTA: Se anexa registro fotografico individual

6. ATENCIÓN NUTRICIONAL CON SUMINISTRO DE ALMUERZO PARA EVENTO DE VALORACIÓN Y ENTREGA DE APOYO

La alimentación de la persona adulta debe ser equilibrada, a través de la atención nutricional se garantiza una alimentación saludable y hábitos de vida saludable mediante el consumo de nutrientes como proteína, vitamina C, calcio, hierro, entre otros.

La Fundación de Servicio Social en cooperación con el municipio de Caldas, brindaron durante el programa un (1) almuerzo por cada beneficiario, asegurando la ingesta necesaria a nivel proteico-calórico y de micronutrientes que garantizan buenas condiciones de salud en el adulto mayor de acuerdo con los menús que de manera especial para los requerimientos de ésta población elabora la profesional en nutrición y que se enuncia a continuación:

ASPECTO	MENÚ	CANTIDAD
Proteína	Pollo pierna pernil	98 gramos
Ensalada de sal	Cebolla, tomate, zanahoria o remolacha, mayonesa	65 gramos
Cereal	Papas al vapor con salsa de tomate	95 gramos
Potasio	Plátano o Lentejas	52 gramos
Bebidas	Jugo	120 ml

Registro Fotogràfico Menù





NOTA. SUMINISTRO ALMUERZO se anexan planillas individuales y registro fotográfico individual

Se realiza control de calidad, servicio y estandarización de gramajes de los menús y se brinda la atención en el domicilio). se realiza la entrega un almuerzo y refrigerio que cubre el 50 % de las necesidades nutricionales diarias, como se evidencia en planillas y registro fotográfico.

En el desarrollo de las actividades se contó con el apoyo del grupo profesional adscrito a la Fundación: ADMINISTRADOR, ENFERMERA, PSICOLOGA, EDUCADOR FISICO donde se realizaron actividades descritas y relacionadas a continuación y evidenciadas en las planillas anexas.

Como integración de los adultos mayores pertenecientes al municipio de Caldas vereda por vereda, casa a casa, se brinda taller dirigido donde se analiza asuntos relevantes de la vida en sociedad de las personas de la tercera edad y su aporte a la comunidad desde sus aptitudes, experiencia, conocimiento y salud, igualmente se dictan los cuidados y derechos de los adultos mayores Ley 1850 de 2017, maltrato físico, estilos de vida saludables en el adulto mayor, vivir plenamente en sociedad.

Igualmente orientando a la población del país frente a las acciones y cuidados que se requieren implementar en el aislamiento preventivo definido para el adulto mayor

NOTA: Se anexa planillas debidamente diligenciadas









Maltrato físico o psicológico y restricción a la libertad física

En este mismo sentido, la norma establece penas para quien maltrate física o sicológicamente a las personas mayores de su núcleo familiar
Igualmente, a dichas penas quedará sometido quien, no siendo miembro del núcleo familiar, sea el encargado del cuidado de un adulto mayor y lo maltrate física o sicológicamente.
En cuanto al maltrato de los adultos mayores mediante restricción a la libertad física, **la Ley 1850 de 2017 penaliza y establece multas contra quien restrinja la libertad de locomoción a una persona mayor de edad perteneciente a su grupo familiar o puesta bajo su cuidado.**

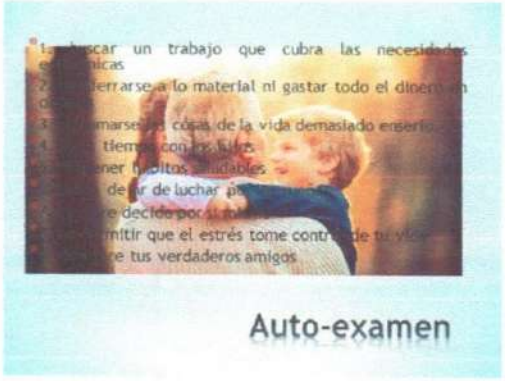


Aseo personal, Vestirse y Desvestirse

El cuidado personal relacionado con: cepillado del cabello, higiene bucal, cuidado de las uñas y la acción de afeitarse, en algunos casos requerirá de la ayuda del cuidador, ya que el adulto mayor quizá carece de las habilidades motoras requeridas, o de memoria para hacerlas por sí mismo, o que tenga confusión en cuanto a los pasos a seguir.









Nota: se anexan planillas de beneficiarios

CUADRO DE COSTOS

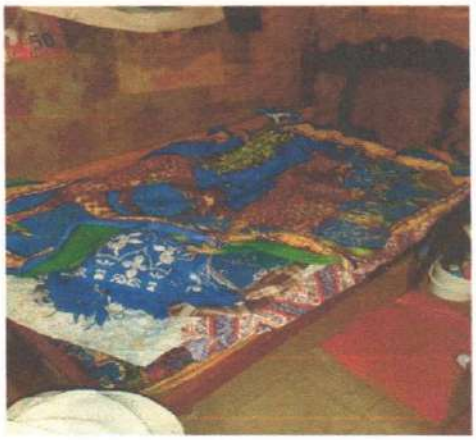
1	DESCANSO DIGNO UNIDOS POR EL PROGRESO DE CALDAS				
ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	V/UNITARIO	V/TOTAL
	DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL				
1.1	-Diagnóstico del Entrono y de necesidades habitacionales				
	Profesional de psicología que determine el grado de vulnerabilidad del adulto mayor a partir del análisis de los estilos de vida saludable (DIAGNOSTICO PSICOSOCIAL)	mes	1	$ 2.500.000	$ 2.500.000
	Licenciado en educación Física que analice las condiciones de rehabilitación y vulnerabilidad, como consecuencia de enfermedades o edad avanzada (DIAGNOSTICO FISICO A BENEFICIARIOS DEL CONTRATO)	Mes	1	$ 2.500.000	$ 2.500.000
	Profesional de enfermería especializada, que permita diagnosticar el grado de vulnerabilidad en salud, de cada uno de los adultos mayores caracterizados para el programa (DIAGNOSTICO DE SALUD BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA)	Mes	1	$ 2.500.000	$ 2.500.000
	COORDINADOR -General 1 Profesional Administrador que lidere el proceso de consolidar la información de los profesionales de la salud, y determine el nivel de vulnerabilidad de los adultos mayores a beneficiarse del programa	Mes	1	$ 2.500.000	$ 2.500.000
	SUB-TOTAL				**$ 10.000.000**

1.3	Logística: Servicio de transporte para profesionales de la salud, para el Análisis del entorno individual en sitio de residencia de los beneficiarios del programa.	1camioneta 4x4	10 días	$ 134.000	$ 1.340.000
SUB TOTAL					**$ 1.340.000**
ACTIVIDADES DE APOYO					
2.2	Entrega de apoyos personalizados:				
	- Refrigerio	Raciones	21	$ 4.500	$ 94.500
	-Almuerzo	Raciones	21	$ 12.000	$ 252.000
SUB TOTAL					**$ 346.500**
APOYOS AL PROGRAMA					
2.3	Entrega de apoyos Habitacionales: base cama, colchón, protector, sabanas, manta, almohada, etc. Colchones de 100X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jacquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara),firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales, Base cama referencia Classic , protector antifluido, Almohada en fibra siliconada, juego de sabanas Y manta.	11	Beneficiarios	$ 1.460.000	$ 16.060.000
	Entrega de apoyos Habitacionales: base cama, colchón, protector, sabanas, manta, almohada, etc. Colchones de 120X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jacquard acolchada, Sistema One	10	Beneficiarios	$ 1.600.000	$ 16.000.000

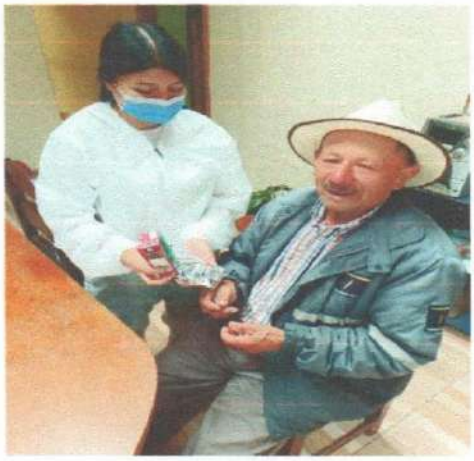
	Side (una sola cara),firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales, Base cama referencia Classic , protector antifluido, Almohada en fibra siliconada, juego de sabanas Y manta.				
SUB TOTAL					**$ 32.060.000**
TOTAL					**$ 43.400.000**

Cordialmente,

CARMEN ROSA OCHOA RICO
R/L FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S.













MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

Unidos por el progreso de Caldas













FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1













MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.















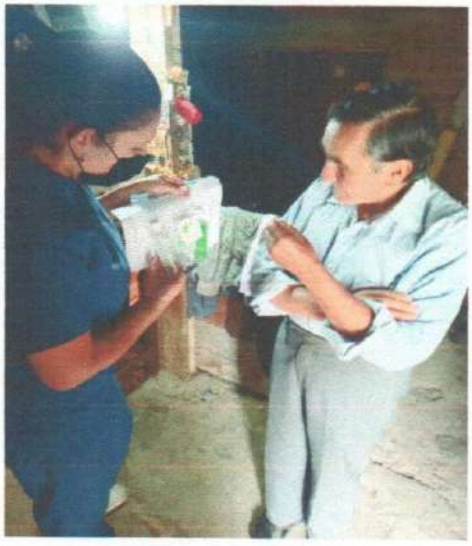




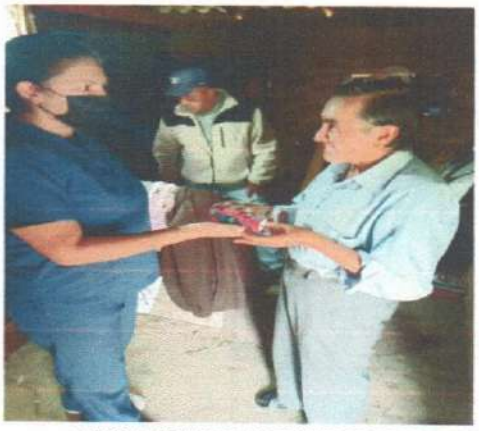

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1













MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S.
NIT. 900973037-1













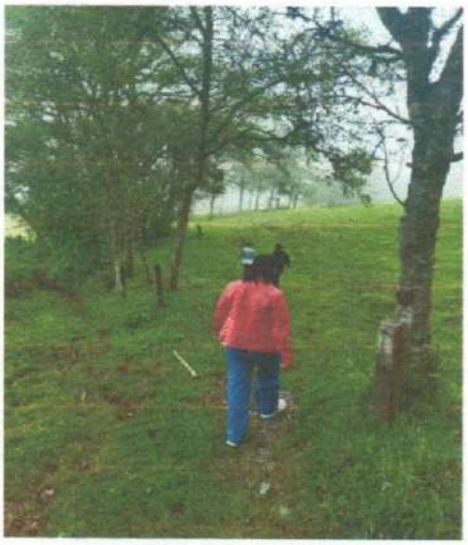
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

Unidos por el progreso de Caldas



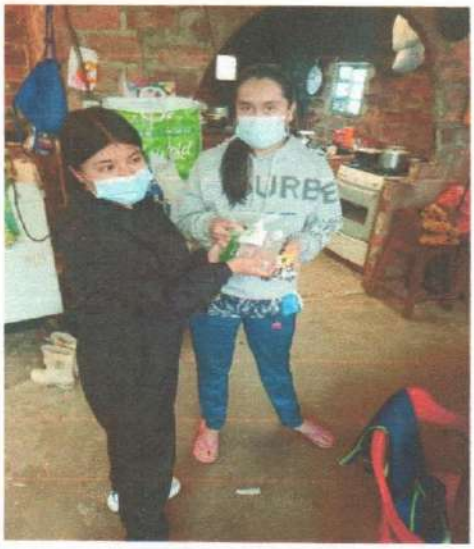




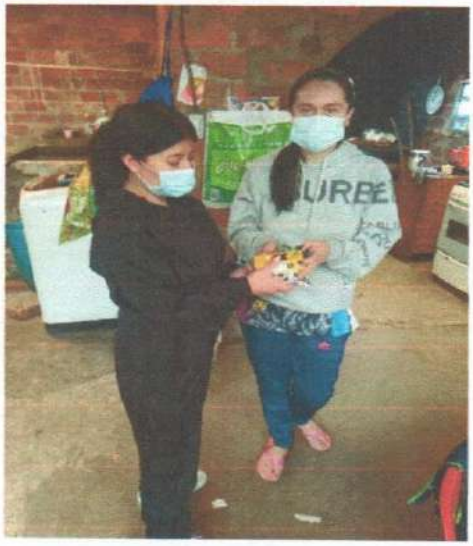






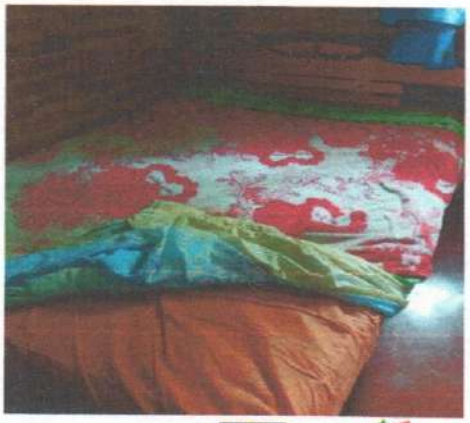




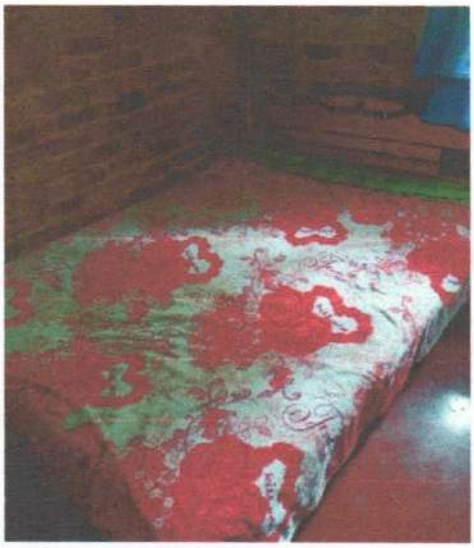








FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1













MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

Unidos por el progreso de Caldas







aportes en línea

Resumen General de Pago

ENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33704108		RODRIGUEZ BENITEZ ADRIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 11 nro 28 03	CHIQUINQUIRA-BOYACA	7264241	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-03	2022-03	1383847913	9432768871	I	2022/04/05	2022/03/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,200,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$680,000	$0	$0	$680,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$680,000	$0	$0	$680,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,900	$0	$0	$20,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,900	$0	$0	$20,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$500,000	$0	$0	$500,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$500,000	$0	$0	$500,000
TOTAL				1	$1,200,900	$0	$0	$1,200,900

2022/03/25 07:50 PM

Resumen General de Pago

aportes en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
RODRIGUEZ BENITEZ ADRIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 11 nro 28 03	CHIQUINQUIRA-BOYACA	7264241	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Identificación	DV	Periodo Salud	Periodo Pensión
CC 33704108		2022-02	2022-02

Clave Pago	Clave Planilla	Tipo Planilla	Fecha Limite Pago	Fecha Pago	Pago Banco	Pago Dias Mora	Pago Valor
1352856001	9431939176	I	2022/03/03	2022/03/04	BANCO DAVIVIENDA	1	$1,208,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,000,000	$680,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$4,000,000	$20,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,000,000	$680,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$4,000,000	$20,900		$0	$0
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$4,000,000	$680,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$4,000,000	$20,900		$0	$0
1	CC	33704108 RODRIGUEZ ADRIANA	230301	30	$4,000,000	$680,000	EPS005	30	$4,000,000	$500,000		0	$0	$0	14-23	30	$4,000,000	$20,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$4,000,000	$680,000			$4,000,000	$500,000			$0	$0			$4,000,000	$20,900		$0	$0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40030801
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CARMEN ROSA OCHOA RICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCION:	CL 9 4 B 40	TELÉFONO:	7333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4442150460	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2022
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			0000460689

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										$ 160.000	$ 0	$ 160.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS617	EPS617-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																														PENSIÓN							SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RETORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	EMPLEOS	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 40030801	OCHOA CARMEN ROSA	INDEPEND		$ 1.000.000			NO	30																230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	EPS617-FAMISANAR	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 285.000

Planilla Pagada
Planilla Pagada

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7318254		APONTE GAYON MIGUEL FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 10 n 27a 80	CHIQUINQUIRA-BOYACA	7264241	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1382345694	9431537827	I	2022/03/11	2022/03/25	BANCO DAVIVIENDA	14	$285,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC 7318254	APONTE MIGUEL	230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS009	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2022/03/24 08:30 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7318254		APONTE GAYON MIGUEL FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 10 n 27a 80	CHIQUINQUIRA-BOYACA	7264241	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1382345694	9431537827	I	2022/03/11	2022/03/25	BANCO DAVIVIENDA	14	$285,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$160,000	$0	$0	$160,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$285,000	$0	$0	$285,000

SEGURIDAD SOCIAL MES DE FEBRERO 2022

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053344065		MURCIA ROCHA NATHALIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5 # 21-06	CHIQUINQUIRA-BOYACA	3125519	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	176115384	9431810301	I	2022/03/15	2022/03/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$290,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificacion	Nombre		Cod.Ing	Dias	IBC	Aporte	Cod.Ing	Dias	IBC	Aporte	Cod.Ing	Dias	IBC	Aporte	Cod.Ing	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300
1	CC 1053344065	MURCIA NATHALIA	X	2300	30	$1,000,000	$160,000	EPS044	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	$5,300	0	$0	$0	No	$290,300
Total	Afiliados(1)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053344065		MURCIA ROCHA NATHALIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5 # 21-06	CHIQUINQUIRA-BOYACA	3125519	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	176115384	9431810301	I	2022/03/15	2022/03/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$290,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$290,300	$0	$0	$290,300

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 36.

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Gustavo Manton Pinilla Tipo de identificación CC Nº 398048 expedida en Simijaca Familiar y/o cuidador responsable Miryam Manton. identificación CC 23498478 de Chiquiza, manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero / 2022

Firma Adulto mayor
CC.

