PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	FAMILY APGAR	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA DE EVALUACION: DIA: 26 / MES: junio / AÑO: 2025

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Berenice Main / C.C: 249

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. **Familia:** se define como el o los individuos con quien usted usualmente vive. Si usted vive solo, ahora su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene lazo emocional más fuerte. Para cada pregunta MARCA SOLO UNA "X" a la que parezca aplicar para usted.

Aspecto Evaluado	Nunca (0 PTOS)	Casi Nunca (1 PTO)	Algunas Veces (2 PTOS)	Casi Siempre (3 PTOS)	Siempre (4 PTOS)
1- Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad – *(ADAPTACION)*	☐	☐	☒	☐	☐
2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – *(PARTICIPACION)*	☐	☐	☒	☐	☐
3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – *(AFECTO)*	☐	☐	☐	☒	☐
4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – *(CRECIMIENTO)*	☐	☐	☒	☐	☐
5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – *(RESOLUCION)*	☒	☐	☐	☐	☐

ANALISIS RESULTADO:

Puntaje de (09) Para el analisis de esta Usuaria se evidencia que es la oportunidad para reforzar la dinamica familiar. El objetivo es evitar que pequeños problemas se vuelvan cronicos.

Dayana Lorena Hincapie

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 1088251475

Buena Función Familiar	18 - 20 Puntos	Disfunción Familiar Leve	14 - 17 Puntos
Disfunción Familiar Moderada	10 - 13 Puntos	Disfunción Familiar Severa	09 o menos Puntos

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	24942758
NOMBRES	MARIA BERENICE
APELLIDOS	MARIN DE CASTRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	01/08/2001	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/13/2025 14:01:38	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Motivo consulta: DETECCIÓN ALTERACIONES EN VEJEZ

SE REALIZA ATENCIÓN CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COMO TAPABOCAS, GUANTES Y BATA PARA EVITAR PROPAGACIÓN DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS ENTRE OTRAS.

Enfermedad actual: PACIENTE FEMENINA DE 75 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO DE:
1. HTA
2. DM NO IR

EN MANEJO CON:
- METFORMINA 850 MG CON EL DESAYUNO Y EL ALMUERZO
- HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG DIA
- LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS
- AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS.
- ATORVASTATINA 20 MG NOCHE

VALORADO EN FUNDACIÓN CENTRO VIDA ORIENTE, EN COMPAÑÍA DE DIANA GALEANO (AUX. ENFERMERÍA), CC 1060586780, TEL 3105926701. QUIEN CONSULTA PARA CONTROL DE VEJEZ, DANDO CUMPLIMIENTO CON RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, NIEGA DESPARASITACIÓN RECIENTE, NIEGA VISIÓN BORROSA, VACUNA COVID 4 DOSIS, CUENTA CON PARACLÍNICOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR SOLICITADOS EN CONTRL DE CRÓNICOS EN MAYO 2025, PENDIENTE TOMA. NIEGA TAMIZAJE DE COLON RECIENTE. ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, ADECUADO CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO, NIEGA TABAQUISMO ACTIVO O PASIVO O EXPOSICIÓN A BIOMASA. NIEGA ALTERACIONES MENTALES, EMOCIONALES Y DEMÁS INDAGADOS.
ENFEMERÍA REPORTA PRESOINES NORMALES.

Revisión por sistemas:

Sistema cardiovascular	No manifiesta
Sistema Vascular periferico	No manifiesta
Sistema digestivo	No manifiesta
Sistema genitourinario	No manifiesta
Sistema locomotor	No manifiesta
Sistema neurologico	No manifiesta
Sistema mental y/o comportamiento	No manifiesta
Sistema respiratorio	No manifiesta

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	DESDE 1995 24-09-2018 09:37 HCTZ 25 X1AMLODIPINO 5 X 2LOSARTAN 50 X 2 09-07-2024 17:00 SI 02-01-2020 10:16
Diabetes mellitus	DESDE 2014 24-09-2018 09:37 METFORMINA 850 X 2 09-07-2024 17:00 SI 02-01-2020 10:16
Otros	OBESIDAD 24-09-2018 09:37
Dislipidemias	DESDE 1995 24-09-2018 09:37

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	OOFORECTOMIA DERECHAHISTERECTOMIAHERNIORRAFIA UMBILICALRESECCION NEVUS PIEL 24-09-2018 09:37

Antecedentes Traumáticos

Otros	NIEGA 24-09-2018 09:38

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos	NIEGA 15-12-2021 07:18
Plumas	NIEGA 15-12-2021 07:18
Jabones	NIEGA 15-12-2021 07:18
Polvo	NIEGA 15-12-2021 07:18
Frío	NIEGA 15-12-2021 07:18
Medicamentos	NIEGA 15-12-2021 07:18
Otros	NIEGA 24-09-2018 09:38

Antecedentes familiares

Diabetes mellitus	MADRE (FALLECIO) 02-01-2020 10:17
Otros	MAMA CORAZON TIA IAM 24-09-2018 09:38

Antecedentes ocupacionales

Ocupaciones que ha desempeñado el paciente	ESCOLARIDAD 1 GRADO AMA DE CASA 24-09-2018 09:38

Examen Estomatológico

Encías	INFLAMADA 02-01-0020 00:00 INFLAMADAS 27-09-0018 00:00

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive	TRES PERSONAS 28-07-2023 08:08 vive con una nieta, 14-07-2020 11:05
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	NO 15-12-2021 07:18
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NO 15-12-2021 07:18
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	NO 15-12-2021 07:18
Vida sexual activa	INACTIVA 28-07-2023 08:06
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	URBANA 28-07-2023 08:06
Convivencia con animales (mascotas)	UN GATO Y UN LORO 27-09-2018 12:44
Sabe leer	SÍ 28-07-2023 08:06
Sabe escribir	SÍ 28-07-2023 08:06
vive solo	VIVE CON EL ESPOSO Y DOS NIETAS 27-09-2018 12:44
Actividad física	CAMINATAS 28-07-2023 08:08

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	AMA DE CASA 28-07-2023 08:06
Violencia y maltrato	NIEGA 28-07-2023 08:06
Otros	ESCOLARIDAD 1 GRADO AMA DE CASA 29-03-2019 09:42

Tratamiento en el cuello

Histerectomia	HACE 27 AÑOS 12-04-0019 00:00

Evaluación Nutricional

HABITOS ALIMENTARIOS:	regimen dietoterapeutico adaptado a su estado patologico actual equilibrado en macro y micronutrientes e inhaderente a mantener habitos y estilos de vida saludable 23-07-0021 00:00

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal 30-12-2019 09:53 Normal 11-07-2025 10:25
Boca	Anormal Exodoncia Parcial 30-12-0019 00:00 Normal 11-07-2025 10:25
Garganta	Normal 30-12-2019 09:54 Normal 11-07-2025 10:25
Cuello	Normal 30-12-2019 09:54 Normal 11-07-2025 10:25
Mamas y axilas	Normal 11-07-2025 10:25
Tórax	Normal 11-07-2025 10:25
Pulmones	Normal 11-07-2025 10:25
Corazón	Normal 30-12-2019 09:54 Normal 11-07-2025 10:25
Abdomen	Anormal Gran Paniculo Adiposo 30-12-0019 00:00 Normal 11-07-2025 10:25
Genitourinario	Normal 11-07-2025 10:25
Tacto vaginal	Evaluados Normal 30-12-0019 00:00 No Evaluado 11-07-2025 10:25
Tacto rectal	Evaluados Normal Hasta Donde Va Mi Dedo 30-12-0019 00:00 No Evaluado 11-07-2025 10:25
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal 11-07-2025 10:25
Sistema Vascular periférico	Normal 11-07-2025 10:25
Piel y faneras	Normal 11-07-2025 10:25
Sistema Osteomuscular	Normal 11-07-2025 10:25
Otros	Normal 11-07-2025 10:25
Especuloscopia	No Evaluado 11-07-2025 10:25
Extremidades	Anormal Varices Grado Ii Bilatersal 30-12-0019 00:00 Normal 11-07-2025 10:25

Total: **0**

Clasificación:

TEST AUDIT (DEPENDENCIA ALCOHÓLICA)

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	Nunca 11-07-2025 10:23
¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?	Una O Dos 11-07-2025 10:23
¿Con qué frecuencia te tomas seis o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca 11-07-2025 10:23
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que has empezado?	Nunca 11-07-2025 10:23
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?	Nunca 11-07-2025 10:23
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca 11-07-2025 10:23
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca 11-07-2025 10:23
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca 11-07-2025 10:23
Tú o alguna otra persona ¿Ha resultado herida porque habías bebido?	No 11-07-2025 10:23
¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?	No 11-07-2025 10:23

Total: **0**

Clasificación: **No existe dependencia alcohólica.**

CUESTIONARIO WHOOLEY (METÓDO DE CRIBADO PARA IDENTIFICAR DEPRESIÓN)

¿Durante el pasado mes se ha sentido con el ánimo decaído o sin esperanza?	No 11-07-2025 10:24
¿Durante el pasado mes se ha sentido con falta de interés o placer en hacer algo?	No 11-07-2025 10:24

Total: **0**

Clasificación: **No se identifica riesgo de depresión.**

CONOCE TU RIESGO -FINDRISK-

Edad	Más De 64 11-07-2025 10:22
IMC (Kg/m2)	Más De 30 11-07-2025 10:22
Perímetro abdominal mujer (medido a nivel del ombligo)	Más De 88 Cms 11-07-2025 10:22
¿Realiza diariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?	Si 11-07-2025 10:22
¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?	Todos Los Días 11-07-2025 10:22
¿Toma medicación para la hipertensión regularmente?	Si 11-07-2025 10:22
¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos? (Ej. en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)	Si 11-07-2025 10:22
¿Se le ha diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2) a alguno de sus familiares allegados u otros parientes?	Si, Padres, Hermanos, Hijos 11-07-2025 10:22

Total: **23**

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Clasificación: Riesgo muy alto de desarrollar DM en 10 años (50%)

CLASIFICACIÓN RIESGO CARDIOVASCULAR A 10 AÑOS (OMS)

¿Tiene ya diagnóstico de una enfermedad cardiovascular (IAM, ACV, RENAL, COLESTEROL >= 320)?	No 11-07-2025 10:23
¿El paciente padece Diabetes Mellitus?	Si 11-07-2025 10:23
Seleccione sexo biológico del paciente:	Mujer 11-07-2025 10:23
¿El paciente fuma?	No 11-07-2025 10:23
Seleccione el grupo de edad del paciente:	70 Años Y Más 11-07-2025 10:23
Registre la presión arterial sistólica:	140 Mmhg A 159 Mmhg 11-07-2025 10:23

Total: 1152

Clasificación:

ESCALA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD2)

¿Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado?	Nunca 11-07-2025 10:24
¿No ha podido dejar de preocuparse?	Nunca 11-07-2025 10:24

Total: 0

Clasificación: No se considera probable un trastorno de ansiedad.