Miryam Ramirez Manton
CC. 23.498.478.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL E.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Gustavo Montes Pinilla
- **Número de Cédula** 3886048 de Sincelejo sexo: F ___ M X
- **Fecha de nacimiento** 21/4/41 **Edad** 81 **Estado Civil:** Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___
- **Domicilio** Barrio Tol ___ **SISBEN** (1) ___ (2) ___ **EPS** ___
- **Familiar y/o cuidador responsable** Nidia **TEL.** 3223777222
- PESO 63 TALLA ___ TEMPERATURA 36

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia X Arrendada ___ Familiar ___ Otra ___
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI ___ NO ___ PARCIALMENTE ___
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ___ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI ___ NO ___
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? ___ compartido ___ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI ___ NO ___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ___ Regular ___ Malo ___
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio ___ Comparte la cama? Sí ___ No ___
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ___ No ___ Cuál ___
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ___ No ___ A veces ___

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ___ Regular ___ Mala X
- TIPO: Madera X Metálica ___ Concreto ___ Otro ___
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble ___ Doble ___
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 10 años.
- Algodón ___ Resortado ___ espuma X Otro ___ Bueno ___ Regular ___ Malo ___
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro ___ Semiduro ___ Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ___ A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ___ entre 1 y 5 días ___ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster ___ Lana X Otro ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ___ No X A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días ___
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No ___ A veces ___
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si X No ___
- CUAL? Mesa de Noche X Lámpara ___ Butaco ___ Closet X Tv ___ Radio ___
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI X NO ___
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días X más de 3 meses ___

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos para el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO_____
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces __X__ De 4 a 7 veces _____más de 8 veces____
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI__X__ NO_____
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____ NO__X__
- Su cena es: LIGERA__X__ NO LIGERA_____ NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____ REGULAR __X__ MALO_____
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____ NO__X__ A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____ NO__X__ A VECES____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR. **FIRMA PROFESIONAL**

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 9008073057-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Unidos por el progreso de Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Gustavo Montes Pinilla. • Tel. 3223777221

•Número de Cédula 388048 de Simijaca • Edad 80.

•Fecha de Nacimiento 21/4/41 • sexo F ____ M X DOMICILIO Chinagota.

•Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___ • Nivel de Escolaridad Primaria X. Bachillerato ___ Otro ___

•Nivel de SISBEN (1) X (2) ____ •EPS Nueva EPS. •RH O+.

•Familiar y/o cuidador responsable Miryam Montes TEL. 3204061077.

•Peso 63 **•Talla** 1.59 **•Temperatura** 36.

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 4 Familiares: Si X. No ____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si ____ No X A veces ____ ¿Cuál? ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ____ No X. A veces ____

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí X No ____ A veces ____

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ____ +30 días ____

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. Y 2. Nadie ____

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie ____ 2. Cuántas 2

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna ____ 2. Una vez al día X 3. Una vez a la semana ____ 4. 2-6 veces por semana ____

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ____ 3. No constantemente ____

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente ___ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca ___

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ____

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día ____ 2.- Una vez al mes ____ 3.- Una vez al año ____ 4.- Nunca X.

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI ____ NO X CUAL ____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO ____ NO SABE ____

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No ____

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si X 2. No ____

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Unidos por el progreso de Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	1
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	1
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	1
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	1
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO	Colocar una marca (X), si corresponde	**SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)**	
¿Se siente impotente o indefenso?	SI			
¿Tiene problemas de memoria?	X		**CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)**	
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI			

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Gustavo Monzon Pinilla
C.C. 388.048 DE Simijaca FECHA DE NACIMIENTO 21/04/1941 EDAD 81 años
SEXO F___ M_x_ DOMICILIO Chingaguta TEL 3223777221 Estado Civil: Soltero(a)__ Casado(a) x Viudo(a)__
NIVEL SISBEN. 1_x_ 2_____ EPS Nueva EPS RH O+
Familiar y/o cuidador respondable Miriam Monzon TEL. 3204061077
PESO 63 TALLA 1.59 TEMPERATURA 36

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		x
Tos		x
Dificultad respiratoria		x
Dolor muscular		x
Dolor de garganta y cabeza		x
Perdida del gusto u olfato		x
Diarrea		x

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO		SI	NO
Hipertensión Arterial			Hepatitis		x
Diabetes	x		Tuberculosis		x
Dislipidemias (Colesterol Alto)		x	Hospitalizado el último año		x
Osteoartritis		x	Transfusiones		x
ACV (Derrame Cerebral)		x	Intervencion Quirúrgica	x	
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)	x		Accidentes		x
Cáncer		x			
♀ Cáncer de cervix / mama		x			
♂ Cáncer de próstata		x			

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO
Tuberculosis		x
Hipertensión Arterial	x	
Diabetes	x	
Infarto de Miocardio	x	
Demencia		x
Cáncer: (Mama, estómago, colon)		x

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Warfarina	1 diaria	
	Trayenta	1 diaria	
	Metropol	1 cada 12 horas	
	Prazosina	1 diaria	
	Levotiroxina	1 diaria	
	Crema - Betametasona	2 veces al dia	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO ☐ SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - -Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 9009730377-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(X) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(X) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(X) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)
(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)
(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(X) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 4

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL
Giseidy Barrera.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973637-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Gustavo Monzon Pinilla
- sexo: F ___ M X •Número de Cédula 388018 de Simijaca RH: O+
- Edad 81 •Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___ •Escolaridad: Primaria X Bachillerato ___
- •Residencia Chiquinquira Tel 3223117221. •Nivel de SISBEN (1) X (2) ___
- •EPS NUEVA EPS. • Discapacidad SI ___ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Miriam Monzon TEL. 3204061074

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES: Si	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS: Si Cateterismo
CIRUGIAS:	ALERGIAS: Si	TRANSFUSIONES:	FRACTURAS: NO	TEMPERATURA: 36 PESO: 63

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Bueno	Sensibilidad:	Lenguaje: Claro.	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: Partes Inferiores (Piernas).			
QUIRURGICA	Sitio: Cateterismo.	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: X.	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente:	En silla de Ruedas:	Con ayuda: Baston.	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?		X		
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?			X	

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?	X	
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?		X
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?	X	
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO_____ MEDIO_____ BAJO_____

FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Gustavo Monzon Pinilla TEMPERATURA 36
C.C. 388.048 DE Simijaca FECHA DE NACIMIENTO 21/04/1941 DOMICILIO Chingaguta
Familiar y/o cuidador respondable Miriam Monzon TEL. 3204061077

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FIRMA ADULTO MAYOR *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda CHINCACOTA apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo / 2022

NOMBRE: Gustavo Monzon Pinilla C.C. 388048

PESO 63 TALLA 1.59 TEMPERATURA 36

FIRMA o HUELLA

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	✓			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	✓			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	✓			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	✓			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	✓			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	✓			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	✓			

NOMBRE: Gustavo Monzon Pinilla C.C. 388.048

FECHA: Marzo / 2022

Firma o HUELLA **TEMPERATURA** 36

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 35,6

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Maria del Carmen Pena Castellanos Tipo de identificación CC X Nº 23496735 expedida en Caldas Familiar y/o cuidador responsable Hermana Gladys Cabrera identificación CC __ _____ de _____,manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Firma Adulto mayor
CC.

no se encuentra
CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973035-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** María del Carmen Pena Castellanos
- **Número de Cédula** 23 486 733 de Caldas sexo: F X M
- **Fecha de nacimiento** 30/10/48 **Edad** 73 **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) X
- **Domicilio** Quipe **Tel** 3209810128 **SISBEN** (1) X (2) **EPS** Nueva EPS
- **Familiar y/o cuidador respondable** Guerry Cabra **TEL.** 3115689284
- PESO 45 TALLA 1,50 TEMPERATURA 35,8

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia ____ Arrendada ____ Familiar X Otra ____
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ____ PARCIALMENTE ____
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ____ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO ____
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? ___compartido X • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI ___ NO X
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ____ Regular ____ Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 3 Comparte la cama? Sí ____ No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ____ No X Cuál ____
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ____ No X A veces ____

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ____ Regular ____ Mala X
- TIPO: Madera X Metálica ____ Concreto ____ Otro ____
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble ____ Doble ____
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 7 años
- Algodón X Resortado ____ espuma ____ Otro ____ Bueno ____ Regular ____ Malo ____
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro X Semiduro ____ Blando ____
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ____ A veces ____
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ____ entre 1 y 5 días ____ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster ____ Lana X Otro ____
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ____ No X A veces ____
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días ____
- UTILIZA ALMOHADA: Si ____ No X A veces ____
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días ____
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si X No ____
- CUAL? Mesa de Noche ____ Lámpara ____ Butaco X Closet ____ Tv ____ Radio X
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI ____ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días ____ más de 3 meses ____

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973027-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces _____De 4 a 7 veces __X__ más de 8 veces____
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____X____NO_____
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
- Su cena es: LIGERA__X__NO LIGERA_____NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR __X__MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS María del Carmen Peña Castellanos
C.C. 23.486.738 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 30 / 10 / 1948 EDAD 73 años
SEXO F x M ____ DOMICILIO Quiebe Tierra Negra TEL 3203781028 Estado Civil: Soltero(a) __ Casado(a) __ Viudo(a) x
NIVEL SISBEN. 1 x 2 ____ EPS Nueva EPS RH O+
Familiar y/o cuidador responsable Hernan Geovany Cabra TEL. 3115658224
PESO 45 TALLA 1.50 TEMPERATURA 35.8

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		x
Tos		x
Dificultad respiratoria		x
Dolor muscular		x
Dolor de garganta y cabeza		x
Perdida del gusto u olfato		x
Diarrea		x

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial		x	Hepatitis		x	Tuberculosis		
Diabetes	x		Tuberculosis		x	Hipertensión Arterial		
Dislipidemias (Colesterol Alto)	x		Hospitalizado el último año		x	Diabetes	x	
Osteoartritis	x		Transfusiones		x	Infarto de Miocardio		
ACV (Derrame Cerebral)		x	Intervencion Quirúrgica		x	Demencia		
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		x	Accidentes		x	Cáncer: (Mama, estómago, colon)	x	
Cáncer		x						
♀ Cáncer de cervix / mama		x						
♂ Cáncer de próstata		x						

3.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Unidos por el progreso de Caldas

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Medicamento Homeopatico Hahnemann	3 veces al dia	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	NO [ ]	SI [ ]	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

HIGIENE ESFINTERIANA:
(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 9009*3037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Unidos por el progreso de Caldas

(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS
(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA
Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..
(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA
(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)
(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma léve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)
(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN
(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 0.

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900073037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos María del Carmen Pérez Castellanos • Tel. 3203981028

•Número de Cédula 23486.738 de Caldas • Edad 73

•Fecha de Nacimiento 30/10/1948 • sexo F X M ____ DOMICILIO Quipe

•Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) X • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato ___ Otro ___

•Nivel de SISBEN (1) X (2) ____ •EPS Nueva EPS •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable Hernan Giovanny Cabeza TEL. 3115658224

•Peso 45 **•Talla** 1.50 **•Temperatura** 35,8

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 5 Familiares: Si X No ____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si ____ No X A veces ____ ¿Cuál? ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ____ No X A veces ____

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí ____ No ____ A veces X

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días __ De 7 a 15 ____ +30 días ____

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie ____

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie X 2. Cuántas ____

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna ____ 2. Una vez al día ____ 3. Una vez a la semana X 4. 2-6 veces por semana ____

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ____ 3. No constantemente ____

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente __ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca __

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ____

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día ____ 2.- Una vez al mes ____ 3.- Una vez al año X 4.- Nunca ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI ____ NO X CUAL ____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO ____ NO SABE ____

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No ____

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ____ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Unidos por el progreso de Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero 2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 9009738837-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos María del Carmen Pera Castellanos
- sexo: F X M_____ •Número de Cédula 23486738 de Caldas RH: O+
- Edad 73 •Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ Viudo(a) X •Escolaridad: Primaria___ Bachillerato___
- •Residencia Alupe Tierra Negra Tel 3203981028 •Nivel de SISBEN (1) X (2)___
- •EPS Nueva EPS • Discapacidad SI_____ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Hernan Giovany Cabra. TEL. 3113658224

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES: SI	HTA: NO	CANCER. NO	ENF. REUMAT.: NO	CARDIOPATIAS: NO
CIRUGIAS: NO	ALERGIAS: NO	TRANSFUSIONES: NO	FRACTURAS: NO	TEMPERATURA: 35.8 PESO: 45

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Bueno	Sensibilidad:	Lenguaje: Claro.	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: NO			
QUIRURGICA	Sitio:	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas:	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: X.	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 9009738037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?		X
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?	X	
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?	X	
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS María del Carmen Peña Castellanos TEMPERATURA 35.8
C.C. 23.486.738 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 30/10/1948 DOMICILIO Quiebra Tierra Negra
Familiar y/o cuidador respondable Hernan Geovany Cabra TEL. 3115658224

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1

TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda QUIDE apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo / 2022

NOMBRE: Maria del Carmen Peña Castellanos c.c. 23486138

PESO 45 TALLA 1.50 TEMPERATURA 35.8

FIRMA o HUELLA

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: María del Carmen Peña Castellanos C.C. 23.486.738

FECHA: Marzo/2022

Firma o HUELLA _____ **TEMPERATURA** 35.8

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 35,6

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA

PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Saulina Peña de Sanchez ___ Tipo de identificación CC ____ Nº 23485094 expedida en Chiquinquirá Familiar y/o cuidador responsable No refiere _____ identificación CC __ _____ de _____,manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Saulina Peña
Firma Adulto mayor
CC.

No refiere
CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS NIT. 900973057-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Saulina Peña de Torcheros.
- **Número de Cédula** 23.485.094 de Chigorodó sexo: F X M ____
- **Fecha de nacimiento** 25/05/46 **Edad** 75 **Estado Civil:** Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) X
- **Domicilio** Curpe. **Tel** 3127[illegible] **SISBEN** (1) ___ (2) X **EPS** Nueva EPS.
- **Familiar y/o cuidador respondable** No refiere **TEL.** ___
- PESO 68 TALLA 1.53 TEMPERATURA 35.6

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia X Arrendada ___ Familiar ___ Otra ___
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ___ PARCIALMENTE ___
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ___ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO ___
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? ___compartido___ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI ___ NO ___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ___ Regular ___ Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 2 Comparte la cama? Sí ___ No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ___ No X Cuál ___
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí X No ___ A veces ___

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ___ Regular ___ Mala X
- TIPO: Madera X Metálica ___ Concreto ___ Otro ___
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble ___ Doble ___
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 10 días
- Algodón ___ Resortado ___ espuma X Otro ___ Bueno ___ Regular ___ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro ___ Semiduro ___ Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ___ A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ___ entre 1 y 5 días ___ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster ___ Lana X Otro ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ___ No X A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días ___
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No ___ A veces ___
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si ___ No ___
- CUAL? Mesa de Noche ___ Lámpara ___ Butaco ___ Closet ___ Tv ___ Radio ___
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI X NO ___
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días X más de 3 meses ___

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero X Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO X
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces X De 4 a 7 veces _____más de 8 veces____
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO X
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO X
- Su cena es: LIGERA X NO LIGERA_____NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO X
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO X A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO X A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Paulina Perez
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 9009753037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Unidos por el progreso de Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Saulina Peña de Sanchez • Tel. 3127589805

•Número de Cédula 23485094 de Chiquinquirá • Edad 75

•Fecha de Nacimiento 25/08/46 • sexo F X M ____ DOMICILIO Duque

•Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ Viudo(a) X • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato___ Otro__

•Nivel de SISBEN (1)____ (2) X •EPS Nueva EPS •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable No refiere TEL.____

•Peso 68 **•Talla** 1.53. **•Temperatura** 35,6

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 1 Familiares: Si____ No____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si____ No ___A veces X ¿Cuál? ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ____No____ A veces X

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí____ No X A veces____

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ____ +30 días____

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X. 2. Nadie ____

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie____ 2. Cuántas 2.

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna____ 2. Una vez al día X 3. Una vez a la semana___ 4. 2-6 veces por semana ____

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ____ 3. No constantemente____

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente__ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca__

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ____

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día X 2.- Una vez al mes____ 3.- Una vez al año____ 4.- Nunca____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI X NO____ CUAL____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO____ NO SABE____

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No____

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si____ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 9009730374

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	1
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	1
Digame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	X

Colocar una marca (X), si corresponde

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Sandra Peña
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Saulina Peña de Lancheros
C.C. 23.485.094 DE Chiguanquirá FECHA DE NACIMIENTO 25 / 08 / 1946 EDAD 75 años
SEXO F x M ____ DOMICILIO Quipe Tierra Negra TEL 3127589805 Estado Civil: Soltero(a) __ Casado(a) __ Viudo(a) x
NIVEL SISBEN. 1 ____ 2 x EPS Nueva EPS RH B+
Familiar y/o cuidador respondable No refiere TEL. ____
PESO 68 TALLA 1.53 TEMPERATURA 35.6

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		x
Tos		x
Dificultad respiratoria		x
Dolor muscular		x
Dolor de garganta y cabeza		x
Perdida del gusto u olfato		x
Diarrea		x

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial	x		Hepatitis		x	Tuberculosis		x
Diabetes		x	Tuberculosis		x	Hipertensión Arterial	x	
Dislipidemias (Colesterol Alto)	x		Hospitalizado el último año		x	Diabetes		x
Osteoartritis	x		Transfusiones		x	Infarto de Miocardio		x
ACV (Derrame Cerebral)		x	Intervencion Quirúrgica		x	Demencia		x
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		x	Accidentes		x	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		x
Cáncer		x						
♀ Cáncer de cervix / mama		x						
♂ Cáncer de próstata		x						

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Losartan 50	2 veces al dia	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO ☐ SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973057-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Unidos para el progreso de Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 0

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Saulina Peña
FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Saulinci Pera de Tercheros
- sexo: F X M ____ •Número de Cédula 23.485.094 de Chicamocha RH: B+
- Edad 75 •Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) X •Escolaridad: Primaria X Bachillerato ____
- •Residencia Nueva EPS Tel 3127589805 •Nivel de SISBEN (1) ____ (2) X
- •EPS Grupo Tierra Negra • Discapacidad SI ____ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Guillermo Pera TEL. ____

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
NO REFIERE	REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** 35.6
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	**PESO:** 68

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos:	Sensibilidad:	Lenguaje:	Otros:
	Bueno		Claro.	
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: NO REFIERE			
QUIRURGICA	Sitio: NO	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: SI	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: SI	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Unidos por el progreso de Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?	X	
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

Paulina Peña
FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Saulina Peña de Lancheros TEMPERATURA 35.6
C.C. 23.485.094 DE Chiquinquirá FECHA DE NACIMIENTO 25 / 08 / 1946 DOMICILIO Quipe Tierra Negra
Familiar y/o cuidador respondable No tener TEL.

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

Saulina Peña 35.6

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1

TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda Quipe apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo/2022

NOMBRE: Saulina Pena de Loncheros C.C. 23.485.094

PESO 68 TALLA 1.53 TEMPERATURA 35.6

FIRMA o HUELLA Saulina Peña







FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Saulina Peña de Lancheros C.C. 23.485.094

FECHA: Marzo/2022

Firma o HUELLA Saulina Peña **TEMPERATURA** 35.6

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 36

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario María Teodolinda Cañon Tipo de identificación CC X Nº Caldas expedida en 23389995 Familiar y/o cuidador responsable Mery Cañon identificación CC 40396670 de Villavicencio manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Firma Adulto mayor
CC.