ESCALA DE LAWTON BRODY

Capacidad para usar el teléfono	Iniciativa Propia 11-07-2025 10:23
Capacidad para hacer compras	Realiza Todas Sus Compras 11-07-2025 10:23
Preparación de la comida	Prepara Y Sirve Su Comida 11-07-2025 10:23
Cuidado de la casa	Mantiene La Casa Solo 11-07-2025 10:23
Lavado de la ropa	Lava Por Sí Solo Toda Su Ropa 11-07-2025 10:23
Uso medios de transporte	Viaja Solo 11-07-2025 10:23
Responsabilidad respecto a la medicación	Toma Medicación Correctamente 11-07-2025 10:23

Total: 5

Clasificación: Independencia total

CUESTIONARIO FRAIL (DETECCIÓN FRAGILIDAD ADULTO MAYOR)

¿Se siente usted cansado?	Si 11-07-2025 10:23
¿Está en capacidad de subir un piso de escaleras?	Si 11-07-2025 10:23
¿Es capaz de caminar de tres a cuatro cuadras (darle la vuelta a una manzana)?	Si 11-07-2025 10:23
¿Tiene más de cinco enfermedades?	Si 11-07-2025 10:23
¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?	Si 11-07-2025 10:23

Total: 3

Clasificación: Frágil

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

ÍNDICE DE BARTHEL

Consumir alimentos.	Independiente 11-07-2025 10:23
Trasladarse entre la silla y la cama.	Independiente 11-07-2025 10:24
Aseo personal.	Independiente 11-07-2025 10:24
Uso del sanitario.	Independiente 11-07-2025 10:24
Uso del baño (ducharse).	Independiente 11-07-2025 10:24
Desplazamiento.	Independiente 11-07-2025 10:24
Subir y bajar escaleras.	Independiente 11-07-2025 10:24
Vestirse y desvestirse.	Independiente 11-07-2025 10:24
Control de heces.	Continente 11-07-2025 10:24
Control de orina.	Continente 11-07-2025 10:24

Total: **65**

Clasificación: **Dependencia leve**

MINI MENTAL STATE

¿En qué año estamos?	Respuesta Correcta 11-07-2025 10:24
¿En qué hora estamos?	Respuesta Correcta 11-07-2025 10:24
¿En qué mes estamos?	Respuesta Correcta 11-07-2025 10:24
¿En qué día del mes estamos?	Respuesta Correcta 11-07-2025 10:24
¿Fecha de hoy (día de la semana) estamos?	Respuesta Correcta 11-07-2025 10:24
¿En qué país estamos?	Respuesta Correcta 11-07-2025 10:24
¿En qué Departamento estamos?	Respuesta Correcta 11-07-2025 10:24
¿En qué ciudad estamos?	Respuesta Correcta 11-07-2025 10:24
¿En qué sitio o lugar estamos?	Respuesta Correcta 11-07-2025 10:24
¿En qué piso/barrio/vereda estamos?	Respuesta Correcta 11-07-2025 10:24
Diga las siguientes palabras CASA, MESA, ARBOL. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un ponto por cada una. Si en un primer intento no lo logra repita las palabras, repítalas hasta que las personas las registre.	Recordó 3 Palabras 11-07-2025 10:24
Reste 100-7 en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: 93-86-79-72-65.	Cinco Aciertos 11-07-2025 10:24
En el caso que la persona no sepa restar utiliza la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés Diciembre, noviembre, octubre..	
De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.	Recordó 3 Palabras 11-07-2025 10:24
Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre los objetos (Denominación)	Nombró Dos Objetos 11-07-2025 10:24
Hay que pedir que repita la siguiente frase: En el trigal habia cinco perros	Si 11-07-2025 10:24
Solicite al paciente que obedezca esta orden: "Coja el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo¿. ¿Cuántas órdenes pudo seguir?	Obedeción Tres Órdenes 11-07-2025 10:24
Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contengan la frase: "cierre sus ojos". Indique	Si 11-07-2025 10:24
Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase (Lectura)	
Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta (Escriba)	Si 11-07-2025 10:25

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo) Si 11-07-2025 10:25

Total: **30**

Clasificación: **No existe deterioro cognitivo.**

Tipo de población

Paciente LGBTI No 11-07-2025 10:18

Total: **0**

Clasificación:

TECNOLOGÍAS BLANDAS

Jul.11/2025
10:14

APGAR FAMILIAR

Pregunta / criterio	Respuesta	Puntaje
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema o necesidad?	Siempre	4
¿Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite?	Siempre	4
¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?	Siempre	4
¿Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, entre otros?	Siempre	4
Me satisface como compartimos en mi familia: A) el tiempo para estar juntos. B) Los espacios de la casa. C) El dinero.	Siempre	4

Total: **20**

Clasificación: **Función familiar adecuada.**

Histórico para seguimiento

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
Oct.27/2023	11:45	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	LUISA MARIA SALAZAR HURTADO
Jul.28/2023	07:56	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	LUISA MARIA SALAZAR HURTADO

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Agudeza Visual

Ojo Derecho sin anteojos :

Ojo Izquierdo sin anteojos

Ambos Ojos sin anteojos:

Ojo Derecho con anteojos:

Ojo Izquierdo con anteojos

Ambos Ojos con anteojos:

Valoración Izquierdo: Menor o igual a 20/20 normal

Valoración Derecho: Menor o igual a 20/20 normal

Observaciones:

EXAMEN FÍSICO:

Inspeccion General

Estado general: PACIENTE QUIEN INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONSCIENTE, ORIENTADA, ALERTA, COLABORADORA, CON ADECUADO ESTADO GENERAL.

Peso:	70 K	**Talla:**	145 cms	**Índice Masa Corporal:**	33.3 Obesidad
Presión Arterial Sentada:	142/80	**Parada:**	/	**Acostada:**	/
Temperatura:	36.2° °C Axilar			**Frecuencia Respiratoria:**	17 / min
Frecuencia Cardiaca:	78 / min	**Pulso:**	/ min Rítmico	**Escala Glassgow:**	
Concentración de Oxígeno en el Aíre Inspirado:	%			**Saturación de Oxígeno:**	96 %
Glucometer:	mg/dl			**Perimetro Abdominal:**	103

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal
Ojos	Normal
Fondo de Ojo	Normal

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Oidos	Normal
Nariz y senos paranasales	Normal
Boca	Normal
Garganta	Normal
Cuello	Normal
Mamas y axilas	Normal
Tórax	Normal
Pulmones	Normal
Corazón	Normal
Abdomen	Normal
Genitourinario	Normal
Especuloscopia	No Evaluado
Tacto vaginal	No Evaluado
Tacto rectal	No Evaluado
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal
Sistema Vascular periférico	Normal
Sistema Osteomuscular	Normal
Extremidades	Normal
Piel y faneras	Normal
Otros	Normal

ANALISIS:

PACIENTE FEMENINA EN OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA EN CONTROL DE VEJEZ, CIFRAS SISTÓLICAS LEVEMENTE ELEVADAS, TOMAS PREVIAS POR ENFERMÉRIA Y CONTRL EN MAYO CON REGISTROS NORMALES, EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACOINES, AGUDEZA VISUAL PRESERVVADA, TIENE PENDIENTE PARACLÍNICOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SIN DESPARASITACIÓN RECIENTE, SIN TAMIZAJE DE COLON, POR LO QUE, SIGUIENDO LINEAMIENTOS DE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SE FORMULA DESPARASITANTE, SE SOLICITAN PARACLÍNICOS DE TAMIZAJE DE RIESGO DESCRITOS Y SE CITA PARA CONTROL CON RESULTADOS. SE INSTRUYE EN ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA CON ADECUADA CANTIDAD DE FRUTAS, VERDURAS, LÁCTEOS Y FIBRA, ADEMÁS DE ACTIVIDAD FÍSICA DE MODERADA INTENSIDAD DE MÍNIMO 30 MINUTOS AL DÍA 3 DÍAS A LA SEMANA, SE DAN PAUTAS PARA CUIDADO DE SALUD VISUAL, MENTAL Y SEXUAL Y PREVENCIÓN ITS, REALIZAR AUTOEXAMEN MAMA MENSUAL, ASISTIR A CONTROL POR ODONTOLOGÍA, IMPORTANCIA DE TENER ESQUEMA DE VACUNACIÓN AL DÍA Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTA POR URGENCIAS. SIGUIENTE CONSULTA DE CONTROL EN 3 AÑOS DEPENDIENDO DE RESULTADOS. SE INDICA A ENFERMERÍA CONTINUAR CON TOMAS DE PRESIÓN Y VIGILANCIA DE INGESTA DE MEDICAMENTOS.
SE COMPARTE CONDUCTA CON PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DIAGNOSTICOS: **TIPO DIAGNOSTICO**

Diagnostico Principal Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL Confirmado nuevo

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Relacionado 1	Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	Confirmado nuevo
Relacionado 2	Z136	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	Confirmado nuevo
Relacionado 3	Z121	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DE INTESTINO	Confirmado nuevo

Orden de laboratorio

SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA + - TAMIZAJE. REALIZA

Medicamentos

ALBENDAZOL 200MG TABLETA	200MG	TABLETA	2 JUNTAS EN AYUNAS DOSIS ÚNICA. VIA ORAL	2	(DOS)

Otras Fórmulas

Incapacidad? No **Prorroga?** No

INDICACIONES:

Hacer ejercicio frecuentemente y consumir una dieta saludable con poca grasa y rica en frutas y verduras

Asista al odontólogo

Para las mujeres: realizar autoexàmen de mama cada mes y mamografía cada 2 años a partir de los 50 años y citología cada año hasta los 69 años

Para los hombres: realizar autoexàmen de testiculos cada mes, exámen de próstata cada año a partir de los 50 años.

USTED TIENE DERECHO A LA REALIZACIÓN DE UN TAMIZAJE VISUAL EN LAS SIGUIENTES EDADES CUMPLIDAS: 4 AÑOS, 11 AÑOS, 16 AÑOS, 40 AÑOS Y, A PARTIR DE ESA EDAD CADA 5 AÑOS.

LA DISTANCIA ADECUADA PARA VER TELEVISIÓN ES DE 1.5 A 2 METROS. LA PANTALLA DEBE ESTAR POSICIONADA A LA MISMA ALTURA DE QUIEN LA VISUALIZA.

SI FRECUENTEMENTE PRESENTA RASQUIÑA O ARDOR EN SUS OJOS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.

SI PRESENTA SALIDA DE PUS, LAGRIMEO CONSTANTE O SOBRE PRODUCCIÓN DE LAGAÑAS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.

SI UTILIZA MUCHO EL COMPUTADOR, REALICE PAUSAS ACTIVAS DE 10 A 15 MINUTOS CADA DOS HORAS Y CONTINUE DESPUÉS.

USTED DEBE VER IGUAL POR AMBOS OJOS, EVALÚELOS POR SEPARADO, SI ENCUENTRA QUE VE DIFERENTE POR ALGUNO DE LOS DOS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.

NO SE APLIQUE GOTAS EN SUS OJOS QUE NO HAYAN SIDO ORDENADAS POR SU MÉDICO O ESPECIALISTA.

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**				
Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	86	**Fecha:**	Jul.11/2025	**Hora:**	10:14
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		



DANIEL ANDRES HERNANDEZ VELASQUEZ
CC 1.225.090.702 Registro: 1225090702
MEDICINA GENERAL

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Documento: CC 24.942.758 **H.C.** 24942758 **Sexo:** Femenino
Fecha nacimiento: Nov.27/1949 **Edad:** 75 Años **Etnia:** Otros
Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 **Télefono:** 3135117039 **Estado Civil:** Soltero
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ocupación:** Personas que realizaı
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** VERACRUZ
Atención: 87 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 10:41
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**
Información Persona Responsable: Nombre: FABIO **Télefono:** 3319082
Parentesco:

Motivo consulta: " REVISION" REFIERE PACIENTE.

Enfermedad actual: PACIENTE ADULTO ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR PRIMERA VEZ PARA REVISION.

Acompañante: NO APLICA **Parentesco:** **Télefono:** 3135117039

Revisión por sistemas:

Sistema respiratorio	No manifiesta
Sistema cardiovascular	No manifiesta
Sistema Vascular periferico	No manifiesta
Sistema digestivo	No manifiesta
Sistema genitourinario	No manifiesta
Sistema locomotor	No manifiesta
Sistema neurologico	No manifiesta
Sistema mental y/o comportamiento	No manifiesta

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	Desde 1995 24-09-2018 09:37 Hctz 25 X1 Amlodipino 5 X 2 Losartan 50 X 2 09-07-2024 17:00 Si 02-01-2020 10:16 Si 25-08-202 Si 25-08-2025 10:41
Diabetes mellitus	Desde 2014 24-09-2018 09:37 Metformina 850 X 2 09-07-2024 17:00 Metformina 850 X 2 09-07-2024 17:00 Si 02-01-2020 10:16 Si 25-08- Si 25-08-2025 10:41
Otros	Obesidad 24-09-2018 09:37
Dislipidemias	Desde 1995 24-09-2018 09:37 Si 25-08-2025 10:41

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	Ooforectomia Derecha Histerectomia Herniorrafia Umbilical Reseccion Nevus Piel 24-09-2018 09:37

Antecedentes Traumáticos

Otros	Niega 24-09-2018 09:38

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos	Niega 15-12-2021 07:18
Plumas	Niega 15-12-2021 07:18
Jabones	Niega 15-12-2021 07:18

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Documento: CC 24.942.758 **H.C.** 24942758 **Sexo:** Femenino
Fecha nacimiento: Nov.27/1949 **Edad:** 75 Años **Etnia:** Otros
Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 **Télefono:** 3135117039 **Estado Civil:** Soltero
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ocupación:** Personas que realizaı
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** VERACRUZ
Atención: 87 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 10:41
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**
Información Persona Responsable: Nombre: FABIO **Télefono:** 3319082
Parentesco:

Polvo	Niega 15-12-2021 07:18
Frío	Niega 15-12-2021 07:18
Medicamentos	Niega 15-12-2021 07:18
Otros	Niega 24-09-2018 09:38 Paciente Niega 25-08-2025 10:43

Antecedentes familiares

Hipertensión arterial	Hermanos Y Hermanas 25-08-2025 10:42
Diabetes mellitus	Hermanos Y Hermanas 25-08-2025 10:42 Madre (Fallecio) 02-01-202 Madre (Fallecio) 02-01-2020 10:17
Otros	Mama Corazon Tia Iam 24-09-2018 09:38

Antecedentes ocupacionales

Ocupaciones que ha desempeñado el paciente	Escolaridad 1 Grado Ama De Casa 24-09-2018 09:38

Examen Estomatológico

Encías	Inflamada 02-01-0020 00:00 Inflamadas 27-09-0018 00:00

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive	3 Personas, Esposo, Nieta Y Bisnieta 25-08-2025 10:43 Tres Personas Tres Personas 28-07-2023 08:08 Vive Con Una Nieta, 14-07-2020 11: Vive Con Una Nieta, 14-07-2020 11:05
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	No 15-12-2021 07:18
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	No 15-12-2021 07:18
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	No 15-12-2021 07:18
Vida sexual activa	Inactiva 28-07-2023 08:06
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	Urbana 28-07-2023 08:06 Urbana, Villasantana 25-08-2025 10:43
Convivencia con animales (mascotas)	Si, Gato 25-08-2025 10:43 Un Gato Y Un Loro 27-09-2018 12:44
Sabe leer	Si 25-08-2025 10:43 Sí 28-07-2023 08:06
Sabe escribir	Si 25-08-2025 10:43 Sí 28-07-2023 08:06
Vive solo	Vive Con El Esposo Y Dos Nietas 27-09-2018 12:44
Actividad física	Caminatas 28-07-2023 08:08
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	Ama De Casa 28-07-2023 08:06
Violencia y maltrato	Niega 28-07-2023 08:06
Otros	Escolaridad 1 Grado Ama De Casa 29-03-2019 09:42

Tratamiento en el cuello

Histerectomia	Hace 27 Años 12-04-0019 00:00

Evaluación Nutricional

HABITOS ALIMENTARIOS:	Regimen Dietoterapeutico Adaptado A Su Estado Patologico Actual Equilibrado En Macro Y Micronutrientes E Inhaderente A Mantener Habitos Y

Powered by CamScanner

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO
Documento: CC 24.942.758 H.C. 24942758 Sexo: Femenino
Fecha nacimiento: Nov.27/1949 Edad: 75 Años Etnia: Otros
Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 Télefono: 3135117039 Estado Civil: Soltero
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Ocupación: Personas que realizar
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda Ciudad: PEREIRA Barrio: VERACRUZ
Atención: 87 Fecha: Ago.25/2025 Hora: 10:41
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: Télefono:
Información Persona Responsable: Nombre: FABIO Télefono: 3319082
Parentesco:

Estilos De Vida Saludable 23-07-0021 00:00

Hábitos
Otros — Paciente Niega 25-08-2025 10:43

Tejidos Dentarios
Retracción gingival — 33-32-41-42-43 27-09-0018 00:00

Odontológicos
Fecha de último tratamiento odontológico — 1 Año 02-01-2020 10:17 Hace 2 Años 25-08-2025 10:42
Operatoria — Si 27-09-2018 12:44 Si 02-01-2020 10:17
Rehabilitación removible — Protesis Total Superior 27-09-2018 12:44 Si 02-01-2020 10:17 Si 25-
Si 25-08-2025 10:42
Exodoncias — Si 27-09-2018 12:44 Si 02-01-2020 10:17
Promoción y prevención — Si 02-01-2020 10:17

ECNOLOGIA BLANDAS

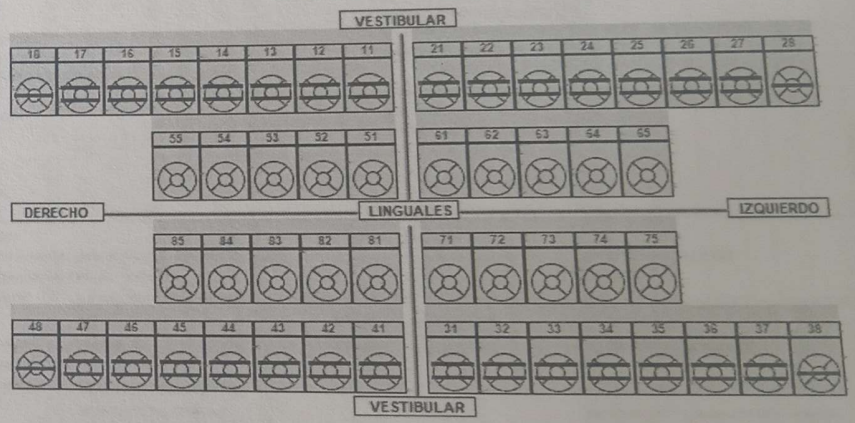
Histórico por seguimiento

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
Jul.11/2025	10:14	20	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	DANIEL ANDRES HERNANDEZ VELASQUEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO
Documento: CC 24.942.758 H.C. 24942758 Sexo: Femenino
Fecha nacimiento: Nov.27/1949 Edad: 75 Años Etnia: Otros
Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 Télefono: 3135117039 Estado Civil: Soltero
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Ocupación: Personas que realizar
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda Ciudad: PEREIRA Barrio: VERACRUZ
Atención: 87 Fecha: Ago.25/2025 Hora: 10:41
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: Télefono:
Información Persona Responsable: Nombre: FABIO Télefono: 3319082
Parentesco:

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
Oct.27/2023	11:45	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	LUISA MARIA SALAZAR HURTADO

DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO



Tipo Dentición: Permanentes

Diente	Superficie	Convención	Observaciones
11	TODO	ReemplazadoCaries	
12	TODO	ReemplazadoCaries	
13	TODO	ReemplazadoCaries	
14	TODO	ReemplazadoCaries	
15	TODO	ReemplazadoCaries	

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Documento: CC 24.942.758 **H.C.** 24942758 **Sexo:** Femenino

Fecha nacimiento: Nov.27/1949 **Edad:** 75 Años **Etnia:** Otros

Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 **Télefono:** 3135117039 **Estado Civil:** Soltero

Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ocupación:** Personas que realizar

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** VERACRUZ

Atención: 87 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 10:41

Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**

Información Persona Responsable: Nombre: FABIO **Télefono:** 3319082

Parentesco:

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
Jul.28/2023	07:56	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	LUISA MARIA SALAZAR HURTADO

HIGIENE ORAL:

Frecuencia Cepillado: Tres

Uso seda dental: Cero

Uso enjuague bucal: No

Diente	Superficie	Convención	Observaciones
16	TODO	ReemplazadoCaries	
17	TODO	ReemplazadoCaries	
18	TODO	Extraido	
21	TODO	ReemplazadoCaries	
22	TODO	ReemplazadoCaries	
23	TODO	ReemplazadoCaries	
24	TODO	ReemplazadoCaries	
25	TODO	ReemplazadoCaries	
26	TODO	ReemplazadoCaries	
27	TODO	ReemplazadoCaries	
28	TODO	Extraido	
31	TODO	ReemplazadoCaries	
32	TODO	ReemplazadoCaries	
33	TODO	ReemplazadoCaries	
34	TODO	ReemplazadoCaries	
35	TODO	ReemplazadoCaries	
36	TODO	ReemplazadoCaries	
37	TODO	ReemplazadoCaries	
38	TODO	Extraido	
41	TODO	ReemplazadoCaries	
42	TODO	ReemplazadoCaries	
43	TODO	ReemplazadoCaries	

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Documento: CC 24.942.758 H.C. 24942758 Sexo: Femenino

Fecha nacimiento: Nov.27/1949 Edad: 75 Años Etnia: Otros

Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 Télefono: 3135117039 Estado Civil: Soltero

Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Ocupación: Personas que realizar

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda Ciudad: PEREIRA Barrio: VERACRUZ

Atención: 87 Fecha: Ago.25/2025 Hora: 10:41

Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: Nombre: Télefono:

Información Persona Responsable: Nombre: FABIO Télefono: 3319082

Parentesco:

Diente	Superficie	Convención	Observaciones
44	TODO	ReemplazadoCaries	
45	TODO	ReemplazadoCaries	
46	TODO	ReemplazadoCaries	
47	TODO	ReemplazadoCaries	
48	TODO	Extraido	

PREVALENCIA DE CARIES:

Cariados: 0 Obturados: 0 Caries no Cavitacional: 0Perdidos: 28 Sano: 0

Total Dientes presentes en boca: 54

Total Dientes Cariados, Obturados y Perdidos (C.O.P): 27

Cariados: 0 Obturados: 0 Caries no Cavitacional: 0Extraccion indicada: 0Exodoncia indicada: 0Sano: 0

Total Dientes Cariados, Extraídos y Obturados (C.E.O): 0

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

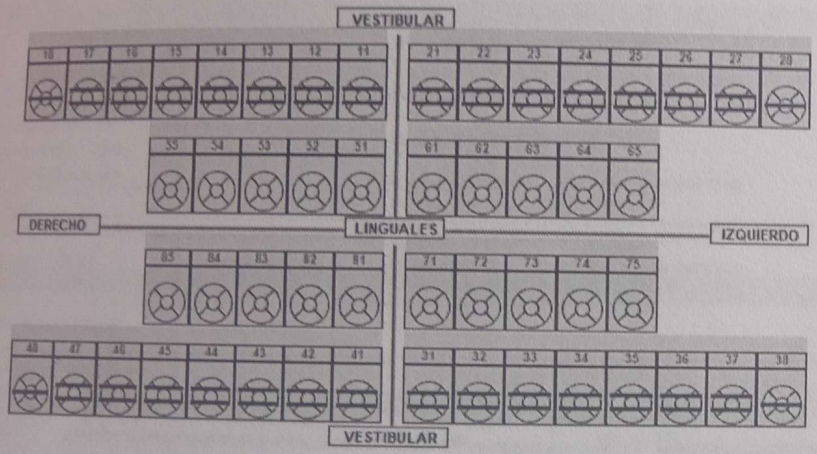
CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Documento:	CC 24.942.758	**H.C.**	24942758	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Estado Civil:**	Soltero
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Personas que realizar
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	VERACRUZ
Atención:	87	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:41
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:** FABIO			**Télefono:**	3319082
Parentesco:					

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



Diente	Superficie	Procedimiento	Cantidad	Evolución

Diente	Superficie	Convención	Evolución
11	TODO	ReemplazadoCaries	
12	TODO	ReemplazadoCaries	
13	TODO	ReemplazadoCaries	
14	TODO	ReemplazadoCaries	
15	TODO	ReemplazadoCaries	
16	TODO	ReemplazadoCaries	
17	TODO	ReemplazadoCaries	
18	TODO	Extraido	
21	TODO	ReemplazadoCaries	
22	TODO	ReemplazadoCaries	

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Documento:	CC 24.942.758	**H.C.**	24942758	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Estado Civil:**	Soltero
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Personas que realizar
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	VERACRUZ
Atención:	87	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:41
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:** FABIO			**Télefono:**	3319082
Parentesco:					

Diente	Superficie	Convención	Evolución
23	TODO	ReemplazadoCaries	
24	TODO	ReemplazadoCaries	
25	TODO	ReemplazadoCaries	
26	TODO	ReemplazadoCaries	
27	TODO	ReemplazadoCaries	
28	TODO	Extraido	
31	TODO	ReemplazadoCaries	
32	TODO	ReemplazadoCaries	
33	TODO	ReemplazadoCaries	
34	TODO	ReemplazadoCaries	
35	TODO	ReemplazadoCaries	
36	TODO	ReemplazadoCaries	
37	TODO	ReemplazadoCaries	
38	TODO	Extraido	
41	TODO	ReemplazadoCaries	
42	TODO	ReemplazadoCaries	
43	TODO	ReemplazadoCaries	
44	TODO	ReemplazadoCaries	
45	TODO	ReemplazadoCaries	
46	TODO	ReemplazadoCaries	
47	TODO	ReemplazadoCaries	
48	TODO	Extraido	

Placa: 0 **Extraidos:** 32 **Total Dientes:** 0 **Resultado:** 0 **Indice de Placa:** 0

OTROS PROCEDIMIENTOS:

CUPS	Nombre Procedimiento	Hallazgo
990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODC	

ALTERACIONES PULPARES:

Todos los hallazgos normales: No

TEJIDOS DENTARIOS:

Pregunta	Resultado

TIPO OCLUSION:

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Documento: CC 24.942.758 **H.C.** 24942758 **Sexo:** Femenino
Fecha nacimiento: Nov.27/1949 **Edad:** 75 Años **Etnia:** Otros
Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 **Télefono:** 3135117039 **Estado Civil:** Soltero
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ocupación:** Personas que realizar
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** VERACRUZ
Atención: 87 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 10:41
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**
Información Persona Responsable: Nombre: FABIO **Télefono:** 3319082
Parentesco:

Alteracion	Observaciones

DIAGNOSTICOS:

			TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	Z012	EXAMEN ODONTOLOGICO	Confirmado nuevo
Relacionado 1	K050	GINGIVITIS AGUDA	Confirmado nuevo
Relacionado 2	K081	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	Confirmado nuevo

PRONÓSTICO: REGULAR.

PLAN DE TRATAMIENTO

Promoción y prevención :
Fases del plan de tratamiento
Motivacion y Educacion al paciente,

 # Sesiones: 2 **Grado de Riesgo:** Medio

INDUCCIÓN A LA DEMANDA:

Programa promoción y prevención	
09	Hipertensión arterial
11	Diabetes
15	Demanda Inducida a la Identificación Personal (RC ¿ TI ¿ CC)
16	Salud Oral

REMISIONES:

Especialidad: REHABILITADOR ORAL
Diagnóstico: EXAMEN ODONTOLOGICO
Diagnóstico: PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL

INDICACIONES:

Cepille los dientes tres veces al día o después de cada comida
Utilizar seda dental mínimo una vez por día
Usar en lo posible crema dental y enjuague bucal
Visita regularmente al odontólogo.

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO
Documento: CC 24.942.758 H.C. 24942758 Sexo: Femenino
Fecha nacimiento: Nov.27/1949 Edad: 75 Años Etnia: Otros
Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 Télefono: 3135117039 Estado Civil: Soltero
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Ocupación: Personas que realizar
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda Ciudad: PEREIRA Barrio: VERACRUZ
Atención: 87 Fecha: Ago.25/2025 Hora: 10:41
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: Télefono:
Información Persona Responsable: Nombre: FABIO Télefono: 3319082
Parentesco:

Se enseña a los padres o acudientes buenas practicas de higiene oral del menor.
Cambiar el cepillo de diente máximo cada 4 meses.
Tener una buena higiene oral
Nunca se acueste a dormir con los dientes sucios, el cepillado de la noche es el mas importante.
Topicacion del flúor según las indicaciones del odontólogo
Aplicación de sellantes según indicaciones del odontólogo
No realizar enjuagues con sustancias que no le ha recomendado el odontólogo. (tomatera, piedra lumbre, etc.)'
RECOMENDACIONES POST DETARTRAJE
Puede presentar dolor, sangrado, inflamación e irritación de las encías.
Utilizar el cepillo y seda dental después de cada comida.
Es posible que se genere sensibilidad dental durante las siguientes 48 horas después del procedimiento.
puede presentar movilidad dental asociada a la enfermedad de los tejidos de sostén del diente ya que al retirar los cálculos dentales este se puede aumentar.
Es posible presentar sabor diferente de la cavidad oral el día del procedimiento por el sangrado generado.
si la inflamación persiste se recomienda enjuagues con calendula para ayudar a disminuirla.
La higiene oral es indespensable en pacientes portadores de prótesis,estas deben limpiarse constantemente luego de cada comida, tanto la prótesis como la cavidad bucal.
Debemos quitar las prótesis removibles para dormir, y dejar descansar las mucosas.
Se pueden sumergir las prótesis en un vaso de agua en la noche con 3 gotas de hipoclorito de sodio.
Si observa cualquier hecho anormal o dolores intensos, acuda al odontólogo.
Debe visitar al odontólogo una vez al año.

EVOLUCIÓN GENERAL SE VERIFICA PACIENTE CORRECTO. ATENCION CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.PACIENTE ADULTO MAYOR DE CENTRO VIDA ORIENTE ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR PRIMERA VEZ. SE REALIZA APERTURA DE HISTORIA CLINICA, EDUCACION EN HIGIENE ORAL. PACIENTE SE ENCUENTRA ENDENTULO TOTAL TANTO EN EL MAXILAR SUPERIOR COMO EL INFERIOR, PRESENTA PROTESIS TOTAL SUPERIOR EN BUEN ESTADO, PROTESIS TOTAL INFERIOR DESGASTADA.PACIENTE PRESENTA COMPROMISO DE LAS FUNCIONES BUCALES COMO LO ES LA DEGLUCION FONACION, MASTICACION Y ESTETICA, PRESENTANDO AFECCION DE LA DIMENSION VERTICAL, REABSORCION DEL HUESO DEBIDO A LA PERDIDA DE LOS DIENTES POR ENDE SE VE COMPROMETIDO Y AFECTADA LAS ESTRUTURAS FACIALES ENTRE OTRAS, SE REALIZA MOTIVACION Y REFUERZO DE HIGIENE ORAL, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA,SE PROCEDE A REALIZAR REMISION CON REHABILITACION ORAL. PARA CONFECCION DE PROTESIS TOTAL INFERIOR. PACIENTE CONTROLADO. SE SOCIALIZA DERECHO Y DEBER DEL MES.

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Documento: CC 24.942.758 **H.C.** 24942758 **Sexo:** Femenino

Fecha nacimiento: Nov.27/1949 **Edad:** 75 Años **Etnia:** Otros

Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 **Télefono:** 3135117039 **Estado Civil:** Soltero

Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ocupación:** Personas que realizan

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** VERACRUZ

Atención: 87 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 10:41

Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: **Nombre:** **Télefono:**

Información Persona Responsable: **Nombre:** FABIO **Télefono:** 3319082

Parentesco:

JULIANA MESA MURILLO
CC 1.004.775.786 Registro: 1004775786
ODONTOLOGO

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER - NIT: 90041528-4	Versión: 1 - Código: 1.1 - Vigencia 08 - 2024

ENCUESTA DE SATISFACCION - CALIFICACION DE LOS SERVICIOS

Apreciado usuario(a). Trabajamos día a día para ofrecerle el mejor servicio con calidad y excelencia. Su opinión es importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar la presente encuesta de satisfacción.