Mery A Cañon
CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Unidos para el progreso de Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS María Teodolinda Cañon
C.C. 23.389.995 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 19 / 03 / 1946 EDAD 76 Años
SEXO F x M ____ DOMICILIO Quipe Bajo TEL 3113332791 Estado Civil: Soltero(a) x Casado(a) Viudo(a)
NIVEL SISBEN. 1 x 2 ____ EPS Comfamiliar RH O+
Familiar y/o cuidador responsable Mery Cañon TEL. 3115039503
PESO 55 TALLA 1.51 TEMPERATURA 36

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		x
Tos		x
Dificultad respiratoria		x
Dolor muscular		x
Dolor de garganta y cabeza		x
Perdida del gusto u olfato		x
Diarrea		x

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial	x		Hepatitis		x	Tuberculosis		x
Diabetes		x	Tuberculosis		x	Hipertensión Arterial	x	
Dislipidemias (Colesterol Alto)		x	Hospitalizado el último año		x	Diabetes		x
Osteoartritis	x		Transfusiones		x	Infarto de Miocardio		x
ACV (Derrame Cerebral)		x	Intervencion Quirúrgica		x	Demencia		x
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		x	Accidentes		x	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		x
Cáncer		x						
♀ Cáncer de cervix / mama		x						
♂ Cáncer de próstata		x						

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Furosemida 40 mg	1 diaria	
	Losartan 50 mg	1 diaria	
	Mioflex 750 mg	1 diaria	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO ☐ SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒ -Un salario mínimo ☐
   - Menos de un salario mínimo ☐ - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 1

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero /2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** María Teodolinda Cañón
- **Número de Cédula** 23389 991 de Caldas sexo: F X M
- **Fecha de nacimiento** 19/03/46 **Edad** 76 **Estado Civil:** Soltero(a) X Casado(a) Viudo(a)
- **Domicilio** Quipe **Tel** 3113332791 **SISBEN** (1) X (2) **EPS** Contemplar
- **Familiar y/o cuidador respondable** Mery Cañón **TEL.** 3115089523
- PESO 55 TALLA 1.51 TEMPERATURA 36

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia____ Arrendada____ Familiar X Otra____
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO____ PARCIALMENTE____
- ¿Cuenta con baño? SI X NO____ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO____
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? ___compartido X • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI X NO___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ____ Regular____ Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 2 Comparte la cama? Sí____ No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si____ No X Cuál____
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí____ No X A veces____

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena____ Regular X Mala____
- TIPO: Madera X Metálica____ Concreto____ Otro____
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble____ Doble____
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 10 años
- Algodón____ Resortado____ espuma X Otro____ •Bueno____ Regular____ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro____ Semiduro____ Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No____ A veces____
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días____ entre 1 y 5 días____ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster X Lana X Otro____
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días____ entre 6 a 30 días____ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí____ No X A veces____
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días____ entre 6 a 30 días____ más de 30 días____
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No____ A veces____
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días____ entre 6 a 30 días X más de 30 días____
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si X No____
- CUAL? Mesa de Noche____ Lámpara____ Butaco____ Closet____ Tv X Radio____
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI____ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días____ más de 3 meses____

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO_____
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces __X__ De 4 a 7 veces _____más de 8 veces____
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO_____
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
- Su cena es: LIGERA_____X_____NO LIGERA_____NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR __X__MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero 1/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 9009730357-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos María Teodolinda Cañon • Tel. 23389995

•Número de Cédula 23389995 de Caldas • Edad 76

•Fecha de Nacimiento 19/03/46 • sexo F X M DOMICILIO Cupe

•Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ Viudo(a)___ • Nivel de Escolaridad Primaria___ Bachillerato___ Otro__

•Nivel de SISBEN (1) X (2)___ •EPS Comfamiliar •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable Meny Cañon TEL. 3105613942

•Peso 55. **•Talla** 1.51 **•Temperatura** 36

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 1 Familiares: Si X No___

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si___ No X A veces___ ¿Cuál? ___

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ___ No X A veces___

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí___ No X A veces___

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ___ +30 días___

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie ___

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie___ 2. Cuántas 2

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna___ 2. Una vez al día X 3. Una vez a la semana___ 4. 2-6 veces por semana ___

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ___ 3. No constantemente___

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente__ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca__

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ___

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día___ 2.- Una vez al mes X 3.- Una vez al año___ 4.- Nunca___

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI___ NO X CUAL___

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO___ NO SABE___

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No___

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ___ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 9009773037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	~~SI~~
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde —

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero / 2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Maria Teodolinda Cañon.
- sexo: F X M ____ •Número de Cédula 23.389.995 de Caldas RH: O+
- Edad 76 •Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) ___ Viudo(a) ___ •Escolaridad: Primaria X Bachillerato ___
- •Residencia Quipe Bajo. Tel. 3133327491 •Nivel de SISBEN (1) X (2) ___
- •EPS Confamiliar. • Discapacidad SI ___ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Mary Cañon. TEL. 3115039523. 3103613942

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
NO REFIERE	SI REFIERE	NO REFIERE	NO REF.	NO REF.
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** 36
NO REFIERE	NO REF.	NO REF	NO REF	PESO: 55

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Normal	Sensibilidad:	Lenguaje: Bueno.	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: NO REFIERE			
QUIRURGICA	Sitio: NO REFIERE	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: NO REFIERE	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: NO REFIERE	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	✓			

FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		X
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS María Teodolinda Cañon TEMPERATURA 36
C.C. 23.389.995 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 19 / 03 /1946 DOMICILIO Quipe Bajo
Familiar y/o cuidador respondable Mery Cañon TEL. 3115039503

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Febrero/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Mayo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

36

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda QUIPE apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo/2022

NOMBRE: María Teodolinda Cano c.c. 23.389.995

PESO 55 TALLA 1.51 TEMPERATURA 36

FIRMA o HUELLA

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: María Teodolinda Cañon C.C. 23.389.995

FECHA: Marzo/2022

Firma o HUELLA _____ **TEMPERATURA** 36

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 35,9

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Carlos Arturo Cañon Solano Tipo de identificación CC X Nº 7300578 expedida en Chiquinquirá Familiar y/o cuidador responsable María Eugenia Sanchez identificación CC 23390332 de Caldas, manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Firma Adulto mayor
CC.

cc. 23390332
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos para el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Carlos Arturo Cano Solano
- **Número de Cédula** T 300058 de Chiquinquirá sexo: F____ M X
- **Fecha de nacimiento** 28/05/50 **Edad** 61 **Estado Civil:** Soltero(a)__ Casado(a) X Viudo(a)___
- **Domicilio** Quipe **Tel** 3197662850 **SISBEN** (1) X (2) ___ **EPS**_____
- **Familiar y/o cuidador respondable** Maria Eyenid Sanchez **TEL.**_____
- PESO 58 TALLA 1.62 TEMPERATURA 35,9

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia_____ Arrendada_____ Familiar X Otra_____
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO_____ PARCIALMENTE_____
- ¿Cuenta con baño? SI X NO_____ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI_____ NO_____
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? ___compartido____ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI ___ NO___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno _____ Regular_____ Malo_____
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio _____Comparte la cama? Sí_____ No_____
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si_____ No_____ Cuál_____
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí_____ No_____A veces_____

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena X Regular_____ Mala X
- TIPO: Madera X Metálica_____ Concreto_____ Otro_____
- TAMAÑO: Sencilla _____ Semidoble X Doble_____
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 20 años
- Algodón_____ Resortado _____ espuma X Otro_____ Bueno _____ Regular ___ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro_____ Semiduro_____ Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si_____ No X A veces _____
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días_____ entre 1 y 5 días_____ más de 6 días___
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster _____ Lana X Otro_____
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días_____ entre 6 a 30 días_____ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí _____ No X A veces_____
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días_____ entre 6 a 30 días_____ más de 30 días_____
- UTILIZA ALMOHADA: Si _____ No X A veces_____
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días____ entre 6 a 30 días_____ más de 30 días_____
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si X No_____
- CUAL? Mesa de Noche_____ Lámpara_____ Butaco X Closet X Tv_____ Radio____
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI_____ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días_____ más de 3 meses _____

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces _____De 4 a 7 veces_____más de 8 veces__X__
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO__X__
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
- Su cena es: LIGERA_____NO LIGERA_____NO CENA__X__
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero / 2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Carlos Arturo Cañon Sotto • Tel. 3197662850

•Número de Cédula 7300058 de Chiquinquirá • Edad 71

•Fecha de Nacimiento 25/05/50 • sexo F ___ M X DOMICILIO Oupe

•Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___ • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato ___ Otro ___

•Nivel de SISBEN (1) X (2) ___ •EPS Nueva EPS •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable Maria Eugenia Sanchez Cañon TEL. No reporte

•Peso 58 **•Talla** 1.62 **•Temperatura** 35,9

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 1 Familiares: Si X No ___

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si ___ No X A veces ___ ¿Cuál? ___

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ___ No X A veces ___

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí ___ No X A veces ___

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días ___ De 7 a 15 X +30 días ___

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie ___

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie X 2. Cuántas ___

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna ___ 2. Una vez al día X 3. Una vez a la semana ___ 4. 2-6 veces por semana ___

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ___ 3. No constantemente ___

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente ___ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca ___

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo ___ 2. Descontento por lo poco que los veo X

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día ___ 2.- Una vez al mes X 3.- Una vez al año ___ 4.- Nunca ___

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI ___ NO X CUAL ___

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO ___ NO SABE ___

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No ___

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ___ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900073037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	~~SI~~
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero / 2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Carlos Arturo Cañon Solano
C.C. 7.300.058 DE Chiquinquira FECHA DE NACIMIENTO 25/05/1950 EDAD 71 Años
SEXO F___ M X DOMICILIO Quipe Bajo TEL 3197662850 Estado Civil: Soltero(a)__ Casado(a) X Viudo(a)__
NIVEL SISBEN. 1 X 2_____ EPS Nueva EPS RH O+
Familiar y/o cuidador respondable Maria Eugenia Sanchez TEL.
PESO 58 TALLA 1.62 TEMPERATURA 36

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial	X		Hepatitis		X	Tuberculosis		X
Diabetes		X	Tuberculosis		X	Hipertensión Arterial		X
Dislipidemias (Colesterol Alto)	X		Hospitalizado el último año		X	Diabetes		X
Osteoartritis	X		Transfusiones		X	Infarto de Miocardio		X
ACV (Derrame Cerebral)		X	Intervencion Quirúrgica	X		Demencia		X
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		X	Accidentes	X		Cáncer: (Mama, estómago, colon)		X
Cáncer		X						
♀ Cáncer de cervix / mama		X						
♂ Cáncer de próstata		X						

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Losartan 100 mg	diario	
	Acido Acetilsalicilico 100 mg	diario	
	Amlodipino 5 mg	diario	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	NO ☐	SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☐ -Un salario mínimo ☐
   - Menos de un salario mínimo ☐ - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 2

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giséidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Carlos Arturo Cañon Solano
- sexo: F ___ M X •Número de Cédula 7'300058 de Chocontá RH: O+
- Edad 71 •Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___ •Escolaridad: Primaria X Bachillerato ___
- •Residencia Quipe Tierra Negra Tel 3197662850 •Nivel de SISBEN (1) X (2) ___
- •EPS Nueva eps • Discapacidad SI ___ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Maria Eugenia Sanchez. TEL. 3197662850

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
NO REFIERE	REFIERE	NO REFIERE		
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** 35.9
REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	SI REFIERE	PESO: 58.

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos:	Sensibilidad:	Lenguaje:	Otros:
	Bien		Claro.	
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: NO REFIERE			
QUIRURGICA	Sitio: Partes Inferiores	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: NO REFIERE	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: NO REFIERE	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Unidos para el progreso de Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		X
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?		X

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES. PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Carlos Arturo Cañon Salano TEMPERATURA 36
C.C. 7.300.058 DE Chinguirguirá FECHA DE NACIMIENTO 25 / 05 /1950 DOMICILIO Quipe Bajo
Familiar y/o cuidador respondable María Eugenia Sanchez TEL.

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.



36

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda QUIPE apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ | FECHA: Marzo de 2021

NOMBRE: Carlos Arturo Cañon Solano c.c. 7'300.058

PESO 58 TALLA 1.62 TEMPERATURA 35.9

FIRMA o HUELLA

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Carlos Arturo Cañon Solano C.C. 7.300.058

FECHA: Marzo 2022

Firma o HUELLA _____ **TEMPERATURA** 36

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

6

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 35,6

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Maria Ramos Sierra Nino Tipo de identificación CC X Nº 23395235 expedida en Caldas Familiar y/o cuidador responsable Carmen Elisa Caro identificación CC 23390527 de Caldas, manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Firma Adulto mayor
CC.

Carmen Elisa caro sierra
CC:23390527.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973057-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** María Ramos Arenas Niño
- **Número de Cédula** 23395235 de Caldas sexo: F X M
- **Fecha de nacimiento** 13 Abril 37 **Edad** 85 **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) X
- **Domicilio** Palmas **Tel** 3208709155 **SISBEN** (1) (2) X **EPS** Nueva EPS
- **Familiar y/o cuidador respondable** Carmen Elisa Soto **TEL.** 3208509155
- PESO 35 TALLA 1.39 TEMPERATURA 35,6

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia X Arrendada Familiar Otra
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO PARCIALMENTE
- ¿Cuenta con baño? SI X NO • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? compartido X • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI X NO
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno Regular Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 2 Comparte la cama? Sí No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si No X Cuál
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí X No A veces

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena Regular Mala X
- TIPO: Madera X Metálica Concreto Otro
- TAMAÑO: Sencilla Semidoble X Doble
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 7 años
- Algodón Resortado espuma X Otro • Bueno Regular Malo
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro Semiduro Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No A veces
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días entre 1 y 5 días más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster Lana X Otro
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días entre 6 a 30 días más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí No X A veces
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días entre 6 a 30 días más de 30 días
- UTILIZA ALMOHADA: Si No X A veces
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días entre 6 a 30 días más de 30 días
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si No
- CUAL? Mesa de Noche Lámpara Butaco Closet Tv Radio
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días más de 3 meses

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

•Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
•Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
•Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces _____De 4 a 7 veces __X__ más de 8 veces____
• Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO__X__
•Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
•Su cena es: LIGERA__X__NO LIGERA_____NO CENA_____
•Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO__X__
•Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
•Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS María Ramos Sierra Niño
C.C. 23.395.235 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 03/04/1937 EDAD 85 AÑOS
SEXO F X M ____ DOMICILIO Palmar TEL 3208509155 Estado Civil: Soltero(a) __ Casado(a) __ Viudo(a) X
NIVEL SISBEN. 1 ____ 2 X EPS Nueva EPS RH A+
Familiar y/o cuidador respondable Carmen Elisa Caro TEL. 3208509155
PESO 39 TALLA 1.38 TEMPERATURA 35.6

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial	X		Hepatitis		X	Tuberculosis		X
Diabetes		X	Tuberculosis		X	Hipertensión Arterial	X	
Dislipidemias (Colesterol Alto)		X	Hospitalizado el último año		X	Diabetes		X
Osteoartritis	X		Transfusiones	X		Infarto de Miocardio		X
ACV (Derrame Cerebral)		X	Intervencion Quirúrgica	X		Demencia		X
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		X	Accidentes	X		Cáncer: (Mama, estómago, colon)	X	
Cáncer		X						
♀ Cáncer de cervix / mama		X						
♂ Cáncer de próstata		X						

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Teofilina	Diaria	
	Losartan	Diaria	
	Indacaterol	Diaria	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	NO ☐	SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - -Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(X) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(X) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 9

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos María Ramos Sierra NITO.
- sexo: F X M_____ •Número de Cédula_____ de Caldas RH: A+
- Edad 85 •Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ Viudo(a) X •Escolaridad: Primaria X Bachillerato___
- •Residencia Palmar Tel 3208509755 •Nivel de SISBEN (1)_____ (2) X.
- •EPS Nueva EPS • Discapacidad SI_____ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Carmen Elsa Cano TEL. 3208509755

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
NO REFIERE	REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE.
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** 35.6
Mano.		Sangre.	Mano.	PESO: 39

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos:	Sensibilidad:	Lenguaje:	Otros:
	Bueno		Malo.	
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: Espalda., Lumbar.			
QUIRURGICA	Sitio: Mano.	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: REFIERE	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente:	En silla de Ruedas:	Con ayuda: Baston.	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?			X	

FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Unidos para el progreso de Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?			X	
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?			X	
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?			X	
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?			X	
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?			X	
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?			X	
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?			X	
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?			X	
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?			X	

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?		X
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		X
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	SI	X
ILUMINACIÓN	¿Losinterruptores para encender laluzestán cerca delas puertas de entrada dela casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Unidos por el progreso de Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	1
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	1
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	1
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	1
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	1
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	X

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

6

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 9009730371

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Unidos por el progreso de Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos María Ramos Sierra Niño • Tel. 3209509155

•Número de Cédula 23395235 de Caldas • Edad 85

•Fecha de Nacimiento 28/04/37 • sexo F X M DOMICILIO Palmar

•Estado Civil: Soltero(a)___Casado(a)___Viudo(a) X • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato___ Otro__

•Nivel de SISBEN (1)___ (2) X •EPS Nueva EPS •RH A+

•Familiar y/o cuidador responsable Carmen Elisa Cano TEL. 3209509155

•Peso 35 **•Talla** 1.38 **•Temperatura** 35,0

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 3 Familiares: Si X No___

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si___ No X A veces___ ¿Cuál? ___

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ___No X A veces___

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí X No___A veces___

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días __De 7 a 15 X +30 días___

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. Y 2. Nadie ___

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie X 2. Cuántas ___

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna X 2. Una vez al día ___3. Una vez a la semana___ 4. 2-6 veces por semana ___

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ___ 3. No constantemente___

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente__ 2. Algunas veces Y 3. Casi nunca__

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo___ 2. Descontento por lo poco que los veo Y

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día___ 2.- Una vez al mes___ 3.- Una vez al año___ 4.- Nunca Y

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI___NO X CUAL___

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO___NO SABE___

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No___

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si Y 2. No___

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos para el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS María Ramos Sierra Niño TEMPERATURA 35.6
C.C. 23.395.235 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 03 / 04 / 1937 DOMICILIO Palmar
Familiar y/o cuidador respondable Carmen Elisa Caro TEL. 3208509155

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

35.6

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda PALMAR apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: MAYO/2022

NOMBRE: Mario Ramos Sierra Niño. c.c. 23,395235

PESO 39 TALLA 1.38 TEMPERATURA 35.6

FIRMA o HUELLA_____

Unidos por el progreso de Caldas

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Maria Ramos Sierra Niño C.C. 23.395.235

FECHA: Mayo / 2022

Firma o HUELLA _____ **TEMPERATURA** 35.6

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 35.5

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Domecios Alarcon Marcia ___ Tipo de identificación CC X. Nº 1.028.143 expedida en Anapoima Familiar y/o cuidador responsable Ana Florinda Garcia identificación CC 23487.254. de Caldas, manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Firma Adulto mayor
CC.1.028.143.

Ana Florinda Garcia
CC. 23487.254.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973035-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Diomedes Alarcon Murcia
- **Número de Cédula** 1028143 de Chaparral sexo: F ___ M X
- **Fecha de nacimiento** 24/06/33 **Edad** 88 **Estado Civil:** Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___
- **Domicilio** Palma **Tel** 3108161854 **SISBEN** (1) ___ (2) X **EPS** Comfamiliar
- **Familiar y/o cuidador respondable** Ana Elenda Garcia **TEL.** No reporte
- PESO 64 TALLA 1.63 TEMPERATURA 35.5

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Familiar X Otra ___
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ___ PARCIALMENTE ___
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ___ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO ___
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? ___ compartido X • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI X NO ___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ___ Regular ___ Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 1 Comparte la cama? Sí ___ No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ___ No X Cuál ___
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ___ No ___ A veces X

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ___ Regular ___ Mala X
- TIPO: Madera X Metálica ___ Concreto ___ Otro ___
- TAMAÑO: Sencilla ___ Semidoble X Doble ___
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 20 años
- Algodón ___ Resortado ___ espuma X Otro ___ • Bueno ___ Regular ___ Malo ___
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro ___ Semiduro ___ Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ___ A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ___ entre 1 y 5 días ___ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster ___ Lana X Otro ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ___ No X A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días ___
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No ___ A veces ___
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si X No ___
- CUAL? Mesa de Noche ___ Lámpara ___ Butaco X Closet ___ Tv ___ Radio ___
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI ___ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días ___ más de 3 meses ___

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973057-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO_____
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces _____De 4 a 7 veces _____más de 8 veces____
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO__X__
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
- Su cena es: LIGERA__X__NO LIGERA_____NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Diomedes Alarcon Murcia
C.C. 1.028.143 DE Chiquinquira FECHA DE NACIMIENTO 24 / 06 / 1933 EDAD 88 años
SEXO F___ M___ DOMICILIO Palmar TEL 3108161854 Estado Civil: Soltero(a)__ Casado(a) x Viudo(a)__
NIVEL SISBEN. 1___ 2 x EPS Comfamiliar RH O+
Familiar y/o cuidador respondable Ana Florinda Garcia TEL.
PESO 64 TALLA 1.63 TEMPERATURA 35.5

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		x
Tos		x
Dificultad respiratoria		x
Dolor muscular		x
Dolor de garganta y cabeza		x
Perdida del gusto u olfato		x
Diarrea		x

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial	x		Hepatitis		x	Tuberculosis		x
Diabetes		x	Tuberculosis		x	Hipertensión Arterial		x
Dislipidemias (Colesterol Alto)	x		Hospitalizado el último año		x	Diabetes		x
Osteoartritis		x	Transfusiones		x	Infarto de Miocardio		x
ACV (Derrame Cerebral)		x	Intervencion Quirúrgica		x	Demencia		x
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		x	Accidentes		x	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		x
Cáncer		x						
♀ Cáncer de cervix / mama		x						
♂ Cáncer de próstata		x						

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Losartan	diaria	
	Trasodona	diaria	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO ☐ SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☑
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - -Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(X) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(X) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(X) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(X) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(X) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) *Hay que administrarle la comida.*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 3

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Luz de A M

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Unidos por el progreso de Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Domecles Alarcon Murcia
- sexo: F____ M X • Número de Cédula 1.028.143 de Chiquinquirá RH: O+
- Edad 88 • Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a) X Viudo(a)___ • Escolaridad: Primaria X. Bachillerato____
- Residencia Palmar. Tel. 3108161854 • Nivel de SISBEN (1)_____ (2) X.
- EPS Comfamiliar • Discapacidad SI_____ NO X
- Familiar y/o cuidador responsable Ana Florida Garcia TEL._____

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
NO REFIERE	SE REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** 35.5
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	**PESO:** 64

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos:	Sensibilidad:	Lenguaje:	Otros:
	Bueno.		Claro.	
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: NO Refiere			
QUIRURGICA	Sitio: NO REFIERE	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: Acompañado	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: X.	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		X
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

Dudsholh
FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

7

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 9009730371	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Unidos por el progreso de Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Diomedes Alarcon Murcia. • Tel. 3108161954

•Número de Cédula 1028143 de Chigorodó • Edad 88

•Fecha de Nacimiento 24/06/33 • sexo F ____ M X DOMICILIO Palmar.

•Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___ • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato ___ Otro ___

•Nivel de SISBEN (1) ____ (2) X •EPS Comfamilar •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable Ana Fabiola Garcia TEL. No reporta

•Peso 64 **•Talla** 1.63 **•Temperatura** 35.5

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 1 Familiares: Si X No ____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si ____ No X A veces ____ ¿Cuál? ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ____ No X A veces ____

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí ____ No ____ A veces X

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ____ +30 días ____

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie ____

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie ____ 2. Cuántas 2

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna ____ 2. Una vez al día ____ 3. Una vez a la semana X 4. 2-6 veces por semana ____

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ____ 3. No constantemente ____

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente ___ 2. Algunas veces ___ 3. Casi nunca X

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ____

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día ____ 2.- Una vez al mes ____ 3.- Una vez al año X 4.- Nunca ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI ____ NO X CUAL ____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO ____ NO SABE ____

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No ____

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ____ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900972037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	1
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO	Colocar una marca (X), si corresponde	**SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)**	
¿Se siente impotente o indefenso?	SI			
¿Tiene problemas de memoria?	SI		**CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)**	X
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI			

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero / 2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS NIT. 9009750371	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Diomedes Alarcon Murcia TEMPERATURA 35.5
C.C. 1.028.143 DE Chiquinquirá FECHA DE NACIMIENTO 24/06/1933 DOMICILIO Palmar
Familiar y/o cuidador responsable Ana Florinda Garzon TEL.

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Febrero/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

Diomedes

35.5

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda Palmar apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo/2022

NOMBRE: Diomedes Alarcon Murcia C.C. 1.028.143.

PESO 64 TALLA 1.63. TEMPERATURA 35.5

FIRMA o HUELLA

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Diomedes Alarcon Murcia C.C. 1.028.143

FECHA: Marzo/2022

Firma o HUELLA _____ **TEMPERATURA** 35.5

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 35,4.

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Rosa Elena León Vda Gonzalez Tipo de identificación CC X Nº 23482936 expedida en Chiquinquirá Familiar y/o cuidador responsable No refiere _____ identificación CC __ _____ de _____,manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Rosa Elena León
Firma Adulto mayor
CC.

No refiere
CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973035-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Rosa Elena Leon Vda Gonzalez
- **Número de Cédula** 25482936 de Chigaro sexo: F X M
- **Fecha de nacimiento** 06/05/43 **Edad** 78 **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) X
- **Domicilio** Palmar •Tel 3125220737 **SISBEN** (1) X (2) **EPS** Nueva EPS
- **Familiar y/o cuidador respondable** No refiere **TEL.**
- PESO 58 TALLA 1,54 TEMPERATURA 35,4.

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia Arrendada Familiar X Otra
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI NO PARCIALMENTE
- ¿Cuenta con baño? SI NO • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI NO
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? compartido • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI NO
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno Regular Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 1 Comparte la cama? Sí No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si No X Cuál
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí No X A veces

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena Regular Mala X
- TIPO: Madera X Metálica Concreto Otro
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble Doble
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 17 años
- Algodón Resortado espuma X Otro •Bueno Regular Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro Semiduro Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No A veces
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días entre 1 y 5 días más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster Lana X Otro
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días entre 6 a 30 días más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí No X A veces
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días entre 6 a 30 días más de 30 días
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No A veces
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días entre 6 a 30 días más de 30 días
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si No X
- CUAL? Mesa de Noche Lámpara Butaco Closet Tv Radio
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días más de 3 meses

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces _____De 4 a 7 veces __X__ más de 8 veces____
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO__X__
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
- Su cena es: LIGERA__X__NO LIGERA_____NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Rosa Elena León
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Rosa Elena Leon
C.C. 23.482.936 DE Chiquinquirá FECHA DE NACIMIENTO 06/05/1943 EDAD 78 años
SEXO F X M ____ DOMICILIO Palmar TEL 3125220957 Estado Civil: Soltero(a) __ Casado(a) __ Viudo(a) X
NIVEL SISBEN. 1 X 2 ____ EPS Nueva EPS RH O-
Familiar y/o cuidador respondable No Refiere TEL. ____
PESO 58 TALLA 1.54 TEMPERATURA 35.4

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial	X		Hepatitis		X	Tuberculosis		
Diabetes		X	Tuberculosis		X	Hipertensión Arterial		
Dislipidemias (Colesterol Alto)		X	Hospitalizado el último año		X	Diabetes		
Osteoartritis		X	Transfusiones		X	Infarto de Miocardio		
ACV (Derrame Cerebral)		X	Intervencion Quirúrgica		X	Demencia		
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		X	Accidentes		X	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		
Cáncer		X						
♀ Cáncer de cervix / mama		X						
♂ Cáncer de próstata		X						

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Platemax 75 mg	1 diaria	
	Tiamina 300 mg	1 diaria	
	Enalapril 20 mg	2 veces al dia	
	Acetaminofen 500 mg	Cuando hay dolor	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	NO ☐	SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - -Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(X) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(X) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(X) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(X) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(X) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(X) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(X) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(X) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)
(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)
(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(X) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 4.

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Rosa Lena Lopez
FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S. NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Rosa Elena León Vda Gaviria • Tel. 3125220957

•Número de Cédula 23482936 de Chaparral • Edad 78.

•Fecha de Nacimiento 06/07/43 sexo F X M ____ DOMICILIO Palmar.

•Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ Viudo(a) X • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato___ Otro__

•Nivel de SISBEN (1) X (2)____ •EPS Nueva EPS •RH O-

•Familiar y/o cuidador responsable No refiere TEL.____

•Peso 58 **•Talla** 1,54 **•Temperatura** 35,4

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 1 Familiares: Si X No____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si___ No X A veces___ ¿Cuál? ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ____ No X A veces____

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí X No ____ A veces____

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ____ +30 días____

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie ____

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie X 2. Cuántas ____

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna___ 2. Una vez al día X 3. Una vez a la semana___ 4. 2-6 veces por semana ____

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ____ 3. No constantemente____

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente__ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca__

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ____

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día____ 2.- Una vez al mes X 3.- Una vez al año____ 4.- Nunca____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI____ NO X CUAL____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO____ NO SABE____

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No____

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ____ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900873037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	1
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	~~SI~~
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde —

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Rosa Gonzalez

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 9009750137-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Rosa Elena Leon
- sexo: F X M ____ •Número de Cédula 23'482.936 de Chiquinquira RH: O-
- Edad 78. •Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) X •Escolaridad: Primaria X Bachillerato ____
- •Residencia Palmar Tel 3125220757 •Nivel de SISBEN (1) ____ (2) ____
- •EPS Nueva EPS • Discapacidad SI ____ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** ____ TEL. ____

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
NO REFIERE	REFIERE	NO REFIERE	NO Refiere	NO refiere.
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA: 35.4**
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	**PESO: 58.**

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Bueno	Sensibilidad:	Lenguaje: Bueno.	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: NO Refiere.			
QUIRURGICA	Sitio: NO Refiere	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: Bastón	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: Baston	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?	X	
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?	X	
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

Rosa Elena León
FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Rosa Elena Leon TEMPERATURA 35.4
C.C. 23.482.936 DE Chiquinquira FECHA DE NACIMIENTO 06 / 05 / 1943 DOMICILIO Palmar
Familiar y/o cuidador respondable No Refiere TEL.

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

Rosa Elena León — 35.4

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda Palmar apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo/2022

NOMBRE: Rosa Elena León C.C. 23'482

PESO 58. TALLA 1.54 TEMPERATURA 35.4

FIRMA o HUELLA Rosa Elena León

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Rosa Elena Leon C.C. 23.482.936

FECHA: Marzo/2022

Firma o HUELLA Rosa Elena TEMPERATURA 35.4

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 35.6

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Lilia Isabel Gonzalez flor Tipo de identificación CC X Nº 23492594 expedida en Chaparral. Familiar y/o cuidador responsable Florentino Cano identificación CC 4195904 de _____, manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero / 2022

Lilia Isabel Gonzalez flor

Firma Adulto mayor
CC.

Descapacitado

CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos para el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Lilia Isabel Contreras Florez
- **Número de Cédula** 23492594 de Chiquinquirá sexo: F X M
- **Fecha de nacimiento** 05/07/61 **Edad** 60 **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) X Viudo(a)
- **Domicilio** Palmar **Tel** **SISBEN** (1) X (2) **EPS** Nueva EPS
- **Familiar y/o cuidador respondable** Floralba Cancan **TEL.** 3226984768
- PESO TALLA 1.47 TEMPERATURA

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia Arrendada Familiar X Otra
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO PARCIALMENTE
- ¿Cuenta con baño? SI X NO • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? X compartido • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI X NO
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno Regular Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 1 Comparte la cama? Sí No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si No X Cuál
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí No X A veces

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena Regular Mala X
- TIPO: Madera X Metálica Concreto Otro
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble Doble
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual
- Algodón Resortado espuma X Otro •Bueno Regular Malo
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro Semiduro Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No A veces
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días entre 1 y 5 días más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster X Lana Otro
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días entre 6 a 30 días más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí No A veces
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días entre 6 a 30 días más de 30 días
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No A veces
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días entre 6 a 30 días más de 30 días
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si No X
- CUAL? Mesa de Noche Lámpara Butaco Closet Tv Radio
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días más de 3 meses

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces _____De 4 a 7 veces _____más de 8 veces__X__
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO__X__
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
- Su cena es: LIGERA__X__NO LIGERA_____NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero /2022

Lilia Isabel Gonzalez Hoyan
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Lilia Isabel Gonzalez Florian
C.C. 23492594 DE Chiquinquirá FECHA DE NACIMIENTO 05 / 05 / 1961 EDAD 60 Años
SEXO F X M ____ DOMICILIO Palmar TEL 3228984768 Estado Civil: Soltero(a) __ Casado(a) x Viudo(a) __
NIVEL SISBEN. 1 X 2 ____ EPS Nueva EPS RH O+
Familiar y/o cuidador respondable Florentino Cañon TEL. ____
PESO 49 TALLA 1.47 TEMPERATURA 35.6

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial		X	Hepatitis		X	Tuberculosis		X
Diabetes		X	Tuberculosis		X	Hipertensión Arterial	X	
Dislipidemias (Colesterol Alto)	X		Hospitalizado el último año		X	Diabetes		X
Osteoartritis	X		Transfusiones		X	Infarto de Miocardio		X
ACV (Derrame Cerebral)		X	Intervencion Quirúrgica	X		Demencia		X
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		X	Accidentes		X	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		X
Cáncer		X						
♀ Cáncer de cervix / mama		X						
♂ Cáncer de próstata		X						

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Unidos por el progreso de Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Acetominofen	Cuando hay dolor	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO ☐ SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 1

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO 1 MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Lilia Isabel Gonzalez Florian
FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Lila Isabel Gonzalez florian • Tel. 322 898 4768

•Número de Cédula 23492594 de Chiquinquirá • Edad 60

•Fecha de Nacimiento 05/05/61 • sexo F X M ____ DOMICILIO Palmar

•Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___ • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato ___ Otro ___

•Nivel de SISBEN (1) X (2) ____ •EPS Nueva EPS. •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable Florentino Cañon TEL. ____

•Peso 49 **•Talla** 1.47 **•Temperatura** 35.6

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 2 Familiares: Si X No ____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si ____ No X A veces ____ ¿Cuál? ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ____ No X A veces ____

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí ____ No ____ A veces X

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días ___ De 7 a 15 X +30 días ____

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie ____

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie ____ 2. Cuántas 2

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna ____ 2. Una vez al día ____ 3. Una vez a la semana X 4. 2-6 veces por semana ____

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ____ 3. No constantemente ____

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente ___ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca ___

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo ____ 2. Descontento por lo poco que los veo X

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día ____ 2.- Una vez al mes X 3.- Una vez al año ____ 4.- Nunca ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI ____ NO X CUAL ____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO ____ NO SABE ____

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No ____

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ____ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Unidos por el progreso de Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	1
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	1
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	1
Digame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO	Colocar una marca (X), si corresponde	**SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)**	
¿Se siente impotente o indefenso?	SI			
¿Tiene problemas de memoria?	SI		**CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)**	
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI			

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Lilia Isabel Gonzalez Florian
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Tilia Isabel Gonzalez Flaron
- sexo: F X M ____ •Número de Cédula 23'492.594 de Chiquinquirá RH: O+
- Edad 60 •Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___ •Escolaridad: Primaria X. Bachillerato ____
- •Residencia Palmar. Tel 3228184768. •Nivel de SISBEN (1) X (2) ____
- •EPS Nueva EPS • Discapacidad SI ____ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Florentino Canon. TEL. ____

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
NO refiere	NO refiere	NO refiere	Tendinitis	NO refiere
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA: 35.6.**
Refiere	Naproeno	NO refiere.	NO refiere.	**PESO: 49**

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Bueno	Sensibilidad:	Lenguaje: Bueno.	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: NO refiere			
QUIRURGICA	Sitio: Estomago.	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: NO refiere	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: NO refiere	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de Ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?	X	
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?		X
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?	X	
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?		X
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

Lilia Isabel Gonzalez Florian
FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos para el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Lilia Isabel Gonzalez Florian TEMPERATURA 35.6
C.C. 23.492.596 DE Chiquinquirá FECHA DE NACIMIENTO 05/05/1961 DOMICILIO Palmar
Familiar y/o cuidador responsable Florentino Cañon TEL.

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

Lilia Isabel Gonzalez Florian 356

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda PALMAR apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo/2022

NOMBRE: Lilia Isabel Gonzalez Florian c.c. 23'492.594

PESO 49 TALLA 1.47 TEMPERATURA 356

FIRMA o HUELLA Lilia Isabel Gonzalez Florian

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Lilia Isabel Gonzalez Florian C.C. 23.492594

FECHA: Marzo/2022

Firma o HUELLA Lilia Isabel Gonzalez Florian **TEMPERATURA** 35.6

NO

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 36

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Juan Agustin Bustrago Castellanos Tipo de identificación CC x Nº 1013148 expedida en _____ Familiar y/o cuidador responsable Luz Marina Bustrago identificación CC 23495768 de Chiquinquirá. manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Firma Adulto mayor
CC.