Nombre del Usuario: Doria Bernica Soria

N° Identificación: 24 942 758

Fecha	día 13 mes 8. año 25	HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	AM

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	
Discapacitado		Campesino	
Desplazadc		Otro:	
Victima del Conflicto		Cual:	

Canasta de servicios recibidos - Ley 1276/2009 - Articulo 11 - Numerales 1 al 11

ASPECTOS A EVALUAR

1. **SERVICIO**
   ¿Cómo califica la calidad del servicio recibido en el centro vida?
   ☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

2. **INSTALACIONES Y RECURSO**
   ¿Cómo se siente con el uso de las instalaciones del Centro Vida Oriente?
   ☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

3. **HORARIOS DE ATENCIÓN**
   ¿Está satisfecho con el cumplimiento de los horarios establecidos?
   ☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

4. **EXPECTATIVAS DEL SERVICIO**
   ¿Está satisfecho con la variedad y calidad de las actividades ofrecidas?
   ☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

5. **TALENTO HUMANO**
   En general, ¿cómo valora el trato recibido por parte del personal?
   ☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

OBSERVACIONES:

En la alimentación no me gustan los jugos tan acidos ya que me dan daño de estomago

Gracias por su colaboración

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

Motivo consulta: MC: CONTROL PROGRAMA CRÓNICOS

OCUPACIÓN: TRABAJÓ EN TRILLADORAS DE CAFÉ.
DIRECCIÓN: VERACRUZ 2, VILLA SANTANA
TEL: 3135117039

Enfermedad actual: PACIENTE FEMENINA DE 75 AÑOS, CON AP DE HTA HACE 22 AÑOS, DM NO IR, HACE 10 AÑOS, EN MANEJO FARMACOLÓGICO DESCRITO, CON ADHERENCIA Y TOLERANCIA A MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO, CON BUENA ADHERENCIA A CONTROLES PROGRAMADOS, ÚLTIMO HACE 4 MESES, ASISTE SOLA A CITA DE CONTROL. REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES, NIEGA CEFALEA, NO DOLOR TORACICO, NO OTROS SINTOMAS.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HTA DX EN EL 2002 , DM NO IR DX EN EL 2014
TRATAMIENTO ACTUAL: -METFORMINA 850 MG CON EL DESAYUNO Y EL ALMUERZO - HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG DIA - LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS - AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS. - ATORVASTATINA 20 MG NOCHE
NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS.

LABORATORIOS*
SEPTIEMBRE 10/2025: CREATININA 1.04 GLICEMIA 153.6 HB GLICOSILADA 6.9% / TSH 8.75 / TRIGLICERIDOS 226 COLESTEROL TOTAL 196 HDL 30.8 LDL 119.9 / UROANALISIS CON NITRITOS +, BACTERIURIA / ECG. RITMO SINUSAL FC 71, BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA **
MAYO 15/2025. MICROALBUMINURIA MENOR A 5 **
ENERO 8 /2025: TRIGLICERIDOS 204 COLESTEROL TOTAL 215 HDL 38 LDL 136.1 / GLICEMIA 128 HB GLICOSILADA 6.5% ***

Revisión por sistemas:

Sistema respiratorio	No manifiesta
Sistema cardiovascular	No manifiesta
Sistema Vascular periferico	No manifiesta
Sistema digestivo	No manifiesta
Sistema genitourinario	No manifiesta
Sistema locomotor	No manifiesta
Sistema neurologico	No manifiesta
Sistema mental y/o comportamiento	No manifiesta

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	No
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento ordenado para el tratamiento de su patología?	No
Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos?	No
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos?	No
En caso de consumo de tabaco, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV
CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO
Tipo Documento: Cédula Documento: 24.942.758 H.C. 24942758
Fecha nacimiento: Nov.27/1949 Edad: 75 Años Sexo: Femenino
Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 Télefono: 3135117039 Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Etnia: Otros
Atención: 89 Fecha: Sep.16/2025 Hora: 10:18
Causa externa: Enfermedad general Finalidad: OTRA

En caso de consumo de licor, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de sustancias psicoactivas, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de estrés, ¿ha seguido las recomendaciones para disminuirlo o manejarlo?	SI
¿Ha seguido las recomendaciones respecto a la dieta indicada en control anterior?	SI
¿Hace ejercicio según lo recomendado?, Indique las recomendaciones específicas en el campo observaciones	SI

No aplica, es ingreso.

CLASIFICACION DEL RIESGO METABOLICO

Clasificacion del riesgo metabolico	Alto

EXAMEN FÍSICO ENF. CRON.

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad)	Normal	
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices)	Normal	
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena, exudado, papiledema, hemorragias)	Normal	
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, pterigion, hipoacusia)	Normal	
CUELLO (ingurgitacion yugular, soplo carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Normal	
CORAZÓN (arritmia cardiaca, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punto maximo impulso cardiaco)	Normal	RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, COINCIDE CON PULSOS PERIFÉRICOS, SIN SOPLOS.
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares)	Normal	MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Normal	MÓVILES, EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS NI LESIONES, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG.
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal	
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Normal	MÓVILES, EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS NI LESIONES, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG.
PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Normal	
OSTEOMUSCULAR	Normal	
MENTAL	Normal	
TACTO RECTAL	No Evaluado	

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general	**Finalidad:**	OTRA		

OTROS

TIPO DE POBLACIÓN

Paciente LGBTI No

Medicamentos que Consume

ALERTAS - ANTECEDENTES

Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	NO 15-12-2021 07:18
Otros	OBESIDAD 24-09-2018 09:37
Sabe leer	SI 25-08-2025 10:43 SÍ 28-07-2023 08:06
Diabetes mellitus	SI 25-08-2025 10:41 METFORMINA 850 X 2 09-07-2024 17:00 SI 02-01-2020 10:16 DESDE 2014 24-09-2018 09:37
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NO 15-12-2021 07:18
Vive solo	VIVE CON EL ESPOSO Y DOS NIETAS 27-09-2018 12:44
Violencia y maltrato	NIEGA 28-07-2023 08:06
Sabe escribir	SI 25-08-2025 10:43 SÍ 28-07-2023 08:06
Hipertensión arterial	SI 25-08-2025 10:41 HCTZ 25 X1 AMLODIPINO 5 X 2 LOSARTAN 50 X 2 09-07-2024 17:00 SI 02-01-2020 10:16 DESDE 1995 24-09-2018 09:37
Medicamentos	NIEGA 15-12-2021 07:18

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general	**Finalidad:**	OTRA		

Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo) NO 15-12-2021 07:18

Antecedentes Enfermedades Crónicas

Accidente Isquémico Transitorio:	No		
Evento Cerebrovascular Isquémico:	No		
Evento Cerebrovascular Hemorrágico:	No		
Infarto Agudo de Miocardio(ST/No ST):	No		
Angina de pecho:	No	Revascularización:	No
Falla cardiaca:	No	Enfermedad art periférica documentada:	No
Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 0-30):	No		
Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 30-60):	No		
Hipertrofia ventricular izquierda:	No		
Retinopatia con Hemorragias/Exudados:	No	Papiledema:	No
Historia familiar de enfermedad cardíaca prematura (Primer Grado) : Mujeres < 65 Años Hombres < 55 Años	No	**Tabaquismo:**	No Observaciones:
		Alcohol:	No
			No
Fecha Diagnóstico Hipertensión:		Fecha Diagnóstico Diabetes:	

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	Desde 1995 24-09-2018 09:37 Hctz 25 X1 Amlodipino 5 X 2 Losartan 50 X 2 09-07-2024 17:00 Si 02-01-2020 10:16 Si 25-08-202 Si 25-08-2025 10:41
Diabetes mellitus	Desde 2014 24-09-2018 09:37 Metformina 850 X 2 09-07-2024 17:00 Metformina 850 X 2 09-07-2024 17:00 Si 02-01-2020 10:16 Si 25-08- Si 25-08-2025 10:41
Otros	Obesidad 24-09-2018 09:37
Dislipidemias	Desde 1995 24-09-2018 09:37 Si 25-08-2025 10:41

Antecedentes Quirúrgicos

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general	**Finalidad:**	OTRA		

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	Ooforectomia Derecha Histerectomia Herniorrafia Umbilical Reseccion Nevus Piel 24-09-2018 09:37
Antecedentes Traumáticos	
Otros	Niega 24-09-2018 09:38
Antecedentes Alérgicos	
Alergia a alimentos	Niega 15-12-2021 07:18
Plumas	Niega 15-12-2021 07:18
Jabones	Niega 15-12-2021 07:18
Polvo	Niega 15-12-2021 07:18
Frío	Niega 15-12-2021 07:18
Medicamentos	Niega 15-12-2021 07:18
Otros	Niega 24-09-2018 09:38 Paciente Niega 25-08-2025 10:43
Antecedentes familiares	
Hipertensión arterial	Hermanos Y Hermanas 25-08-2025 10:42
Diabetes mellitus	Hermanos Y Hermanas 25-08-2025 10:42 Madre (Fallecio) 02-01-202 Madre (Fallecio) 02-01-2020 10:17
Otros	Mama Corazon Tia Iam 24-09-2018 09:38
Antecedentes ocupacionales	
Ocupaciones que ha desempeñado el paciente	Escolaridad 1 Grado Ama De Casa 24-09-2018 09:38
Examen Estomatológico	
Encías	Inflamada 02-01-0020 00:00 Inflamadas 27-09-0018 00:00
Historia Personal y Social	
Número de personas con quien vive	3 Personas, Esposo, Nieta Y Bisnieta 25-08-2025 10:43 Tres Personas Tres Personas 28-07-2023 08:08 Vive Con Una Nieta, 14-07-2020 11: Vive Con Una Nieta, 14-07-2020 11:05
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	No 15-12-2021 07:18
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	No 15-12-2021 07:18
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	No 15-12-2021 07:18
Vida sexual activa	Inactiva 28-07-2023 08:06
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	Urbana 28-07-2023 08:06 Urbana, Villasantana 25-08-2025 10:43
Convivencia con animales (mascotas)	Si, Gato 25-08-2025 10:43 Un Gato Y Un Loro 27-09-2018 12:44
Sabe leer	Si 25-08-2025 10:43 Si 28-07-2023 08:06
Sabe escribir	Si 25-08-2025 10:43 Si 28-07-2023 08:06
Vive solo	Vive Con El Esposo Y Dos Nietas 27-09-2018 12:44
Actividad física	Caminatas 28-07-2023 08:08

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general	**Finalidad:**	OTRA		

Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	Ama De Casa 28-07-2023 08:06
Violencia y maltrato	Niega 28-07-2023 08:06
Otros	Escolaridad 1 Grado Ama De Casa 29-03-2019 09:42
Tratamiento en el cuello	
Histerectomia	Hace 27 Años 12-04-0019 00:00
Evaluación Nutricional	
HABITOS ALIMENTARIOS:	Regimen Dietoterapeutico Adaptado A Su Estado Patologico Actual Equilibrado En Macro Y Micronutrientes E Inhaderente A Mantener Habitos Y Estilos De Vida Saludable 23-07-0021 00:00

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:

Ginecológicos

Antecedentes Ginecológicos:

Obstétricos

Antecedentes Obstétricos

TEGNOLOGÍAS BLANDAS
NO
CORRESPONDE

Histórico para Seguimiento:

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
Jul.11/2025	10:14	20	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	DANIEL ANDRES HERNANDEZ

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
					VELASQUEZ
Oct.27/2023	11:45	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	LUISA MARIA SALAZAR

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
					HURTADO
Jul.28/2023	07:56	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	LUISA MARIA SALAZAR

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
					HURTADO

EXAMEN FÍSICO:

Estado general: INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO, BUEN ASPECTO GENERAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Peso:	68 K	**Talla:** 145 cms	**Índice Masa Corporal:** 32.3 Obesic	**Perímetro abd (cms):**	100
Presión Arterial Sentada:	136/70		**Parada:** /	**Acostada:**	/
Temperatura:	36° °C Axilar			**Frecuencia Respiratoria:**	18 / min
Frecuencia Cardiaca:	72 / min		**Pulso:** 72 / min Rítmico	**Escala Glassgow:**	
Concentración de Oxígeno en el Aire Inspirado:		%		**Saturación Oxígeno:**	96 %
Glucometer:		mg/dl		**Perímetro Abdominal:**	100

Causa no toma signos:

Causa no toma medidas:

EXAMEN FÍSICO ENFERMEDADES CRONICAS

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad)	Normal
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices)	Normal
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena, exudado, papiledema, hemorragias)	Normal
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, pterigion, hipoacusia)	Normal
CUELLO (ingurgitacion yugular, soplo carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Normal
CORAZÓN (arritmia cardiaca, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punto maximo impulso cardiaco)	Normal
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares)	Normal
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Normal
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Normal
PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Normal
OSTEOMUSCULAR	Normal
MENTAL	Normal
TACTO RECTAL	No Evaluado
OTROS	

RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, COINCIDE CON PULSOS PERIFÉRICOS, SIN SOPLOS.

MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS.

MÓVILES, EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS NI LESIONES, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG.

MÓVILES, EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS NI LESIONES, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG.

CLASIFICACIÓN HIPERTENSIÓN: Presión arterial normal alta (130 - 139 / 85 - 89)

Escala de Framingham

Porcentaje de riesgo: **Riesgo corregido para Colombia:**

Clasificación:

Históricos de escala de Framingham

Fecha	Porcentaje de riesgo	Riesgo corregido para Colombia	Clasificación

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general	**Finalidad:**	OTRA		

Dic.30/2019			**Equivalente de Riesgo Alto**
Abr.27/2020			**Equivalente de Riesgo Alto**
Jun.03/2020			**Equivalente de Riesgo Alto**
Sep.09/2020			**Equivalente de Riesgo Alto**
Jun.19/2020			**Equivalente de Riesgo Alto**
Feb.03/2021			**Equivalente de Riesgo Alto**
Sep.09/2020			**Equivalente de Riesgo Alto**
Jun.15/2021			**Equivalente de Riesgo Alto**
Mar.18/2021			**Equivalente de Riesgo Alto**
Jun.16/2022			**Equivalente de Riesgo Alto**
Sep.16/2021			**Equivalente de Riesgo Alto**
Oct.19/2022			**Riesgo Moderado**
Jul.21/2022	11	8.25	**Equivalente de Riesgo Alto**
Jul.12/2023			**Equivalente de Riesgo Alto**
Ene.12/2023			**Riesgo Bajo**
Oct.12/2023	5	3.75	

Resultados Laboratorio

Función Renal

Actual

Creatinina: 1.04 Fecha: 10-09-2025
CG no corregida por SC: 50.17
CG corregida por SC: 61.3
MDRD: 54.906 CKD-EPI: 52.516
Estadio ERC (CG corregida por SC): 3A
Superficie Corporal (Dubois-Dubois) (m²): 1.593

Anterior

Creatinina: .87 Fecha: 12-09-2024
CG no corregida por SC: 58.21
CG corregida por SC: 64.45
MDRD: 67.648 CKD-EPI: 65.623
Estadio ERC (CG corregida por SC): 2
Peso Anterior (kilos): 65

DELTA POR AÑO (CG no corregida por SC)

Delta:

Interpretación:

DELTA POR MES (CG no corregida por SC)

Meses: 11 Delta: .731

Interpretación: Empeoro (Perdida Extrema)

TFG ESTIMADA PARA LA EDAD (> 60 años)

Salud Pereira
Compromiso con tu vida

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general	**Finalidad:**	OTRA		

Cockcroft-Gault.: 45 Interpretación: .731

Química

Uroanálisis: Normal Fecha: 10-09-2025
Albuminuria: 10 Fecha: 12-09-2024
Albuminuria/creatinuria: 30 Fecha: 06-10-2023
Observaciones: UROANALISIS CON BACTERIURIA, RESTO NORMAL *** MAYO 15/2025. MICROALBUMINURIA MENOR A 5 **

Perfil Lipídico

Colesterol:	196	Fecha:	10-09-2025
HDL:	30.8	Fecha:	10-09-2025
LDL:	120	Fecha:	
Triglicéridos:	226	Fecha:	10-09-2025
Potasio:	3.6	Fecha:	12-09-2024
HbA1cl:	6.9	Fecha:	10-09-2025
Glicemia:	153.6	Fecha:	10-09-2025

Hematología/Hormonas

Cuadro Hemático

Hemoglobina:	12.8	Hematocrito:	40.4
Leucocitos:	11940	Neutrofilos:	29
Linfocitos:	61.7	Plaquetas:	343000

Hormonas

TSH: 8.75 Fecha: 10-09-2025

Imagenología

Electrocardiograma: Anormal Fecha: 10-09-2025
Otros hallazgos EKG: RITMO SINUSAL FC 71, BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA ** PREVIO : SEPTIEMBRE /2024: BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA. **
Observaciones: ECOCARDIOGRAM DEL 01/02/18 VENTRICULO IZQ TAMAÑO NORMAL FE 55 % DISFUNCION DIASTGOLICA PATRAOL ALT RELAJACION ESCLEROSIS VALVUALR MITRAL LEVE INSF LEVE GRADO I/IV ESCLEROSIS VALVULAR AORTICA LEVE SIN REPERCUSION HEMODIMANMICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general	**Finalidad:**	OTRA		

CAVIDADES DERECHAS TGAMÑO NORMAL

Factores de Riesgo

Mujeres > 65 años o Hombres > 55 años? Si — Sexo masculino No — Tabaquismo: No

Historia familiar de enfermedad Cardíaca prematura (Primer Grado)? No
Mujeres < 65 Años Hombres < 55 Años

Dislipidemia (Cualquiera)? Colesterol Total > 190 mg/dL o Colesterol LDL > 115 o Colesterol HDL Mujeres < 46 mg/dL, Hombres < 40 mg/dL o Triglicéridos > 150 — Sí

Glucemia ayunas >= 100 o <= 125 mg/dL — No

Prueba de tolerancia oral a la glucosa a las 2 horas (ptog) >= 140 o <= 199 — No

Perimetro abdominal (cm): 100 — Mujeres > 88 cm, Hombres > 102 cm: Sí

Obesidad? Si — Alcohol: No

Sedentarismo? No — Total de factores de riesgo (F de R): 4

Lesión de Órgano Blanco

Hipertrofia ventricular izquierda

EKG Sokolow (35 mm) No — EKG Cornell (> 20 mm Mujeres y > 28 mm Hombres) No

Cornell voltaje / duración Mayor de 2.440 mm/ms No — Antecedente Hipertrofia ventricular izquierda No

Enfermedad carotidea por ecodoppler: Grosor de la íntima + medida > 0.9mm o placa No — Ecocardiografía No

Enfermedad renal crónica

Albuminuria: Proteínas en orina 24h 30 a 300 mg/dL — No

Relación Albuminuria / Creatinuria (>= 30 - <= 300 mg/g) — Sí

Índice brazo-tobillo por Doppler < 0.9 — No

Lesión de órgano blanco (LOB): — Sí

Diabetes mellitus (DM)

Diabetes Méllitus (DM) Si — Diagnóstivo Nuevo? No

Hemoglobina Glicosilada Controlada Si — Hemoglobina Glicosilada no Controlada No

Presión Arterial

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general	**Finalidad:**	OTRA		

Sentada		**Parada**		**Adicional**		**Promedio**	
PAS/PAD: 136	70	**PAS/PAD:**		**PAS/PAD:**		**PAS/PAD:** 136	70

VALORACIÓN VISUAL

Medición sin Anteojos

Ojo Derecho: **Ojo Izquierdo:** **Ambos:**

Medición con Anteojos

Ojo Derecho: **Ojo Izquierdo:** **Ambos:**

Observaciones:

ANALISIS:

PACIENTE EN LA OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA, CON ANTECEDENTES DESCRITOS, ASISTE A CONTROL, TIENE PARACLÍNICOS DE ESTE MES, YA DESCRITOS, AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CON SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS. TIENE RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO, TFG DE 52.5 SEGÚN CKD-EPI, HDL EN METAS, LDL FUERA DE METAS.

PARCIAL ADHERENCIA A ATORVASTATINA. SE LE INDICA LA IMPORTANCIA. SE AUMETNA AOTRVASTATINA A 40 MG NOCHE.

VALORADA POR MEDICINA INTERNA EL 7 DE ENERO DEL 2025 QUIEN INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO.
CON CONTROL POR OFTALMOLOGIA EL 21/01/2025 QUIEN FORMULA POLIETILENGLICOL 400 4 MG/ML + PROPILENGLICOL 3 MG/ML 1 GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS, DA FORMULA POR 6 MESES, INDICA CONTROL EN 6 MESES.

SE PROGRAMA CITA DE CONTROL EN 6 MESES, SE REALIZA FÓRMULA MÉDICA.

SE BRINDAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS, SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE. SE EXPLICA CLARAMENTE CONDUCTA AL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

SIGNOS DE ALARMA:
CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO DE INICIO SÚBITO, ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL, SI SE LE DESVÍA LA COMISURA LABIAL O PIERDE FUERZA EN LA EXTREMIDADES, DOLOR INTENSO, OPRESIVO EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SI VOMITA SANGRE, SI TIENE DEPOSICIONES ABUNDANTES CON SANGRE, O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA QUE LE PREOCUPE.

RECOMENDACIONES:
SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ALIMENTACIÓN RICA EN FRUTAS, VERDURAS, AGUA, CARNES BLANCAS, CAMINATA DIARIA DE 20 A 30 MINUTOS POR LO MENOS 3 VECES POR SEMANA, REALICE ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR POR LOS MENOS DOS VECES POR SEMANA , EVITAR BEBIDAS OSCURAS, EMBUTIDOS,

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

FRITOS, HIGIENE DE HÁBITO DEL SUEÑO Y POSTURAL, FOTOPROTECCIÓN, CUIDADOS PARA LA SALUD VISUAL Y AUDITIVA , RIESGO DEL CONSUMO DE SPA , EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO.