Luz Marina Bustrago
cc. 23495768
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

ND

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 9009773037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Juan Agustin Buitrago Castellanos
- **Número de Cédula** 10131480 de Caldas sexo: F____ M X
- **Fecha de nacimiento** 25/02/40 **Edad** 82 **Estado Civil:** Soltero(a)__ Casado(a)__ Viudo(a)__
- **Domicilio** Manizales **Tel**_____ **SISBEN** (1) ____ (2) X **EPS** Comfamiliar
- **Familiar y/o cuidador respondable** Luz Marina Buitrago **TEL.** 2349568
- PESO 47 TALLA 1.60 TEMPERATURA 30

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia_____ Arrendada_____ Familiar X Otra_____
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO_____ PARCIALMENTE_____
- ¿Cuenta con baño? SI X NO_____ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO_____
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? X compartido____ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI ___ NO___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno _____ Regular X Malo_____
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 2 Comparte la cama? Sí_____ No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si_____ No X Cuál_____
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí_____ No____ A veces X

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena_____ Regular Y Mala_____
- TIPO: Madera X Metálica__ Y Concreto_____ Otro_____
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble_____ Doble_____
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 10 años
- Algodón X Resortado ____ espuma ____ Otro____ •Bueno ____ Regular ____ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro X Semiduro_____ Blando_____
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No_____ A veces _____
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días_____ entre 1 y 5 días_____ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster _____ Lana X Otro_____
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días_____ entre 6 a 30 días_____ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí _____ No X A veces_____
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días_____ entre 6 a 30 días_____ más de 30 días_____
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No_____ A veces_____
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días____ entre 6 a 30 días_____ más de 30 días_____
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si _____ No_____
- CUAL? Mesa de Noche X Lámpara_____ Butaco _____ Closet _____ Tv_____ Radio____
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI_____ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días_____ más de 3 meses _____

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

•Como describe su sueño: ligero_____ Profundo__X__ Muy profundo_____
•Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
•Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces __X__De 4 a 7 veces _____más de 8 veces____
• Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI__X__NO_____
•Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
•Su cena es: LIGERA__X__NO LIGERA_____NO CENA_____
•Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO__X__
•Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
•Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S. NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Juan Agustin Buitrago
C.C. 1013148 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 25 /02 /1940 EDAD 82 años
SEXO F___ M_X_ DOMICILIO Marinto TEL 3106693269 Estado Civil: Soltero(a)__ Casado(a)__ Viudo(a) X
NIVEL SISBEN. 1_X_ 2_____ EPS Comfamiliar RH O+
Familiar y/o cuidador respondable Luz Marina Buitrago TEL. 3103561653
PESO 47 TALLA 1.60 TEMPERATURA 36

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial		X	Hepatitis		X	Tuberculosis		X
Diabetes		X	Tuberculosis		X	Hipertensión Arterial		X
Dislipidemias (Colesterol Alto)		X	Hospitalizado el último año		X	Diabetes		X
Osteoartritis		X	Transfusiones		X	Infarto de Miocardio		X
ACV (Derrame Cerebral)		X	Intervencion Quirúrgica		X	Demencia		X
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		X	Accidentes		X	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		X
Cáncer		X						
♀ Cáncer de cervix / mama		X						
♂ Cáncer de próstata		X						

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO ☐ SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) *Hay que administrarle la comida.*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 1

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero 1/2022

Juana Pulgo
FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

10

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Juan Agustin Buitrago Castellanos • Tel. 3106693069.

•Número de Cédula 1013148 de Caldas. • Edad 82.

•Fecha de Nacimiento 95/02/1940 • sexo F ____ M X DOMICILIO Norino Centro

•Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) X • Nivel de Escolaridad Primaria ___ Bachillerato ___ Otro X Nada

•Nivel de SISBEN (1) ____ (2) X •EPS Comfamiliar •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable Juan Agustin Buitrago Castellanos TEL. 3103561653

•Peso 47 **•Talla** 1.60 **•Temperatura** 36

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 2 Familiares: Si X No ____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si ____ No X A veces ____ ¿Cuál? ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ____ No X A veces ____

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí ____ No ____ A veces ____

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días ___ De 7 a 15 ____ +30 días X

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie ____

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie ____ 2. Cuántas 2

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna ____ 2. Una vez al día ____ 3. Una vez a la semana ___ 4. 2-6 veces por semana ____

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ____ 3. No constantemente ____

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente ___ 2. Algunas veces ___ 3. Casi nunca X

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ____

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día ____ 2.- Una vez al mes ____ 3.- Una vez al año ____ 4.- Nunca X

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI ____ NO X CUAL ____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO ____ NO SABE ____

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No ____

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si X 2. No ____

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Unidos por el progreso de Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	1
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	
Digame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	~~SI~~

Colocar una marca (X), si corresponde —

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Juan Agustin Buitrago
- sexo: F____ M X •Número de Cédula 1013148 de Caldas Boyacá RH: O+
- Edad 82 •Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ Viudo(a) X •Escolaridad: Primaria___ Bachillerato____
- •Residencia Nauno. Tel 3106693069. •Nivel de SISBEN (1) X (2)___
- •EPS Con familiar • Discapacidad SI____ NO____
- **Familiar y/o cuidador responsable** Luz Marina Buitrago TEL. 3105561653

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
No Refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** ___ **PESO:**_____
No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Bueno	Sensibilidad:	Lenguaje: Bueno.	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: No refiere			
QUIRURGICA	Sitio: No refiere	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: No refiere	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: Si	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	✓			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	✓			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	✓			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	✓			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	✓			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	✓			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	✓			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	✓			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	✓			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	✓	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?	✓	
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?		✓
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	✓	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		✓
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		✓
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	✓	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		✓
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	✓	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	✓	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	✓	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO ✓ MEDIO _____ BAJO _____

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos para el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Juan Agustin Buitrago TEMPERATURA 36 ~~82 años~~
C.C. 1013148 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 25/02/1940 DOMICILIO Nariño
Familiar y/o cuidador respondable Luz Marina Buitrago TEL. 3103561653

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

Juan Buitrago 36

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda CENTRO NARIÑO apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo/2021

NOMBRE: Juan Agustin Buitrago C.C. 10.13148.

PESO 41 TALLA 1.60 TEMPERATURA 36

FIRMA o HUELLA







FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	**BUENO** [X]	**REGULAR** [ ]	**MALO** [ ]	**OTRO** [ ]
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	[X]	[ ]	[ ]	[ ]

NOMBRE: Juan Agustin Buitrago C.C. 1013148

FECHA: MARO/2022

Firma o HUELLA Juan Pablo **TEMPERATURA** 36

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 36

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Pedro Alfonso Cañon ___ Tipo de identificación CC X Nº 1013408 expedida en Caldas Familiar y/o cuidador responsable No refiere identificación CC __ _____ de _____,manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Pedro Alfonso Cañón
Firma Adulto mayor
CC.

CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Pedro Alfonso Cañon
- **Número de Cédula** 1013408 de Caldas sexo: F ___ M X
- **Fecha de nacimiento** 17/05/58 **Edad** 63 **Estado Civil:** Soltero(a) X Casado(a) ___ Viudo(a) ___
- **Domicilio** Centro **Tel** no tiene **SISBEN** (1) X (2) ___ **EPS** Nueva EPS
- **Familiar y/o cuidador respondable** No refiere **TEL.** No tiene
- PESO 63 TALLA 1.59. TEMPERATURA 36.

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Familiar X Otra ___
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ___ PARCIALMENTE ___
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ___ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO ___
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? X compartido ___ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI X NO ___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ___ Regular ___ Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 1 Comparte la cama? Sí ___ No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ___ No X Cuál ___
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ___ No X A veces ___

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ___ Regular ___ Mala X
- TIPO: Madera ___ Metálica X Concreto ___ Otro ___
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble ___ Doble ___
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 10 años
- Algodón X Resortado ___ espuma ___ Otro ___ Bueno ___ Regular ___ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro X Semiduro ___ Blando ___
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ___ A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ___ entre 1 y 5 días ___ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster X Lana X Otro ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ___ No X A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días ___
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No ___ A veces ___
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si X No ___
- CUAL? Mesa de Noche X Lámpara ___ Butaco X Closet ___ Tv ___ Radio X
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI ___ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días ___ más de 3 meses ___

	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

- Como describe su sueño: ligero___X___ Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces __X__ De 4 a 7 veces ____ más de 8 veces___
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____ NO__X__
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____ NO__X__
- Su cena es: LIGERA_____ NO LIGERA_____ NO CENA__X__
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____ REGULAR __X__ MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____ NO__X__ A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____ NO_X_ A VECES____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero /2022

Pedro Alfonso Cañon
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Pedro Alfonso Cañon
C.C. 1.013.408 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 17/05/1958 EDAD 63 Años
SEXO F ___ M x DOMICILIO Centro TEL ___ Estado Civil: Soltero(a) x Casado(a) ___ Viudo(a) ___
NIVEL SISBEN. 1 x 2 ___ EPS Nueva EPS RH O+
Familiar y/o cuidador respondable No Refiere TEL. ___
PESO 63 TALLA 1.59 TEMPERATURA 36

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		x
Tos		x
Dificultad respiratoria		x
Dolor muscular		x
Dolor de garganta y cabeza		x
Perdida del gusto u olfato		x
Diarrea		x

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO
Hipertensión Arterial		x
Diabetes		x
Dislipidemias (Colesterol Alto)		x
Osteoartritis		x
ACV (Derrame Cerebral)		x
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)	x	
Cáncer		x
♀ Cáncer de cervix / mama		x
♂ Cáncer de próstata		x

	SI	NO
Hepatitis		x
Tuberculosis		x
Hospitalizado el último año		x
Transfusiones		x
Intervencion Quirúrgica		x
Accidentes		x
Parkinson	x	

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO
Tuberculosis		x
Hipertensión Arterial	x	
Diabetes		x
Infarto de Miocardio		x
Demencia		x
Cáncer: (Mama, estómago, colon)		x

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Ibuprofeno 500 mg	Si hay dolor	
	Cromoglicato de Sodio 4g	diaria	
	Biperideno 2mg	diaria	
	Lorazepam 2mg	diaria	
	Furosemida 40 mg	diaria	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	NO ☐	SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒ -Un salario mínimo ☐
   - Menos de un salario mínimo ☐ - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 1

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Pedro Alfonso Cañón
FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Unidos para el progreso de Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Pedro Alfonso Cañon • Tel. no repre
•Número de Cédula 10134083 de Caldas • Edad 63
•Fecha de Nacimiento 17/05/58 • sexo F ____ M X DOMICILIO Centro
•Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) ____ Viudo(a) ____ • Nivel de Escolaridad Primaria ____ Bachillerato ____ Otro X ninguno
•Nivel de SISBEN (1) X (2) ____ •EPS Nueva EPS •RH O+
•Familiar y/o cuidador responsable No repre TEL. No
•Peso 63 **•Talla** 1.59 **•Temperatura** 36

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 6 Familiares: Si ____ No ____
• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si ____ No X A veces ____ ¿Cuál? ____
• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ____ No X A veces ____
• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí X No ____ A veces ____
• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ____ +30 días ____
• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. ____ 2. Nadie X
• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie X 2. Cuántas ____
• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna ____ 2. Una vez al día ____ 3. Una vez a la semana X 4. 2-6 veces por semana ____
• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ____ 3. No constantemente ____
• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente X 2. Algunas veces ____ 3. Casi nunca ____
• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo ____ 2. Descontento por lo poco que los veo X
•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día ____ 2.- Una vez al mes ____ 3.- Una vez al año ____ 4.- Nunca X
• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI ____ NO X CUAL ____
• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI ____ NO ____ NO SABE X
¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No ____
¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ____ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900873037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	1
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	1
Digame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	~~NO~~
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	~~SI~~
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde —

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Pedro Alfonso Cañón
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Unidos por el progreso de Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Pedro Alfonso Cañon
- sexo: F____ M__X__ •Número de Cédula 1013408 de Caldas RH: O+
- Edad 63 •Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a)___ Viudo(a)___ •Escolaridad: Primaria___ Bachillerato____
- •Residencia Centro Urbano Tel_____ •Nivel de SISBEN (1)_____ (2) X
- •EPS Nueva EPS • Discapacidad SI_____ NO_____
- **Familiar y/o cuidador responsable**_____ TEL._____

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
No refiere	No refiere.	No refiere	Parkinson	No refiere.
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA: 36.**
No refiere	No refiere.	No refiere	No refiere	**PESO: 63**

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Bueno	Sensibilidad:	Lenguaje: Claro	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: Partes Inferiores (piernas) Superiores (brazos) Calambres.			
QUIRURGICA	Sitio: No refiere.	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: No refiere	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: Si	En silla de Ruedas:	Con ayuda: Bastón	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973837-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?		X
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		X
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

Pedro Alfonso Cañon
FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos para el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Pedro Alfonso Cañon TEMPERATURA 36
C.C. 1.013.408 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 17/05/1950 DOMICILIO Centro
Familiar y/o cuidador respondable No Refiere TEL.

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

Pedro Alfonso Cañón
FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda Centro apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ | FECHA: Marzo/2022

NOMBRE: Pedro Alfonso Cañón C.C. 1.013.106

PESO 63. TALLA 1.59. TEMPERATURA 36

FIRMA o HUELLA Pedro Alfonso Cañón

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Pedro Alfonso Cañon C.C. 1.013.408

FECHA: Mayo/2022

Firma o HUELLA Pedro Alfonso Cañón **TEMPERATURA** 36

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 35.8

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario María Herminia Abril Murcia Tipo de identificación CC X Nº 23497242 expedida en Chiquinquirá Familiar y/o cuidador responsable Nidia Hernandez identificación CC __ _____ de _____,manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero /2022

Ma Herminia Abril M

Firma Adulto mayor
CC. 23497242

No se encuentra

CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL E.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** María Herencia Abril Murcia
- **Número de Cédula** 23497247 de Chiquinquirá sexo: F X M ____
- **Fecha de nacimiento** 07/01/58 **Edad** 64 **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) X
- **Domicilio** Espalda **Tel** 3223622438 **SISBEN** (1) X (2) ____ **EPS** Comfamiliar
- **Familiar y/o cuidador respondable** Nidia Hernandez **TEL.** ____
- PESO 58 TALLA 1.49 TEMPERATURA 35.8

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia X Arrendada ____ Familiar ____ Otra ____
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ____ PARCIALMENTE ____
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ____ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO ____
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? X compartido ____ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI X NO ____
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ____ Regular ____ Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 2 Comparte la cama? Sí X No ____
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ____ No X Cuál ____
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ____ No X A veces ____

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ____ Regular ____ Mala X
- TIPO: Madera X Metálica ____ Concreto ____ Otro ____
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble ____ Doble ____
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 12 años
- Algodón ____ Resortado ____ espuma X Otro ____ Bueno ____ Regular ____ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro ____ Semiduro ____ Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ____ A veces ____
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ____ entre 1 y 5 días ____ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster ____ Lana X Otro ____
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ____ No X A veces ____
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días ____
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No ____ A veces ____
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días ____
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si X No ____
- CUAL? Mesa de Noche ____ Lámpara ____ Butaco ____ Closet ____ Tv X Radio ____
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI ____ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días ____ más de 3 meses ____

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero_____ Profundo__X__ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces __X__ De 4 a 7 veces _____ más de 8 veces____
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____ NO__X__
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____ NO__X__
- Su cena es: LIGERA__X__ NO LIGERA_____ NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____ REGULAR __X__ MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____ NO__X__ A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____ NO__X__ A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

María Hermencia Ali

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS María Herencia Abril Murcia
C.C. 23.497.242 DE Chiquinquirá FECHA DE NACIMIENTO 07/01/ EDAD 64 Años
SEXO F X M ____ DOMICILIO Espalda Alto TEL ____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) X
NIVEL SISBEN. 1 X 2 ____ EPS Comfamiliar RH A+
Familiar y/o cuidador respondable Nidia Hernandez TEL 3223622438
PESO 58 TALLA 1.49 TEMPERATURA 35.8

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial		X	Hepatitis		X	Tuberculosis		X
Diabetes		X	Tuberculosis		X	Hipertensión Arterial		X
Dislipidemias (Colesterol Alto)		X	Hospitalizado el último año		X	Diabetes	X	X
Osteoartritis	X		Transfusiones		X	Infarto de Miocardio		X
ACV (Derrame Cerebral)		X	Intervencion Quirúrgica		X	Demencia		X
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		X	Accidentes		X	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		X
Cáncer		X						
♀ Cáncer de cervix / mama		X						
♂ Cáncer de próstata		X						

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Medicamento Homeopatico	Cuando hay dolor	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO ☐ SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☑ -Un salario mínimo ☐
   - Menos de un salario mínimo ☐ - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 0

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero /2022

María Herencia Abril

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos María Herencia Abril Arcia • Tel. 3223622438

•Número de Cédula 23497242 de Chiquinquirá • Edad 64

•Fecha de Nacimiento 07/01/58 • sexo F X M ____ DOMICILIO Espalda

•Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ Viudo(a) X • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato___ Otro__

•Nivel de SISBEN (1) X (2) ____ •EPS Comfamiliar •RH A+

•Familiar y/o cuidador responsable Nidia Hernandez TEL. 3223622438

•Peso 58 **•Talla** 1.49 **•Temperatura** 35.8

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 7 Familiares: Si X No ____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si____ No X A veces____ ¿Cuál? ____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ____ No ____ A veces X

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí X No ____ A veces____

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ____ +30 días____

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1.____ 2. Nadie X

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie X 2. Cuántas ____

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna X 2. Una vez al día ____ 3. Una vez a la semana___ 4. 2-6 veces por semana ____

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ____ 3. No constantemente____

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente__ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca__

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ____

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día____ 2.- Una vez al mes____ 3.- Una vez al año X 4.- Nunca____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI____ NO X CUAL____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO____ NO SABE____

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No____

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ____ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900873037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Unidos por el progreso de Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde: –

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero /2022

María Mercedes Abril Ott.
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Unidos para el progreso de Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Maria Hermencia
- sexo: F X M ____ •Número de Cédula 23497242. de Chiquinquira RH: A+
- Edad 64 •Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) X •Escolaridad: Primaria X Bachillerato ___
- •Residencia Escalda Sector Alto. Tel 3223622438. •Nivel de SISBEN (1) X (2) ___
- •EPS Comfamiliar • Discapacidad SI ___ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Nidia Hernandez TEL. 322 3622138

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
No refiere	No refiere	No refiere.	Artritis	No refiere
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** 35.8
No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	**PESO:** 58

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Bueno	Sensibilidad:	Lenguaje: Claro.	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: No refiere			
QUIRURGICA	Sitio: No refiere	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: No refiere	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: Si	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		X
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

Ma. Mercedes A. M
FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS María Hermencia Abril Moreira TEMPERATURA 35.8
C.C. 23497.242 DE Chiquinquirá FECHA DE NACIMIENTO 07 / 01 / 1958 DOMICILIO Escalda Alto
Familiar y/o cuidador respondable Nidia Hernandez TEL. 3223622438

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

María Hermencia Abril Mor 35.8

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda ESPALDA. apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo 2022

NOMBRE: Mario Abril Murcia c.c. 23197242.

PESO 58 TALLA 1.49. TEMPERATURA 35.8.