DIAGNOSTICOS:

			TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	Confirmado repetido
Adherencia a la Guía: Si			
Relacionado 1	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado repetido
Adherencia a la Guía: Si			
Relacionado 2	E785	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	Confirmado repetido
Adherencia a la Guía: Si			
Relacionado 3	E669	OBESIDAD NO ESPECIFICADA	Confirmado repetido
Adherencia a la Guía: Si			

CONDUCTA:

Medicamentos

ATORVASTATINA 40MG TABLETA RECUBIERTA	40MG	TABLETA RECUBIERTA	TOMAR VIA ORAL 1 TABLETA CADA NOCHE VIA ORAL	180	(CIENTO OCHENTA)
METFORMINA CLORHIDRATO 850MG TABLETA RECUBIERTA	850MG	TABLETA RECUBIERTA	TOMAR UNA TABLETA CON EL DESAYUNO, Y OTRA CON ALMUERZO VIA ORAL	360	(TRESCIENTOS SESENTA)
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA	25MG	TABLETA	TOMAR UNA TABLETA AL DIA,ENCIMA DEL DESAYUNO VIA ORAL	180	(CIENTO OCHENTA)
LOSARTAN POTASICO 50MG TABLETA RECUBIERTA	50MG	TABLETA RECUBIERTA	TOMAR 1 TABLETA ENCIMA DE DESAYUNO Y 1 TABLETA ENCIMA DE COMIDA VIA ORAL	360	(TRESCIENTOS SESENTA)
AMLODIPINO BESILATO 5MG TABLETA	5MG	TABLETA	TOMAR 1 TABLETA ENCIMA DE DESAYUNO Y 1 TABLETA ENCIMA DE COMIDA VIA ORAL	360	(TRESCIENTOS SESENTA)

Orden de laboratorio

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - CONTROL EN 6 MESES

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO -

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU

TRIGLICERIDOS + -

UROANALISIS -

COLESTEROL TOTAL -

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA -

HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA -

MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL -

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS -

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

INDICACIONES:

Consuma una dieta baja en azucares y procure consumir 5 porciones de fruta o verduras al día.
Reduzca al máximo el consumo de sal y de alimentos ricos en grasa.
Consulte inmediatamente si presenta: visión borrosa, doble o ceguera transitoria, sensación continúa de vértigo o mareo, desmayo o pérdida de la conciencia, dolor en el pecho o dificultad para respirar, perdida de sensibilidad o fuerza en alguna parte del cuerpo
Si usted presenta obesidad o sobrepeso se recomienda bajar de peso.
Se recomienda realizar actividad física al menos 2 horas a la semana, le ayudará a controlar el peso y a combatir el estrés.
Si usted consume cigarrillo, licor o sustancias psicoactiva, se sugiere la suspensión inmediata de los mismos.
Cuide sus pies, no camine descalzo, no use sandalias ni zapatos apretados.
Asista cumplidamente a sus citas de seguimiento según la hora y fecha asignada.
Si alguno de los medicamentos le genera malestar, alergia o intolerancia, solicite una cita antes del control que le asignaron.
No se auto medique.
Realizar el monitorieo en casa de la glicemia
Es importante tener buenos habitos de vida: ejercicio frecuente, dieta baja en grasas, azucar y sal, dieta rica en frutas y verduras, no fumar, no tomar licor
Procure combatir el estrés realizando actividades recreativas, ejercicios de respiración.
Recuerde presentar siempre la última fórmula de medicamentos.
Consulte inmediatamente si presenta: dolor de cabeza intenso que no cede al consumo de analgésico, visión borrosa, visión doble o ceguera transitoria, sangrado por la nariz, piernas o cara hinchada, mareo constante que le impide realizar las actividades de su vida diaria, dolor fuerte en el pecho, opresivo o con dificultad para respirar.
No falte a sus citas de control, asista a los especialistas a donde sea remitido y realice los exàmenes que el mèdico le solicite.
Se recomienda automonitoreo de la presión arterial en casa.
Evitar el consumo de grasa: chicharrón, chorizo, morcilla, vísceras, carnes gordas, carnes frías y fritos.
Evitar el consumo de pasta hojaldrada, gratinados, manteca, leche entera, crema de leche, queso crema.
Evitar consumo de mantequilla, quesito o queso.
Procure cocinar con aceite canola, girasol, oliva.
Procure consumir leche descremada, cuajada.
Realice ejercicio al menos 30 minutos todos los días.
No se auto medique, tome el medicamento como se le ordeno, no suspenda, disminuya o aumente el medicamento sin orden médica.
Cumpla las instrucciones dadas por el médico en la consulta.
Evitar el consumo de harinas y dulces
Procure consumir alimentos cocidos o asados.
NIÑOS: Usted deberá traer a su hijo cada 30 días durante tres meses para seguimiento, por lo menos hasta que su hijo recupere o se acerque a su peso normal.
NIÑOS/ADULTOS: Promueva la actividad física, prefiera los juegos al aire libre, si es posible practique algún deporte.
NIÑOS/ADULTOS: Modifique los hábitos alimenticios, promueva el consumo de frutas y verduras. Las carnes deben ser asadas y en lo posible disminuya el consumo de fritos. Si necesita orientación nutricional, solicite una cita en la Unidad Hospitalaria más cercana o pregunte por programas de la oferta municipal que ofrecen este tipo de asesoría.
ADULTOS: Disminuya el consumo de harinas (arroz, papa, yuca, plátano, pastas, buñuelos, empanadas, parva, mecato) así: una al desayuno, una al almuerzo y una a la comida.
ADULTOS: Realice ejercicio al menos 30 minutos todos los días.
ADULTOS: Consuma las tres comidas básicas de manera modera, la comida de la noche hacerla en poca cantidad y procurar no consumir

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN:	11020 Centro de Salud Villa Santana				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO**				
Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	24.942.758	**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	89	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	10:18
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

carne.
ADULTOS: Si desea recostarse luego de las comidas debe hacerlo luego de pasada una hora y media.
ADULTOS: No consuma ningún licor (cerveza, aguardiente, ron, entre otros).
NIÑOS/ADULTOS: Evite el consumo de azúcar y sus derivados (panela, dulces, entre otros).

ESTEFANIA MONTOYA FRANCO
CC 1.088.263.408 Registro: 1088263408
MEDICINA GENERAL

NOTA ACLARATORIA:

SE FORMULA PARA IVU, POR ORINAS FETIDAS Y UROANALISIS SUGESTIVO

Medicamentos

NITROFURANTOINA 100MG TABLETA, Miligramos cada -

ESTEFANIA MONTOYA FRANCO
CC 1.088.263.408 Registro: 1088263408
MEDICINA GENERAL

Registro:

CENTRO DE ATENCIÓN: 12010 Hospital del Centro

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	91	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	11:32
Causa externa:		**Finalidad:**			

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	DESDE 1995 24-09-2018 09:37 HCTZ 25 X1AMLODIPINO 5 X 2LOSARTAN 50 X 2 09-07-2024 17:00 SI 02-01-2020 10:16 SI 25-08-2025 10:41
Diabetes mellitus	DESDE 2014 24-09-2018 09:37 METFORMINA 850 X 2 09-07-2024 17:00 SI 02-01-2020 10:16 SI 25-08-2025 10:41
Otros	OBESIDAD 24-09-2018 09:37
Dislipidemias	DESDE 1995 24-09-2018 09:37 SI 25-08-2025 10:41

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	OOFORECTOMIA DERECHAHISTERECTOMIAHERNIORRAFIA UMBILICALRESECCION NEVUS PIEL 24-09-2018 09:37

Antecedentes Traumáticos

Otros	NIEGA 24-09-2018 09:38

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos	NIEGA 15-12-2021 07:18
Plumas	NIEGA 15-12-2021 07:18
Jabones	NIEGA 15-12-2021 07:18
Polvo	NIEGA 15-12-2021 07:18
Frío	NIEGA 15-12-2021 07:18
Medicamentos	NIEGA 15-12-2021 07:18
Otros	NIEGA 24-09-2018 09:38 PACIENTE NIEGA 25-08-2025 10:43

Antecedentes familiares

Hipertensión arterial	HERMANOS Y HERMANAS 25-08-2025 10:42
Diabetes mellitus	HERMANOS Y HERMANAS 25-08-2025 10:42 MADRE (FALLECIO) 02-01-2020 10:17
Otros	MAMA CORAZON TIA IAM 24-09-2018 09:38

Antecedentes ocupacionales

Ocupaciones que ha desempeñado el paciente	ESCOLARIDAD 1 GRADO AMA DE CASA 24-09-2018 09:38

Examen Estomatológico

Encías	INFLAMADA 02-01-0020 00:00 INFLAMADAS 27-09-0018 00:00

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive	3 PERSONAS, ESPOSO, NIETA Y BISNIETA 25-08-2025 10:43 TRES PERSONAS 28-07-2023 08:08 vive con una nieta, 14-07-2020 11:05
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	NO 15-12-2021 07:18
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NO 15-12-2021 07:18
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	NO 15-12-2021 07:18

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
VACUNACION

CENTRO DE ATENCIÓN: 12010 Hospital del Centro
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO
Documento: CC 24.942.758
Fecha nacimiento: Nov.27/1949
Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Número de Ficha: 20477
Atención: 91
Causa externa:
Edad: 75 Años
Télefono: 3135117039
Fecha: Sep.16/2025
Finalidad:
H.C. 24942758
Sexo: Femenino
Ciudad: PEREIRA
Etnia: Otros
Nivel: Nivel 1
Hora: 11:32

Vida sexual activa	INACTIVA 28-07-2023 08:06
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	URBANA 28-07-2023 08:06 URBANA, VILLASANTANA 25-08-2025 10:43
Convivencia con animales (mascotas)	SI, GATO 25-08-2025 10:43 UN GATO Y UN LORO 27-09-2018 12:44
Sabe leer	SI 25-08-2025 10:43
Sabe escribir	SÍ 28-07-2023 08:06 SI 25-08-2025 10:43 SÍ 28-07-2023 08:06
Vive solo	VIVE CON EL ESPOSO Y DOS NIETAS 27-09-2018 12:44
Actividad física	CAMINATAS 28-07-2023 08:08
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	AMA DE CASA 28-07-2023 08:06
Violencia y maltrato	NIEGA 28-07-2023 08:06
Otros	ESCOLARIDAD 1 GRADO AMA DE CASA 29-03-2019 09:42

Tratamiento en el cuello

Histerectomia	HACE 27 AÑOS 12-04-0019 00:00

Evaluación Nutricional

HABITOS ALIMENTARIOS:	regimen dietoterapeutico adaptado a su estado patologico actual equilibrado en macro y micronutrientes e inhaderente a mantener habitos y estilos de vida saludable 23-07-0021 00:00

TECNOLOGÍAS BLANDAS
NO CORRESPONDE

Histórico para seguimiento

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
Jul.11/2025	10:14	20	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	DANIEL ANDRES HERNANDEZ VELASQUE
Oct.27/2023	11:45	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	LUISA MARIA SALAZAR HURTADO
Jul.28/2023	07:56	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	LUISA MARIA SALAZAR HURTADO

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
VACUNACION

CENTRO DE ATENCIÓN: 12010 Hospital del Centro
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO

Documento:	CC 24.942.758			**H.C.**	24942758
Fecha nacimiento:	Nov.27/1949	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2	**Télefono:**	3135117039	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	20477			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	91	**Fecha:**	Sep.16/2025	**Hora:**	11:32
Causa externa:		**Finalidad:**			

EXAMEN FÍSICO:

Inspeccion General

Peso:	K	**Talla:**	cms	**Índice Masa Corporal:**	
Presión Arterial Sentada:	/	**Parada:**	/	**Acostada:**	/
Temperatura:	° °C Axilar			**Frecuencia Respiratoria:**	/ min
Frecuencia Cardiaca:	/ min	**Pulso:**	/ min Rítmico	**Escala Glassgow:**	
Concentración de Oxígeno en el Aire Inspirado:	%			**Saturación de Oxígeno:**	%
Glucometer:	mg/dl			**Perimetro Abdominal:**	

ANALISIS:

INFLUENZA ADULTO
USUARIO(A) QUE ASISTE AL CONSULTORIO DE VACUNACIÓN, REFIERE ESTAR BIEN DE SALUD SE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL ÁREA
SE LE APLICA LA INFLUENZA DOSIS ANUAL
SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS POSTVACUNALES, EGRESA EN BUENAS CONDICIONES.