FIRMA o HUELLA

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: María Hermencia Abril Murcia C.C. 23.497.242

FECHA: MAYO/2022

Firma o HUELLA María Hermencia Abril **TEMPERATURA** 35.8

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 36

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Lucrecia Avendaño Quiroga Tipo de identificación CC ✓ Nº 23389989 expedida en Caldas Familiar y/o cuidador responsable Olando Flando Gualtero H. identificación CC _____ de _____, manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Lucrecia Avendaño
Firma Adulto mayor
cc. 23389989

No se encuentra
CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS NIT. 900973057-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Lucrecia Acosta Quiroga
- **Número de Cédula** 23389989 de Caldas sexo: F X M ___
- **Fecha de nacimiento** 14/Nov/54 **Edad** 67 **Estado Civil:** Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) X
- **Domicilio** Espalda **Tel** ___ **SISBEN** (1) X (2) ___ **EPS** Comfamiliar
- **Familiar y/o cuidador responsable** Orlando Florido Gallego **TEL.** 3008290323
- PESO 89 TALLA 1.53. TEMPERATURA 36

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Familiar X Otra ___
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ___ PARCIALMENTE ___
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ___ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI ___ NO ___
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? X compartido ___ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI ___ NO X
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ___ Regular ___ Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 1 Comparte la cama? Sí ___ No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ___ No X Cuál ___
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ___ No X A veces ___

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ___ Regular ___ Mala X
- TIPO: Madera X Metálica ___ Concreto ___ Otro ___
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble ___ Doble ___
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 10 años
- Algodón X Resortado ___ espuma ___ Otro ___ Bueno ___ Regular ___ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro X Semiduro ___ Blando ___
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ___ A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ___ entre 1 y 5 días ___ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster ___ Lana X Otro ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ___ No X A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días ___
- UTILIZA ALMOHADA: Si ___ No X A veces ___
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días ___
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si ___ No X
- CUAL? Mesa de Noche ___ Lámpara ___ Butaco ___ Closet ___ Tv ___ Radio ___
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI ___ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días ___ más de 3 meses ___

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973057-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces __X__ De 4 a 7 veces _____más de 8 veces____
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO__X__
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
- Su cena es: LIGERA__X__NO LIGERA_____NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Lucrecia Avedaño
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Lucrecia Avendaño Quiroga
C.C. 23.389.989 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 14 / 11 / 1954 EDAD 67 años
SEXO F X M ____ DOMICILIO Espalda Alta TEL ____ Estado Civil: Soltero(a) __ Casado(a) X Viudo(a) __
NIVEL SISBEN. 1 X 2 ____ EPS Comfamiliar RH O+
Familiar y/o cuidador respondable Orlando Florindo Gualteros TEL 3123520117
PESO 89 TALLA 1.53 TEMPERATURA 36

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial	X		Hepatitis		X	Tuberculosis		X
Diabetes		X	Tuberculosis		X	Hipertensión Arterial	X	
Dislipidemias (Colesterol Alto)	X		Hospitalizado el último año		X	Diabetes	X	
Osteoartritis	X		Transfusiones		X	Infarto de Miocardio		X
ACV (Derrame Cerebral)		X	Intervencion Quirúrgica		X	Demencia		X
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		X	Accidentes		X	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		X
Cáncer		X						
♀ Cáncer de cervix / mama		X						
♂ Cáncer de próstata		X						

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Carvedilol 6,25 mg	diaria	
	Mioflex 750 mg	Cuando hay dolor	
	Acido Acetilsalicilico 100 mg	diaria	
	Nitrofurantoina 100 mg	diaria	
	Osteocal 1250 mg	diaria	
	Hidroclorotiazida	diaria	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO ☐ SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(X) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(X) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(X) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(X) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(X) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) *Hay que administrarle la comida.*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Unidos para el progreso de Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 6

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Lucrecia Avendaño
FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Unidos para el progreso de Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Lucrecia Aviadano Quiroga • Tel._____

•Número de Cédula 23389989 de Caldas • Edad 67

•Fecha de Nacimiento 14/Nov/54 • sexo F X M_____ DOMICILIO Espalda

•Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ X Viudo(a)___ • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato___ Otro__

•Nivel de SISBEN (1) X (2)___ •EPS Comfamiliar •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable Orlando Florez Guillen TEL._____

•Peso 89 **•Talla** 1.53 **•Temperatura** 36

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 1 Familiares: Si X No_____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si___ No X A veces___ ¿Cuál?_____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si_____ No X A veces_____

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí X No___ A veces___

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ___ +30 días___

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie_____

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie___ 2. Cuántas 4.

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna X 2. Una vez al día ___ 3. Una vez a la semana___ 4. 2-6 veces por semana ___

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No___ 3. No constantemente___

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente__ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca__

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo _____

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día___ 2.- Una vez al mes___ 3.- Una vez al año___ 4.- Nunca X

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI_____ NO X CUAL_____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO___ NO SABE___

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No___

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si___ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	1
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	1
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde

X

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero 2022

Lucrecia Avendaño
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Ivoreca Avendaño Quiroga
- sexo: F X M_____ •Número de Cédula 23.389.984 de Caldas. RH: O+
- Edad 67 •Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)X Viudo(a)___ •Escolaridad: Primaria X Bachillerato____
- •Residencia Espalda alta Tel_____ •Nivel de SISBEN (1) X (2)____
- •EPS Comfamiliar. • Discapacidad SI_____ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Orlando Florido Gualteros Hernandez TEL. 3123520117

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
No refiere	Refiere.	No refiere	Artritis.	No refiere
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA: 36**
No refiere	Antibioticos	No refiere	No refiere	**PESO: 89**

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos:	Sensibilidad:	Lenguaje:	Otros:
	Bueno		Claro.	
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: No refiere			
QUIRURGICA	Sitio: No refiere	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: Baston.	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente:	En silla de Ruedas:	Con ayuda: Baston acompañante.	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?		X
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		X
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

Lucrecia Avendaño
FIRMA ADULTO MAYOR.

Yulitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Lucrecia Avendaño Quiroga TEMPERATURA 36
C.C. 23.389.989 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 14/11/1954 DOMICILIO Espaldar Alto
Familiar y/o cuidador respondable Orlando Florindo Gualteros TEL. 3123520117

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FIRMA ADULTO MAYOR. Lucrecia A 36 TEMPERATURA FINAL PROGRAMA

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda Espalda apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ FECHA: Marzo/2022

NOMBRE: Lucrecia Avendaño Quiroga C.C. 23.389.989

PESO 89 TALLA 153 TEMPERATURA 36

FIRMA o HUELLA Lucrecia Avendaño

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	**BUENO** [x]	**REGULAR** [ ]	**MALO** [ ]	**OTRO** [ ]
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	[x]	[ ]	[ ]	[ ]
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	[x]	[ ]	[ ]	[ ]
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	[x]	[ ]	[ ]	[ ]
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	[x]	[ ]	[ ]	[ ]
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	[x]	[ ]	[ ]	[ ]
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	[x]	[ ]	[ ]	[ ]

NOMBRE: Lucrecia Avendaño Quiroga C.C. 23.389.989

FECHA: MAYO/2022

Firma o HUELLA Lucrecia Avendaño **TEMPERATURA** 36

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 35.8

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Ofelia forero Rativa ___ Tipo de identificación CC ____ Nº _____ expedida en _____ Familiar y/o cuidador responsable Luis Alejandro Forero _____ identificación CC __ _____ de _____, manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022



_____

Firma Adulto mayor
CC.

No se encuentra

CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973035-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero X Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO X
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces _____De 4 a 7 veces_____más de 8 veces X
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO X
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO X
- Su cena es: LIGERA X NO LIGERA_____NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO X
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO X A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO X A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Marzo/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Ofelia Forero Rativa
C.C._____ DE_____ FECHA DE NACIMIENTO____/___/___ EDAD_____
SEXO F X M_____ DOMICILIO Vueltas TEL_____ Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a)__ Viudo(a)__
NIVEL SISBEN. 1_____ 2_____ EPS_____ RH_____
Familiar y/o cuidador respondable Luis Alejandro Forero TEL. 3123817455
PESO 45 TALLA 1,40 TEMPERATURA 35.8

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial			Hepatitis			Tuberculosis		
Diabetes			Tuberculosis			Hipertensión Arterial		
Dislipidemias (Colesterol Alto)			Hospitalizado el último año			Diabetes		
Osteoartritis			Transfusiones			Infarto de Miocardio		
ACV (Derrame Cerebral)			Intervencion Quirúrgica			Demencia		
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)			Accidentes			Cáncer: (Mama, estómago, colon)		
Cáncer								
♀ Cáncer de cervix / mama								
♂ Cáncer de próstata								

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO ☐ SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☐
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(X) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(X) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(X) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(X) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(X) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 6

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero 2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

18

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900873037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Unidos para el progreso de Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Ofelia Toro Ruiva. • Tel._____

•Número de Cédula_____ de_____ • Edad_____

•Fecha de Nacimiento____/____/____ • sexo F X M_____ DOMICILIO Vueltas

•Estado Civil: Soltero(a)__X__Casado(a)____Viudo(a)___ • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato____ Otro__

•Nivel de SISBEN (1)_____ (2)_____ •EPS_____ •RH_____

•Familiar y/o cuidador responsable Luis Alejandro Toro TEL._____

•Peso 45 **•Talla** 1,40 **•Temperatura** 35,8

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 1 Familiares: Si X No_____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si____ No X A veces____ ¿Cuál? _____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si _____ No X A veces_____

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí X No _____ A veces_____

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días __De 7 a 15 ____+30 días_____

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1._____ 2. Nadie _____

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie_____ 2. Cuántas _____

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna____2. Una vez al día ____3. Una vez a la semana___ 4. 2-6 veces por semana ____

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si _____ 2. No _____ 3. No constantemente_____

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente__ 2. Algunas veces___3. Casi nunca__

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo_____ 2. Descontento por lo poco que los veo _____

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día_____ 2.- Una vez al mes_____ 3.- Una vez al año_____ 4.- Nunca_____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI_____NO_____ CUAL_____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI _____ NO_____NO SABE_____

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si ___ 2. No_____

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ____ 2. No_____

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900873037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde –

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Ofelia Forero Rituci
- sexo: F X M_____ •Número de Cédula_____ de _____ RH:_____
- Edad_____ •Estado Civil: Soltero(a)__Casado(a) X Viudo(a)___ •Escolaridad: Primaria___ Bachillerato_____
- •Residencia Vueltas Tel_____ •Nivel de SISBEN (1)_____ (2)____
- •EPS_____ • Discapacidad SI_____NO_____
- **Familiar y/o cuidador responsable** Jus Alejandro Forero TEL. 3123817455

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
CIRUGIAS:	ALERGIAS:	TRANSFUSIONES:	FRACTURAS:	TEMPERATURA: ___ PESO:_____

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos:	Sensibilidad:	Lenguaje:	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio:			
QUIRURGICA	Sitio:	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: Si refiere.	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente:	En silla de Ruedas:	Con ayuda: Si refiere	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?		X		

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?		X		
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?		X		
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?		X		
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?		X		
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?		X		
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?		X		
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbuso lamicro?		X		
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?		X		
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?		X		

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?		X
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?		X
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?		
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?		
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?		
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?		

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

FIRMA ADULTO MAYOR.

Yulitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973087-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Ofelia Forero Rativa TEMPERATURA 35.8
C.C. _____ DE _____ FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ DOMICILIO Vueltas
Familiar y/o cuidador respondable Luis Alejandro Forero TEL. 3123817455

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.



35.8

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda Vueltas apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo/2022

NOMBRE: Ofelia Flevo Ritiva C.C. _____

PESO 45 TALLA 1.40 TEMPERATURA 35.8

FIRMA o HUELLA _____

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Ofelia Forero Ritiva C.C. _____

FECHA: Marzo 1/2022

Firma o HUELLA _____ **TEMPERATURA** 35.8

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 36

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Alberto Pardo Vargas Tipo de identificación CC X Nº 7911861 9. expedida en Bogotá Familiar y/o cuidador responsable Yazmin Sofia Pardo Vargas. identificación CC 1002523330 de Caldas, manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero 1/2022

Firma Adulto mayor
CC.

Sofia Pardo
cc. 1002523330
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Alberto Pardo Vargas
- **Número de Cédula** 79118619 de Bogotá sexo: F ___ M X
- **Fecha de nacimiento** 25/07/60 **Edad** 61 **Estado Civil:** Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___
- **Domicilio** Vereda ___ Tel 3118343400 **SISBEN** (1) X (2) ___ **EPS** Comfamiliar
- **Familiar y/o cuidador respondable** Yazmin Sofia Pardo Vinget **TEL.** 3142431493
- PESO 70. TALLA 1.65 TEMPERATURA 36

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia X Arrendada ___ Familiar ___ Otra ___
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ___ PARCIALMENTE ___
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ___ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI ___ NO ___
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? ___compartido___ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI ___ NO ___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ___ Regular X Malo ___
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 1 Comparte la cama? Sí X No ___
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ___ No V Cuál ___
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ___ No X A veces ___

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ___ Regular ___ Mala X
- TIPO: Madera ___ Metálica X Concreto ___ Otro ___
- TAMAÑO: Sencilla ___ Semidoble ___ Doble ___
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 18 años
- Algodón ___ Resortado ___ espuma X Otro ___ Bueno ___ Regular ___ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro ___ Semiduro ___ Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ___ A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ___ entre 1 y 5 días ___ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster X Lana ___ Otro ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ___ No X A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días ___
- UTILIZA ALMOHADA: Si ___ No X A veces ___
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días ___
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si ___ No X
- CUAL? Mesa de Noche ___ Lámpara ___ Butaco ___ Closet ___ Tv ___ Radio ___
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI ___ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días ___ más de 3 meses ___

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero_____ Profundo__X__ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces _____De 4 a 7 veces _____más de 8 veces____
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO__X__
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
- Su cena es: LIGERA__X__NO LIGERA_____NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero / 2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACIÓN DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Albercio Pardo Vargas
C.C. 79.118.619 DE Bogotá FECHA DE NACIMIENTO 25 / 07 / 1960 EDAD 61 Años
SEXO F___ M_x_ DOMICILIO Vueltas TEL 3118343400 Estado Civil: Soltero(a)__ Casado(a)_x_ Viudo(a)__
NIVEL SISBEN. 1_1_ 2_____ EPS Comfamiliar RH O+
Familiar y/o cuidador respondable Sofia Pardo TEL. 3142431493
PESO 70 TALLA 1.65 TEMPERATURA 36

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		x
Tos		x
Dificultad respiratoria		x
Dolor muscular		x
Dolor de garganta y cabeza		x
Perdida del gusto u olfato		x
Diarrea		x

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO		SI	NO
Hipertensión Arterial		x	Hepatitis		x
Diabetes		x	Tuberculosis		x
Dislipidemias (Colesterol Alto)		x	Hospitalizado el último año		x
Osteoartritis		x	Transfusiones	x	
ACV (Derrame Cerebral)		x	Intervencion Quirúrgica	x	
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		x	Accidentes		x
Cáncer		x			
♀ Cáncer de cervix / mama		x			
♂ Cáncer de próstata		x			

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO
Tuberculosis		x
Hipertensión Arterial		x
Diabetes		x
Infarto de Miocardio		x
Demencia		x
Cáncer: (Mama, estómago, colon)		x

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	NO	SI	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☐ -Un salario mínimo ☐
   - Menos de un salario mínimo ☐ - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 0

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS NIT. 9009738574	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Unidos para el progreso de Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Alberto Pardo Vargas • Tel. 3193434400

•Número de Cédula 79118619 de Bogotá • Edad 61

•Fecha de Nacimiento 25/07/60 • sexo F ___ M X DOMICILIO Vuelta

•Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___ • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato ___ Otro ___

•Nivel de SISBEN (1) X (2) ___ •EPS Comfamiliar •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable Yarmin Sofia Pardo TEL. 3142431493

•Peso 70 **•Talla** 1.63 **•Temperatura** 36

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 4 Familiares: Si X No ___

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si ___ No X A veces ___ ¿Cuál? ___

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ___ No ___ A veces X

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí ___ No ___ A veces X

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días ___ De 7 a 15 X +30 días ___

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie ___

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie ___ 2. Cuántas 2

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna ___ 2. Una vez al día ___ 3. Una vez a la semana X 4. 2-6 veces por semana ___

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ___ 3. No constantemente ___

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente ___ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca ___

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ___

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día ___ 2.- Una vez al mes ___ 3.- Una vez al año X 4.- Nunca ___

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI ___ NO X CUAL ___

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO ___ NO SABE ___

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No ___

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si X 2. No ___

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Unidos por el progreso de Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	~~SI~~ X
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Alberto Pardo Vargas
- sexo: F____ M X •Número de Cédula 79.718.619 de Bogotá RH: O+
- Edad 61. •Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a) X Viudo(a)___ •Escolaridad: Primaria X Bachillerato____
- •Residencia Vuelta S. Tel 3118343100 •Nivel de SISBEN (1) X (2)____
- •EPS Comfamiliar • Discapacidad SI____ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Yazmin Sofia Pardo Urguez TEL. 314.2131493

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
NO Refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** 36
Refiere	No refiere	No refiere	No refiere	PESO: 70

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Bueno	Sensibilidad:	Lenguaje: Claro	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: No refiere			
QUIRURGICA	Sitio: Partes Inf. (Pierna).	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: No refiere	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: No refiere	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbuso lamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?	X	
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES. PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos para el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Albercio Pardo Vargas TEMPERATURA 36
C.C. 79118619 DE Bogotá FECHA DE NACIMIENTO 25 / 07 / 1960 DOMICILIO Veredas
Familiar y/o cuidador respondable Sofia Pardo TEL. 3142431493

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

36

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda Vueltas apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Mar 20 / 2022

NOMBRE: Alberto Pardo Vargas C.C. 79.118.619

PESO 70 TALLA 1.65 TEMPERATURA

FIRMA o HUELLA

Unidos por el progreso de Caldas

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Albercio Pardo Vargas C.C. 79118.619

FECHA: Marzo/2024

Firma o HUELLA _____ **TEMPERATURA** 36

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 35,6

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Maria Teodolinda Castillo Yepes Tipo de identificación CC X Nº 23375073 expedida en Buenavista Familiar y/o cuidador responsable Jorge Leonel Benitez identificación CC No se encuentra de _____,manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

_____
Firma Adulto mayor
CC.

No se encuentra
CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900975037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** María Teodolinda Castillo Yepes.
- **Número de Cédula** 23 375 073 de Buenavista. sexo: F X M
- **Fecha de nacimiento** 14/05/39 **Edad** 82 **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) X
- **Domicilio** Vueltas **Tel** 3139886 **SISBEN** (1) (2) X **EPS** Comfamilia
- **Familiar y/o cuidador respondable** Jorge Leonel Benitez. **TEL.** 3203736198.
- PESO 53 TALLA 1,54. TEMPERATURA 35,6

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia ____ Arrendada ____ Familiar X Otra ____
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ____ PARCIALMENTE ____
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ____ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO ____
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? ___compartido X • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI X NO ___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ____ Regular X Malo ____
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 3 Comparte la cama? Sí ____ No ____
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ____ No X Cuál ____
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ____ No X A veces ____

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ____ Regular ____ Mala X
- TIPO: Madera X Metálica ____ Concreto ____ Otro ____
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble ____ Doble ____
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 30 años.
- Algodón X Resortado ____ espuma ____ Otro ____ Bueno ____ Regular ____ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro X. Semiduro ____ Blando ____
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ____ A veces ____
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ____ entre 1 y 5 días ____ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster ____ Lana X Otro ____
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ____ No X A veces ____
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días ____
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No ____ A veces ____
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días X
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si ____ No X
- CUAL? Mesa de Noche ____ Lámpara ____ Butaco ____ Closet ____ Tv ____ Radio ____
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI ____ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días ____ más de 3 meses ____

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900975035-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	

•Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
•Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO__X__
•Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces __X__ De 4 a 7 veces _____más de 8 veces____
• Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO__X__
•Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
•Su cena es: LIGERA__X__NO LIGERA_____NO CENA_____
•Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO__X__
•Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
•Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero / 2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS María Teodolinda Castillo Yepes
C.C. 23375073 DE Buenavista FECHA DE NACIMIENTO 14 /05 /1939 EDAD 82 años
SEXO F x M ____ DOMICILIO Vueltas TEL 3138988577 Estado Civil: Soltero(a) __ Casado(a) __ Viudo(a) x
NIVEL SISBEN. 1 ____ 2 x EPS Comfamiliar RH O+
Familiar y/o cuidador respondable Jorge Leonel Benitez TEL. 3203736198
PESO 53 TALLA 1.54 TEMPERATURA 35.6

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		x
Tos		x
Dificultad respiratoria		x
Dolor muscular		x
Dolor de garganta y cabeza		x
Perdida del gusto u olfato		x
Diarrea		x

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial	x		Hepatitis		x	Tuberculosis		x
Diabetes		x	Tuberculosis		x	Hipertensión Arterial		x
Dislipidemias (Colesterol Alto)	x		Hospitalizado el último año	x		Diabetes	x	
Osteoartritis	x		Transfusiones		x	Infarto de Miocardio		x
ACV (Derrame Cerebral)		x	Intervencion Quirúrgica	x		Demencia		x
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		x	Accidentes		x	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		x
Cáncer		x						
♀ Cáncer de cervix / mama		x						
♂ Cáncer de próstata		x						

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Teofilina 125 mg	diaria	
	Esomeprazol 20 mg	diaria	
	Enalapril 20 mg	diaria	
	Amlodipino 5 mg	diaria	
	Atorvastatina 20 dg	diaria	
	Tiamina 300 mg	diaria	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	NO [ ] SI [ ]	Cuál?	

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene [x]
   - Menos de un salario mínimo [ ]
   - Un salario mínimo [ ]
   - Más de un salario mínimo [ ]

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) *Hay que administrarle la comida.*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 3

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900873037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos María Teodolinda Castillo Yepes • Tel. 3138988577
•Número de Cédula 23375073 de Buenavista • Edad 82
•Fecha de Nacimiento 14 / 05 / 39 • sexo F X M DOMICILIO Vetto
•Estado Civil: Soltero(a)___Casado(a)___Viudo(a) X • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato___ Otro__
•Nivel de SISBEN (1)_____ (2) X •EPS Compamiliar •RH O+
•Familiar y/o cuidador responsable Jorge Leonel Benítez TEL. 3203136198
•Peso 53 **•Talla** 1,54 **•Temperatura** 35,6

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 1 Familiares: Si X No_____
• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si____ No X A veces____ ¿Cuál? _____
• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si _____ No X A veces_____
• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí_____ No _____A veces X
• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ____+30 días_____
• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie _____
• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie_____ 2. Cuántas 8
• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna X 2. Una vez al día ____3. Una vez a la semana___ 4. 2-6 veces por semana ____
• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No _____ 3. No constantemente_____
• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente__ 2. Algunas veces___3. Casi nunca__
• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo _____
•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día_____ 2.- Una vez al mes_____ 3.- Una vez al año X 4.- Nunca_____
• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI_____NO X CUAL_____
• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO_____NO SABE_____
¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No_____
¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si X 2. No_____

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	1
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	1
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO	Colocar una marca (X), si corresponde
¿Se siente impotente o indefenso?	SI	
¿Tiene problemas de memoria?	X	
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI	

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos María Teodolinda Castillo Lopes
- sexo: F X M_____ •Número de Cédula 23.375.073 de Buenavista RH: O+
- Edad 82 •Estado Civil: Soltero(a)___Casado(a)___Viudo(a) X •Escolaridad: Primaria X Bachillerato____
- •Residencia Vueltas. Tel 3138980577 •Nivel de SISBEN (1)_____ (2) X
- •EPS Comfamiliar • Discapacidad SI_____ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Jorge Leonel Benitez TEL. 3203736198

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
No refiere	Refiere.	No refiere	No refiere	No refiere.
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** 35.6
Si refiere	No refiere	No refiere	De muñeca	PESO: 53

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Bueno	Sensibilidad:	Lenguaje: Claro	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: Espalda.			
QUIRURGICA	Sitio: Mano derecha	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: Si refiere	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente:	En silla de Ruedas:	Con ayuda: Si refiere acompañante.	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?	X	
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?		X
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?	X	
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973057-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS María Teodolinda Castillo Yepes TEMPERATURA 35.6
C.C. 23.375.073 DE Buenavista FECHA DE NACIMIENTO 14 / 05 / 1937 DOMICILIO Veltas
Familiar y/o cuidador respondable Jorge Leonel Benitez TEL. 3203736198

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo 2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.



35.6

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda VUELTAS apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo/2022

NOMBRE: Maria Teodolinda Castilo yepes c.c. 23375.073

PESO 53 TALLA 1.54 TEMPERATURA 35.6

FIRMA o HUELLA_____

Unidos por el progreso de Caldas
Alcalde - Ismaro Castellanos

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Maria Teodolinda Castillo Yepes C.C. 23.375.073

FECHA: Mayo/2022

Firma o HUELLA _____ **TEMPERATURA** 35.6

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 36.

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Hector Bravo Buitrago Tipo de identificación CC X Nº 4196143 expedida en Pauna Familiar y/o cuidador responsable Ana Belsy Peña identificación CC 23875585 de Caldas manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Firma Adulto mayor
CC.

anaBelsí Peña
CC. 23875585
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Hector Bravo Bustrago
- **Número de Cédula** 4.196.143 de Caldas sexo: F ____ M X
- **Fecha de nacimiento** 23/02/51 **Edad** 72 **Estado Civil:** Soltero(a) ____ Casado(a) X Viudo(a) ____
- **Domicilio** Vueltas **Tel** 3226925773 **SISBEN** (1) X (2) ____ **EPS** Comfamiliar
- **Familiar y/o cuidador respondable** Ana Belcy Pena **TEL.** 3133418629
- PESO 65 TALLA 1.66 TEMPERATURA 36

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia ____ Arrendada ____ Familiar X Otra ____
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ____ PARCIALMENTE ____
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ____ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI ____ NO ____
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? ___compartido X • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI X NO ___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ____ Regular X Malo ____
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 2 Comparte la cama? Sí X No ____
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ____ No X Cuál ____
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ____ No ____ A veces X

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ____ Regular X Mala ____
- TIPO: Madera X Metálica ____ Concreto ____ Otro ____
- TAMAÑO: Sencilla ____ Semidoble X Doble ____
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 8 años.
- Algodón ____ Resortado ____ espuma X Otro ____ Bueno ____ Regular ____ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro ____ Semiduro ____ Blando X
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ____ A veces ____
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ____ entre 1 y 5 días ____ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster X Lana X Otro ____
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ____ No X A veces ____
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días ____
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No ____ A veces ____
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ____ entre 6 a 30 días ____ más de 30 días X
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si X No ____
- CUAL? Mesa de Noche X Lámpara ____ Butaco ____ Closet ____ Tv X Radio ____
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI X NO ____
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días X más de 3 meses ____

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973057-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero X Profundo ____ Muy profundo ____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI ____ NO V
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces X De 4 a 7 veces ____ más de 8 veces ____
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI ____ NO X
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI ____ NO X
- Su cena es: LIGERA X NO LIGERA ____ NO CENA ____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO ____ REGULAR ____ MALO X
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI ____ NO X A VECES ____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI ____ NO V A VECES ____

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO ____ BAJO ____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Hector Bravo Buitrago
C.C. 4.196.143 DE Pauna FECHA DE NACIMIENTO 23/02/1951 EDAD 72 años
SEXO F___ M X DOMICILIO Vueltas TEL 3228292573 Estado Civil: Soltero(a)__ Casado(a) X Viudo(a)__
NIVEL SISBEN. 1 X 2___ EPS Comfamiliar RH O+
Familiar y/o cuidador responsable Ana Belcy Peña TEL. 3138418629
PESO 65 TALLA 1.66 TEMPERATURA 36

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial		X	Hepatitis		X	Tuberculosis		X
Diabetes		X	Tuberculosis		X	Hipertensión Arterial		X
Dislipidemias (Colesterol Alto)		X	Hospitalizado el último año		X	Diabetes		X
Osteoartritis		X	Transfusiones		X	Infarto de Miocardio		X
ACV (Derrame Cerebral)		X	Intervencion Quirúrgica		X	Demencia		X
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		X	Accidentes		X	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		X
Cáncer		X						
♀ Cáncer de cervix / mama		X						
♂ Cáncer de próstata		X						

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	NO	SI	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☒
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 1

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S. NIT. 900973035-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Hector Bravo Bertrago • Tel. 3228925713

•Número de Cédula 4196143 de Pauna • Edad 72

•Fecha de Nacimiento 23/02/51 • sexo F ___ M X DOMICILIO Vueltas

•Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___ • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato ___ Otro ___

•Nivel de SISBEN (1) X (2) ___ •EPS Compensar •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable Ana Belcy Pena TEL. 3138418629

•Peso 65 **•Talla** 1.66 **•Temperatura** 3

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 6 Familiares: Si X No ___

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si ___ No ___ A veces X ¿Cuál? ___

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ___ No X A veces ___

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí ___ No ___ A veces X

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ___ +30 días ___

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. 7 2. Nadie ___

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie ___ 2. Cuántas 1

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna ___ 2. Una vez al día X 3. Una vez a la semana ___ 4. 2-6 veces por semana ___

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ___ 3. No constantemente ___

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente ___ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca ___

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ___

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día ___ 2.- Una vez al mes ___ 3.- Una vez al año ___ 4.- Nunca X

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI ___ NO X CUAL ___

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO ___ NO SABE ___

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No ___

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ___ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	1
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde
—

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: febrero/2022

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Hector B. Bortrago
- sexo: F____ M X •Número de Cédula 4.196.143 de Pauna RH: O+
- Edad 72 •Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a)X Viudo(a)___ •Escolaridad: Primaria X Bachillerato____
- •Residencia Veltas Tel 3228292523 •Nivel de SISBEN (1) X (2)___
- •EPS Comfamiliar • Discapacidad SI_____ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** Anabela Pena TEL. 3138418629

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
No refiere	No refiere	No refiere	Dolor en el cuerpo	No refiere
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** ___
No refae	No refiere	No refiere	No refiere	**PESO:**_____

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Buen	Sensibilidad:	Lenguaje: Claro	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: No refiere			
QUIRURGICA	Sitio: No refiere	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: No refiere	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: No refiere	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?		
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		X
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?		
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

Julitza Mendez

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS NIT. 900971037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Hector Bravo Buitrago TEMPERATURA 36
C.C. 4.196.143 DE Pauna FECHA DE NACIMIENTO 23/02/1951 DOMICILIO Vueltas
Familiar y/o cuidador respondable Ana Belcy Peña TEL. 3133418529

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

36

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda Vueltas apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ | FECHA: Marzo/2022

NOMBRE: Hector Bravo Buitrago c.c. 1.196.143

PESO 65 TALLA 1.66 TEMPERATURA 36

FIRMA o HUELLA_____

Unidos por el progreso de Caldas

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Hector Bravo Buitrago C.C. 4. 196. 143

FECHA: Marzo/2021

Firma o HUELLA _____ **TEMPERATURA** 36

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

13

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 36

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Angel Maria Cano Cañon Tipo de identificación CC X Nº 19347608 expedida en Caldas. Familiar y/o cuidador responsable No refiere identificación CC __ _____ de _____,manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Angel Maria Cañon C.

Firma Adulto mayor
CC.

No repel

CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

18

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL E.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Angel Maria Cañon Cañon • Tel. 3107967811
- Número de Cédula 19347608 de Caldas • Edad 65
- Fecha de Nacimiento 24/Nov/ • sexo F ___ M X DOMICILIO Palmar
- Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) X Viudo(a) ___ • Nivel de Escolaridad Primaria X Bachillerato ___ Otro ___
- Nivel de SISBEN (1) 1 (2) ___ •EPS Nueva EPS •RH A+
- Familiar y/o cuidador responsable No refiere TEL. ___
- **Peso** 55 **•Talla** 1.64. **•Temperatura** 36.

RELACIONES SOCIALES

- Actualmente cuántas personas viven con usted? 4 Familiares: Si X No ___
- ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si ___ No ___ A veces X ¿Cuál? ___
- ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si ___ No X A veces ___
- ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí ___ No X A veces ___
- ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días X De 7 a 15 ___ +30 días ___
- ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. ___ 2. Nadie X
- ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie X 2. Cuántas ___
- ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna X 2. Una vez al día ___ 3. Una vez a la semana ___ 4. 2-6 veces por semana ___
- ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si X 2. No ___ 3. No constantemente ___
- ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente ___ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca ___
- ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo X 2. Descontento por lo poco que los veo ___
- Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día ___ 2.- Una vez al mes ___ 3.- Una vez al año ___ 4.- Nunca X
- ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI ___ NO X CUAL ___
- ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI X NO ___ NO SABE ___

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si ___ 2. No X

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ___ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	1
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	1
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO	Colocar una marca (X), si corresponde —	**SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)**	
¿Se siente impotente o indefenso?	SI			
¿Tiene problemas de memoria?	~~SI~~		**CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)**	
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI			

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Angel Maria Cañon C.
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

10

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL E.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACION GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Angel María Cañon Cañon
- **Número de Cédula** 19347608 de Caldas sexo: F ___ M X
- **Fecha de nacimiento** ___/___/___ **Edad** ___ **Estado Civil:** Soltero(a) ___ Casado(a) V Viudo(a) ___
- **Domicilio** Palmar **Tel** 3107967811 **SISBEN** (1) X (2) ___ **EPS** Comfamiliar
- **Familiar y/o cuidador respondable** No refiere **TEL.** ___
- PESO 55 TALLA 1.60 TEMPERATURA 36.

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Familiar X Otra ___
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ___ PARCIALMENTE ___
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ___ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI ___ NO ___
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? X compartido ___ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI X NO ___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ___ Regular ___ Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 1 Comparte la cama? Sí ___ No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ___ No X Cuál ___
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ___ No X A veces ___

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ___ Regular ___ Mala X
- TIPO: Madera X Metálica ___ Concreto ___ Otro ___
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble ___ Doble ___
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 22 años
- Algodón X Resortado ___ espuma ___ Otro ___ Bueno ___ Regular ___ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro X Semiduro ___ Blando ___
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ___ A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ___ entre 1 y 5 días ___ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster X Lana X Otro ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ___ No X A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No ___ A veces ___
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si ___ No X
- CUAL? Mesa de Noche ___ Lámpara ___ Butaco ___ Closet ___ Tv ___ Radio ___
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI ___ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días ___ más de 3 meses ___

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900975037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos para el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero__X__ Profundo_____ Muy profundo_____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI_____ NO_____
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces _____De 4 a 7 veces _____más de 8 veces__X__
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI_____NO__X__
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI_____NO__X__
- Su cena es: LIGERA__X__NO LIGERA_____NO CENA_____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO_____REGULAR _____MALO__X__
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI_____NO__X__A VECES_____
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI_____NO__X__A VECES_____

GRADO DE RIESGO

ALTO__X__ MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2022

Angel Maria Cañón C.
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Angel María Cañón Cañón
C.C. 19347608 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 24/11/ EDAD 65 años
SEXO F___ M_X_ DOMICILIO Palmar TEL3107967811 Estado Civil: Soltero(a)__ Casado(a)_X_ Viudo(a)__
NIVEL SISBEN. 1_____ 2_____ EPS Nueva EPS RH A+
Familiar y/o cuidador respondable No Refiere TEL. No Refiere
PESO 55 TALLA 1.64 TEMPERATURA 36

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial		X	Hepatitis		X	Tuberculosis		X
Diabetes		X	Tuberculosis		X	Hipertensión Arterial		X
Dislipidemias (Colesterol Alto)		X	Hospitalizado el último año		X	Diabetes		X
Osteoartritis		X	Transfusiones		X	Infarto de Miocardio		X
ACV (Derrame Cerebral)		X	Intervencion Quirúrgica		X	Demencia		X
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		X	Accidentes		X	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		X
Cáncer		X				Artritis	X	
♀ Cáncer de cervix / mama		X						
♂ Cáncer de próstata		X						

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	NO ☐	SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☐
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)
(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)
(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 0

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2021

Angel Mario Cañón
FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**	Unidos para el progreso de Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Angel Maria Cañon Cañon
- sexo: F____ M X •Número de Cédula 19347608 de Caldas RH: A+
- Edad 65 •Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a) X Viudo(a)___ •Escolaridad: Primaria X Bachillerato____
- •Residencia Palmar Caldas Tel 3107167811 •Nivel de SISBEN (1) X (2)___
- •EPS Nueva eps • Discapacidad SI_____ NO X
- **Familiar y/o cuidador responsable** No refiere TEL._____

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere.
CIRUGIAS:	**ALERGIAS:**	**TRANSFUSIONES:**	**FRACTURAS:**	**TEMPERATURA:** 36
No refiere	No refiere	No refiere	No refiere.	**PESO:** 55

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos: Bueno	Sensibilidad:	Lenguaje: Claro	Otros:
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: No refiere			
QUIRURGICA	Sitio: No refiere	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: No refiere.	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: No refiere.	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973035°-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Unidos por el progreso de Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbuso lamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?		X
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?	X	
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO _____ BAJO _____

Angel Maria cañon C.
FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL E.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos por el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Angel Maria Cañon Cañon TEMPERATURA 36
C.C. 19.347608 DE Caldas FECHA DE NACIMIENTO 24 / 11 / DOMICILIO Palmar
Familiar y/o cuidador respondable No Refiere TEL. No Refiere

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2022	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2022	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2022	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

Angel Maria Cañon C. 36

FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S.
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda PALMAR apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo /2022

NOMBRE: Angel Maria Cañon Cañon c.c. 1934 7608.

PESO 55 TALLA 1.61. TEMPERATURA 36

FIRMA o HUELLA Angel Maria cañon C.







FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

		BUENO	REGULAR	MALO	OTRO
SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	X			
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	X			
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	X			
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	X			
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	X			
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	X			
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	X			

NOMBRE: Angel María Cañon Cañon C.C. 1934 7.608

FECHA: MAYO/2022

Firma o HUELLA Angel Maria Cañon **TEMPERATURA** 36

n9

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

CONSENTIMIENTO VISITA

TEMPERATURA REGISTRADA 36

CONSENTIMIENTO ACEPTACION DE VISITA
PROGRAMA DESCANSO DIGNO

Beneficiario Jose Tomas Guzman Rodriguez Tipo de identificación CC X Nº 4.096.510 expedida en Chiquinquira Familiar y/o cuidador responsable Clara Yamile Guzman Suarez identificación CC __ _____ de _____,manifiesto: Que acepto la visita de los profesionales de la **FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL FSS,** para desarrollar las actividades previstas con la Alcaldía Municipal de Caldas; los cuales demuestran los protocolos idóneos de bioseguridad como : trajes antifluido, gafas, caretas, guantes, y elementos desinfectantes como alcohol, gel antibacterial, y virucida germicida para el desarrollo de las actividades previstas .

Caldas, Febrero/2022

Tomas Guzman
Firma Adulto mayor
CC.

No refiere
CC.
CUIDADOR Y/O RESPONSABLE

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

VALORACIÒN ANÀLISIS DEL ENTORNO

INFORMACIÓN GENERAL

- **Nombres y Apellidos** Jose Thomas Guzman Rodriguez
- **Número de Cédula** 4.096.510 de Chiquinquira sexo: F ___ M X
- **Fecha de nacimiento** 20/05/1943 **Edad** 78 Años **Estado Civil:** Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) X
- **Domicilio** Veltas **Tel** 3124308653 **SISBEN** (1) X (2) ___ **EPS** Nueva EPS
- **Familiar y/o cuidador respondable** No refiere. **TEL.** ___
- PESO 76 TALLA 1,70 TEMPERATURA 36

ANÁLISIS DEL ENTORNO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

- Tiene vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Familiar X Otra ___
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)? SI X NO ___ PARCIALMENTE ___
- ¿Cuenta con baño? SI X NO ___ • ¿El acceso al baño es: Asequible? SI X NO ___
- ¿Tiene dormitorio exclusivo? X compartido ___ • ¿El acceso a su dormitorio es: asequible? SI ___ NO ___
- ¿Cómo es el dormitorio donde vive? Bueno ___ Regular ___ Malo X
- Con cuantas camas cuenta el dormitorio 1 Comparte la cama? Sí ___ No X
- Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades: Si ___ No X Cuál ___
- Utiliza algunos elementos de bioseguridad en su vivienda Sí ___ No X A veces ___

CONDICIONES DEL DORMITORIO:

- CAMA: Buena ___ Regular ___ Mala X
- TIPO: Madera X Metálica ___ Concreto ___ Otro ___
- TAMAÑO: Sencilla X Semidoble ___ Doble ___
- COLCHON: Cuanto tiempo lleva con el colchón actual 15 años
- Algodón X Resortado ___ espuma ___ Otro ___ Bueno ___ Regular ___ Malo X
- CARACTERISTICAS COLCHON: Duro X Semiduro ___ Blando ___
- UTILIZA SÁBANAS: Si X No ___ A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS CAMBIA: Todos los días ___ entre 1 y 5 días ___ más de 6 días X
- COBIJAS: ¿Qué tipo de cobijas utilizan? Poliéster X Lana X Otro ___
- CON QUE FRECUENCIA LAS LAVA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA PROTECTOR DE COLCHÓN: Sí ___ No X A veces ___
- CON QUE FRECUENCIA LO ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días ___
- UTILIZA ALMOHADA: Si X No ___ A veces ___
- CON QUÉ FRECUENCIA LA ASEA: entre 1 y 5 días ___ entre 6 a 30 días ___ más de 30 días X
- UTILIZA OTROS TIPOS DE ACCESORIOS EN LA HABITACIÓN: Si X No ___
- CUAL? Mesa de Noche X Lámpara ___ Butaco ___ Closet X Tv ___ Radio X
- FUMIGA O DESINFECTA SU HABITACIÓN: SI ___ NO X
- CON QUE FRECUENCIA entre 1 y 30 días ___ más de 3 meses ___

HIGIENE EN EL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973057-1	VALORACIÓN PROFESIONAL "ADMINISTRADORA DEL PROGRAMA"	Unidos por el progreso de Caldas

- Como describe su sueño: ligero X Profundo ____ Muy profundo ____
- Siente que su colchón y almohada son apropiados y se adaptan a sus necesidades SI ____ NO X
- Cuántas veces se despierta en la noche: De1 a 3 veces ____ De 4 a 7 veces ____ más de 8 veces X
- Su hora de conciliar el sueño es la misma todos los días: SI ____ NO X
- Utiliza la cama en otras actividades diarias: SI ____ NO X
- Su cena es: LIGERA X NO LIGERA ____ NO CENA ____
- Cómo define su ambiente de descanso: BUENO ____ REGULAR ____ MALO X
- Consume Alcohol O Cafeína Antes De Dormir. SI ____ NO ____ A VECES X
- Pone en práctica rutina de ejercicios de relajación antes de dormir SI ____ NO X A VECES ____

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO ____ BAJO ____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero 2022

José Tomas Guzmán

FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS Jose Tomas Guzman Rodriguez
C.C. 4.096.510 DE Chiquinquirá FECHA DE NACIMIENTO 20/05/1947 EDAD 73 años
SEXO F___ M X DOMICILIO Ventas TEL 3124302765 Estado Civil: Soltero(a)__ Casado(a) Viudo(a)__
NIVEL SISBEN. 1 X 2_____ EPS Nueva EPS RH O+
Familiar y/o cuidador respondable Clara Yamile Guzman TEL.
PESO 76 TALLA 1.70 TEMPERATURA 36

PREVENCIÓN Y MONITOREO DEL CONTAGIO DEL CORONAVIRUS COVID-19

1. A sufrido de alguno de estos síntomas en los últimos 15 días responda sí o no:

SINTOMAS	SI	NO
Fiebre		X
Tos		X
Dificultad respiratoria		X
Dolor muscular		X
Dolor de garganta y cabeza		X
Perdida del gusto u olfato		X
Diarrea		X

2.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO		SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
Hipertensión Arterial		X	Hepatitis		X	Tuberculosis		X
Diabetes		X	Tuberculosis		X	Hipertensión Arterial		X
Dislipidemias (Colesterol Alto)		X	Hospitalizado el último año		X	Diabetes		X
Osteoartritis		X	Transfusiones		X	Infarto de Miocardio	X	
ACV (Derrame Cerebral)		X	Intervencion Quirúrgica	X		Demencia		X
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)		X	Accidentes		X	Cáncer: (Mama, estómago, colon)		X
Cáncer		X						
♀ Cáncer de cervix / mama		X						
♂ Cáncer de próstata		X						

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL E.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

3.

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
	Omeprazol	Cada Tercer dia	
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO ☐ SI ☐	Cuál?

4. . *Promedio de ingresos*
   - No tiene ☐
   - Menos de un salario mínimo ☐
   - Un salario mínimo ☐
   - Más de un salario mínimo ☐

5. TEST DELTA

MOVILIZACIÓN
(0) Autónomo
(1) Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(2) Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
(3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO
(0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
(1) Necesita ayuda esporádica.
(2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
(3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

ASEO
(0) Autónomo
(1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
(2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
(3) Hay que ayudarlo.

VESTIDO
(0) Autónomo
(1) En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisión.
(2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
(3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACIÓN
(0) Lo hace solo.
(1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
(2) Precisa con frecuencia ayuda para comer.se le suelen preparar los alimentos.
(3) Hay que administrarle la comida.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900975057-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL DE LA SALUD "ENFERMERA JEFE"**	Caldas

HIGIENE ESFINTERIANA:

(0) Continencia. Incontinencia urinaria y esporádica.
(1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
(2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
(3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

(0) No precia. Gestión autónoma
(1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
(2) Hay que prepararle y administrarle la mediación diariamente.
(3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales..

(0) No precisa .
(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDADES DE VIGILANCIA

(0) No precisa.
(1) Trastornos de conducta temporal que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo, inquietud psicomotriz.)
(2) Trastornos de conducta permanentes que alteran la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,..)
(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteran la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundea, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN

(0) Colaborador
(1) Comportamiento pasivo (necesita estimulo)
(2) No colabora
(3) Rechazo categórico y constante.

Puntaje: 0

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

José Jaime Guzmán

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: febrero/2021

FIRMA ADULTO MAYOR.

Giseidy Barrera

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA**	Caldas

PLANILLA ANÁLISIS DE RELACIONES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

• Nombres y Apellidos Jose Tomas Guzman R. • Tel. 3124308635

•Número de Cédula 4.096.510 de Caldas • Edad 78 años

•Fecha de Nacimiento 20/05/1943 • sexo F____ M X DOMICILIO Vueltas

•Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a) X Viudo(a)___ • Nivel de Escolaridad Primaria___ Bachillerato___ Otro__

•Nivel de SISBEN (1) Y (2)_____ •EPS Nueva EPS •RH O+

•Familiar y/o cuidador responsable No Refiere TEL.____

•Peso 76 **•Talla** 1.70 **•Temperatura** 36

RELACIONES SOCIALES

• Actualmente cuántas personas viven con usted? 1 Familiares: Si X No_____

• ¿Realiza actividad laboral para algún beneficio personal o familiar? Si____ No X A veces____ ¿Cuál? _____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa o deportiva? Si _____ No X A veces_____

• ¿Ha dejado alguna actividad importante debido a alguna discapacidad o enfermedad? Sí_____ No _____ A veces X

• ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? De 1 a 6 días __ De 7 a 15 ____ +30 días X

• ¿Cuántas personas lo visitan en a la semana en el hogar? 1. X 2. Nadie _____

• ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? 1. Nadie_____ 2. Cuántas 2

• ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no habita con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? 1. Ninguna X 2. Una vez al día ____ 3. Una vez a la semana___ 4. 2-6 veces por semana ____

• ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? 1. Si _____ 2. No _____ 3. No constantemente X

• ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? 1. Frecuentemente__ 2. Algunas veces X 3. Casi nunca__

• ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? 1. Tan frecuente como deseo_____ 2. Descontento por lo poco que los veo X

•Con qué frecuencia realiza actividades de ocio y el aprovechamiento del tiempo libre, mejorando así su sentimiento de utilidad social. 1.- Una vez al día_____ 2.- Una vez al mes_____ 3.- Una vez al año X 4.- Nunca_____

• ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.? SI_____ NO X CUAL_____

• ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? SI _____ NO_____ NO SABE X

¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo, discapacitado O en riesgo de contagio 1 a seis semanas? 1. Si X 2. No_____

¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo, discapacitado en riesgo de contagio más de seis semanas? 1. Si ____ 2. No X

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

VALORACIÒN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

Caldas

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	
¿Qué día de la semana?	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	1
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente de Colombia?	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente de Colombia	1
Digame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	1

VALORACION COGNITIVA

NORMAL	
DC LEVE	
DC MODERADO	
DC SEVERO	

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error,
Nivel educativo bajo: se admite 1 error más,
Nivel educativo alto : se admite un error menos.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,
- No Deterioro Cognitivo :≤ 2 E;
- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI

Colocar una marca (X), si corresponde

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

Observaciones:

GRADO DE RIESGO

ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

FECHA: Febrero/2021

Tomas Guzman
FIRMA ADULTO MAYOR.

FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

CONDICIÓN FISICA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

INFORMACION GENERAL

- Nombres y Apellidos Jose Tomas Guzman Rodriguez
- sexo: F____ M X •Número de Cédula 4096.510 de Chiquinquira RH: O+
- Edad 79 •Estado Civil: Soltero(a)___ Casado(a) X Viudo(a)___ •Escolaridad: Primaria X Bachillerato____
- •Residencia Vueltas. Tel 3124308635. •Nivel de SISBEN (1) X (2)___
- •EPS Nueva eps. • Discapacidad SI_____ NO X.
- Familiar y/o cuidador responsable Clara jamile Guzman Suarez TEL,_____

•Enfermedades Crónicas.

DIABETES:	HTA:	CANCER.	ENF. REUMAT.:	CARDIOPATIAS:
No refiere	No refiero	No refiere	No refiere	No refiere.
CIRUGIAS:	ALERGIAS:	TRANSFUSIONES:	FRACTURAS:	TEMPERATURA:___ PESO:_____
No refiere	No refiere	No refiere.	No refiere	

.EXPLORACIÓN FISICA

NEUROLÓGICA	Reflejos:	Sensibilidad:	Lenguaje:	Otros:
	Bueno		Claro	
ESPASMO MUSCULAR	Sitio: No refiere			
QUIRURGICA	Sitio: No refiere	Retráctil:	Abierta:	Hipertrófica
MARCHA	Con ayudas: No refiere	Espástica:	Atáxica:	Otras:
TRASLADOS	Independiente: No refiere.	En silla de Ruedas:	Con ayuda:	Camilla:

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD

¿ACTUALMENTE PUEDE USTED:	SIN NINGUNA DIFICULTAD (0 PUNTOS CADA UNA)	CON ALGUNA DIFICULTAD (1 PUNTO CADA UNA)	CON MUCHA DIFICULTAD (2PUNTOSCADA UNA)	NO PUEDO HACERLO (3 PUNTOS CADA UNA)
1.- Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)?	X			

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	VALORACIÒN PROFESIONAL LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA	Caldas

2.- Acostarse y levantarse de la cama?	X			
3.-Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno?	X			
4.-Caminar al aire libre en terreno plano?	X			
5.- Bañarse y secarse todo el cuerpo?	X			
6.- Agacharse para recoger la ropa del piso?	X			
7.- Abrir y cerrar las llaves del agua?	X			
8.-Subiry bajardelauto, elcolectivo, elbusolamicro?	X			
9.- Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	X			
10.-Salirdelacasaycomprarenunalmacénonegocio?	X			

Puntaje Final= Puntaje Total Mantención Funcional= Obtiene igual puntaje total en la evaluación de ingreso y en la evaluación de egreso
Mejorafuncional=Disminuyealmenosunpuntoenelpuntajetotaldelaevaluacióndeegresocomparadoconlaevaluacióndeingreso

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR Y ENTORNO

LUGAR O TAREA DE LA CASA	PREGUNTA	SI	NO
OBSTÁCULOS PARA EL DESPLAZAMIENTO	¿Mantiene limpios y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	X	
	¿Están bien fijos al suelo los bordes de las alfombras?	X	
	¿Tiene desniveles en el suelo dentro de su casa?	X	
	¿Puede moverse de un lugar a otro de la casa libremente?	X	
	¿Tiene cables en el suelo de los pasillos?		X
BAÑO	¿Usa goma antideslizante en el piso de la tina o ducha?		X
	¿Puede alcanzar fácilmente el jabón y las toallas que usa en el baño?	X	
	¿Usa cortina en la tina o ducha?		X
	¿Tiene el interruptor del baño cerca de la puerta?	X	
ILUMINACIÓN	¿Los interruptores para encender la luz están cerca de las puertas de entrada de la casa y de las puertas de las habitaciones y de la cocina?	X	
	¿La iluminación de la casa es la suficiente para ver y moverse en forma segura dentro de la casa?	X	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

GRADO DE RIESGO: ALTO X MEDIO_____ BAJO_____

Tomas Guzman
FIRMA ADULTO MAYOR.

Julitza Mendez
FIRMA PROFESIONAL

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S NIT. 900973037-1	**REGISTRO DE ACTIVIDADES**	Unidos para el progreso de Caldas

ACTIVIDADES DE APOYO

NOMBRES Y APELLIDOS Jose Tomas Guzman Rodriguez TEMPERATURA 36
C.C. 4096510 DE _____ FECHA DE NACIMIENTO 20/05/43 DOMICILIO Vuelta
Familiar y/o cuidador respondable No refiere. TEL. 3124308635

ATENCION ACTIVIDADES DE APOYO			
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
1. Sándwich de pollo con jugo natural de Mango y/o mora de 200 m/l.	1	FECHA Febrero/2021	
ALIMENTACIÓN QUE ASEGURE LA INGESTA NECESARIA, A NIVEL PROTEICO-CALÓRICO Y DE MICRONUTRIENTES QUE GARANTICEN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA/ACTIVIDAD*	*HUELLA*
Proteína (pollo); cereales (lenteja); ensalada (verduras); arroz; tubérculos (papa); jugo natural.	1	FECHA Marzo/2021	
CAPACITACIÓN-TALLER "DERECHOS DEL ADULTO MAYOR, MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE"			
DESCRIPCIÓN	*CANTIDAD*	*FECHA*	*HUELLA*
Se analizaron asuntos relevantes a los derechos de los adultos mayores, los hábitos y estilo saludable para el mejoramiento de la calidad de vida.	1	FECHA Marzo/2021	

Declaro que todos los datos que incluyo en este documento son verdades y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Ley1581.

Jose Tomas Guzman
FIRMA ADULTO MAYOR. *TEMPERATURA FINAL PROGRAMA*

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

RECIBO A SATISFACCIÓN

RECIBO A SATISFACCIÓN DE ELEMENTOS

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
Colchones de 1_0X1.90 cm ortopédico resortado, forrado en Tela Jaquard acolchada, Sistema One Side (una sola cara), firme, confortable, duradero. Altura 26 cm. Garantía 5 años Reales.	1
Base cama referencia Classic.	1
Protector antifluídos	1
Almohada en fibra siliconada	1
Juego de sabanas en poliéster	1
Manta térmica.	1
TRASLADO DE APOYOS A BENEFICIARIO. Manifiesto que he recibido en mi casa de habitación ubicada en la vereda Voltos apoyo que incluye: cama, colchón, tendidos, almohada, cobija, etc. Con el personal interdisciplinario y con todas las medidas de bioseguridad necesarias para tal fin.	

En constancia se firma,

MUNICIPIO: CALDAS- BOYACÁ	FECHA: Marzo /2022

NOMBRE: Jose Tomas Guzman Rodriguez C.C. 4.096.510.

PESO (76) 76. TALLA 1.70 TEMPERATURA 36

FIRMA o HUELLA Jose Tomas Guzman

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD, A PARTIR DEL DESACANSO DIGNO Y LA RECUPERACION DE LAS ENERGIAS CORPORALES, PROPIAS DEL DETERIORO FISICO DEL SER HUMANO A CAUSA DE LA VEJEZ" Y EN APLICACIÓN A LA LEY 1276 DE 2009 Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

FUNDACION DE SERVICIO SOCIAL F.S.S
NIT. 900973037-1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

SOCIALIZACIÒN	EL PROCESO DE SOCIALIZACIÒN DEL PROGRAMA FUE	**BUENO** ☑	**REGULAR** ☐	**MALO** ☐	**OTRO** ☐
RECIBIMIENTO	EL RECIBIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL FUE	☑	☐	☐	☐
REFRIGERIO	EL REFRIGERIO SUMINISTRADO FUE	☑	☐	☐	☐
ALMUERZO	EL ALMUERZO SUMINISTRADO FUE	☑	☐	☐	☐
SERVICIOS PROFESIONALES	EL SERVICIO Y ATENCION DE LOS PROFESIONALES FUE	☑	☐	☐	☐
ATENCION	LA ATENCION DEL PERSONAL PROFESIONAL FUE	☑	☐	☐	☐
PROGRAMAS DE LA FUNDACION	LOS PROGRAMAS RECIBIDO DEL ADULTO MAYOR HAN SIDO	☑	☐	☐	☐

NOMBRE: Jose Roman Cruzman C.C. 4.096.510

FECHA: 6 Mayo 2021

Firma o HUELLA Roman Cruzman **TEMPERATURA** 36