DIAGNOSTICOS:

			TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	Z251	NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA INFLUENZA [GRIPE]	Confirmado nuevo

Incapacidad? No **Prorroga?** No

INDICACIONES:

TRAIGA SIEMPRE EL CARNE DE VACUNAS.
NO ALTERE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN PROGRAMADO.
ATIENDA LAS RECOMENDACIONES DADAS POR EL PERSONAL DE SALUD.

PAULA ANDREA ZAPATA

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
VACUNACION

CENTRO DE ATENCIÓN: 12010 Hospital del Centro
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA BERENICE MARIN DE CASTRO
Documento: CC 24.942.758 H.C. 24942758
Fecha nacimiento: Nov.27/1949 Edad: 75 Años Sexo: Femenino
Dirección: MZA 1 CASA 5 VERACRUZ 2 Télefono: 3135117039 Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Etnia: Otros
Número de Ficha: 20477 Nivel: Nivel 1
Atención: 91 Fecha: Sep.16/2025 Hora: 11:32
Causa externa: Finalidad:

CC 42.126.103 Registro: 000
AUXILIAR ENFERMERIA

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-37 Versión: 01 Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: María Berenice Marín | EAPB: Asmet Salud

N° identificación del adulto: 24' 942 758 | Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 1 Casa 5 | Cel: 313 511 7039

T/A: tensión arterial (mm hg) **FC:** Frecuencia cardiaca x min SAT02: Saturacion de oxigeno **FR:** Frecuencia respiratoria x min **T°C°:** Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
0-07-25	08:00	135/78	73	97	18	35.7	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
1-07-25	10:15	142/80	74	98	17	36.2	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
5-07-25	11:25	153/73	76	97	18	35.9	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
10-07-25	11:00	128/80	73	97	22	35.1	T. Signos Vitales	Sandra Ibarra

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
		Versión: 1
VALORACION DEL ESTADO DE SALUD		Código: MGO-02-48
		Vigencia: 03-2025

Fecha de valoración: 26 Septiembre 2025.

Nombre del paciente: María Belcruz Marín

Identificación del Paciente: 24 942 758 **Ocupación:** Ama de casa

Fecha de Nacimiento: 27 Noviembre 1949 **Edad:** 75 años.

- Quienes forman su hogar 4 personas - (Esposo - Nietos - Sobrina)
- Antecedentes Patológicos Hipertensión - Diabetes - Dislipidemia
- Discapacidad Mental NO.
- Antecedentes Familiares Hipertensión - Diabetes - Dislipidemia.
- Ultimo control médico 16 Septiembre 2025 -
- Ayudas técnicas: audífono — lentes — Placa dentaria 2 Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis — Marcapasos — Otro: —
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol + tabaco — drogas — frecuencia: —
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Hidroclorotiazida - Amlodipino
Dosis: 1 diaria
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____
Nombre del medicamento Metformina - Losartan.
Dosis: 1 diaria.
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____
Nombre del medicamento Atorvastatina.
Dosis: 1 diaria.
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____

• SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD	
¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural __ Buena X Muy Buena __
¿Por qué suele acudir al médico?	Controles - Revisiones
¿Confía en las opiniones médicas?	Regular.

• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES						
PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	X	FRECUENCIA	
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	X	FESCUENCIA	
¿Se diente apoyado y comprendido por su familia?	SI	X	NO		¿POR QUÉ?	
FAMILIARES						
¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Buena.					
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Regular.					
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Si					
¿Participa de reuniones familiares?	NO.					
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	NO.					

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: MGO-02-48
Vigencia: 03-2025

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

SOCIALES

¿Tiene amigos? NO.
¿Con que frecuencia comparte con ellos? Nunca
¿Hace parte de algún grupo? Centro vida oriente.

- **SEXUALIDAD**

MUJER

¿tiene vida sexual activa? Si ___ No X
Última menstruación Hace 48 años.
Ultima citología 6 años.
¿Se practica examen de seno? Si X No ___
Por qué Control.

HOMBRE

¿tiene vida sexual activa? Si ___ No ___
¿Presenta alguna lesión en los genitales Si ___ No ___
¿Presenta secreciones inusuales? Sí ___ No ___
¿Se ha realizado examen de próstata? Si ___ No ___
Por qué ___

- **ELIMINACIÓN**

¿Presenta dificultad para orinar? Si ___ No X
¿Con que frecuencia orina? Normalmente
¿Despierta en la noche para orinar? Si X No ___ A veces ___
¿Color inusual? Si ___ No X cual ___
¿Olor inusual? Si X No ___ cual Fuerte
¿Presenta retención de la orina? Si ___ No X A veces ___
¿Salida involuntaria de la orina? Si ___ No X A veces ___
¿Presenta dolor al orinar? Si ___ No X A veces ___

¿Presenta dificultad al defecar? Si ___ No X
¿Con que frecuencia realiza deposición? Todos los días.
¿Salida involuntaira? Si ___ No X A veces ___
¿ultiza ayudas para defecar? Si ___ No X A veces ___
Cual ___

- **SUEÑO**

¿Cuántas horas duerme? 7 horas.
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO.
¿sufre de insomnio? NO.

- **ACTIVIDAD FISICA**

¿Presenta fatiga? Si ___ No X ¿con que actividad? ___
¿Presenta dolor en el tórax? Si ___ No X ¿Cuándo? ___
¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si ___ No X
¿Cuándo? ___

- **SIGNOS VITALES**

Frecuencia cardiaca	83	Frecuencia respiratoria	20	Presión arterial	152/78

- **NIVEL DE MOVILIDAD**

Completamente inmóvil ___
Muy limitado ___
Ligeramente limitado ___
No requiere ayuda X

- **CAÍDAS**

Teme usted caerse si ___ no X

Ha presentado caídas en el último año si ___ no X cuántas ___

Lugar de la caída: dentro de la casa ___ fuera de la casa ___

Causa de la caída: ¿se tropezó? ___ ¿se mareó? ___ ¿se deslizó? ___

Tiempo en segundos de permanencia en el piso ___

Necesitó ayuda para levantarse si ___ no ___

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si ___ no ___ lugar de la consulta ___

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
VALORACION DEL ESTADO DE SALUD		Versión: 1 Código: MGO-02-48 Vigencia: 03-2025

OBSERVACIONES: Usuaria tranquila, amable, participativa. en buenas condiciones aparentes y buenos hábitos de higiene.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Dx Diabetes mellitus tipo II, hipertensión – Dislipidemia.

Tratamiento farmacologico oral al dia

controles mensual de seguimiento al dia,

valoracion por enfermeria mensual de

signos vitales.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Sandra Milena Ibarra B.

Cargo: Auxiliar Enfermeria

Firma: Sandra M. Ibarra B.

Firma o huella paciente: Maria Berrio Marin

Powered by CamScanner

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-37 Versión: 01 Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: María Berenice Marín | EAPB: Asmet Salud

N° identificación del adulto: 24' 942 758 | Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 1 Casa 5 | Cel: 313 511 7039

T/A: tensión arterial (mm hg) **FC:** Frecuencia cardiaca x min SAT02: Saturacion de oxigeno **FR:** Frecuencia respiratoria x min **T°C°:** Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
10-07-25	08:00	135/78	73	97	18	35.7	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
11-07-25	10:15	142/80	74	98	17	36.2	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
15-07-25	11:25	153/73	76	97	18	35.9	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Maria Berenice Marin

CEDULA: 24' 942. 758 | EDAD: 76 años

DIRECCION RESIDENCIA: Mz 1 Casa 5 | TELEFONOS: 313 511 70 39

EAPB: Aomet Salud. | GRUPO: Amarillo. | JORNADA: Mañana

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
10-07-25	Usuaria Centro Vida Oriente que se le hace Seguimiento de Hipertención se hace toma de signos Vitales que se encuentra alta (135/78)	Aux. Diana Galeano.
11/07-25	Usuaria Centro Vida Oriente que se le realiza seguimiento segundo dia Hipertensión alta (142/80)	
15/07/25	Usuaria Centro Vida Oriente se realiza tercer dia de seguimiento de Hipertension Alta (153/73) Se recomienda Visita Para Valoracion Con medicina general despues de encontrar 3 dias seguidos encontrando los Valores altos.	

Powered by CamScanner

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
6	11	2024

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Maria Berenice Marin
DOCUMENTO	24 92127 58
GRUPO	Mañana

OBJETIVO DE LA PRUEBA: Evaluar el nivel de conocimientos y razonamiento del Adulto Mayor al ingresar al Programa de Alfabetización del Área Educativa del Centro Vida – Comuna Oriente y su grado devolución al término de cada Ciclo Educativo.

1. Encierre en un círculo las letras.

U 6 ¿ m @ t # 200 b 3 + v 4 Y 7 %

2. Escriba una palabra con cada una de las letras que encerró:

Uva, madera
madera
alarma

Tetera vidrio
bandera
yema

3. Complete la tabla con los números que hacen falta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

4. Resuelve las Operaciones.

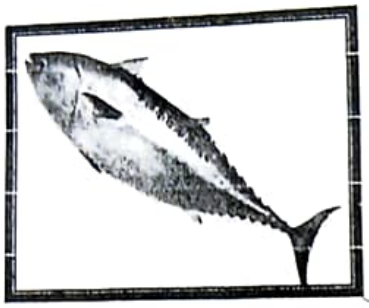
7 +2 9	17 +39 56	9 -3 6	51 -35 01

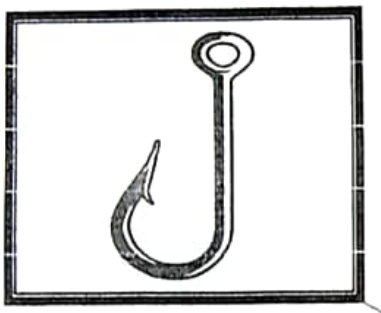
5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

13	68	4	19	25	11	5	7	46	34
4	5	7	11	13	19	25	34	34	46

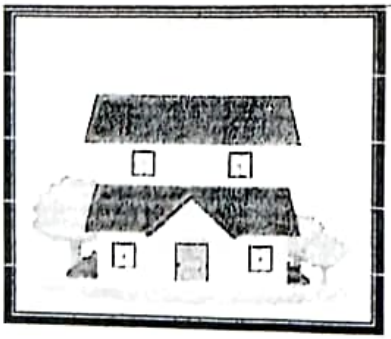
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









ESTATUA

CASA

PESCADO

ANZUELO

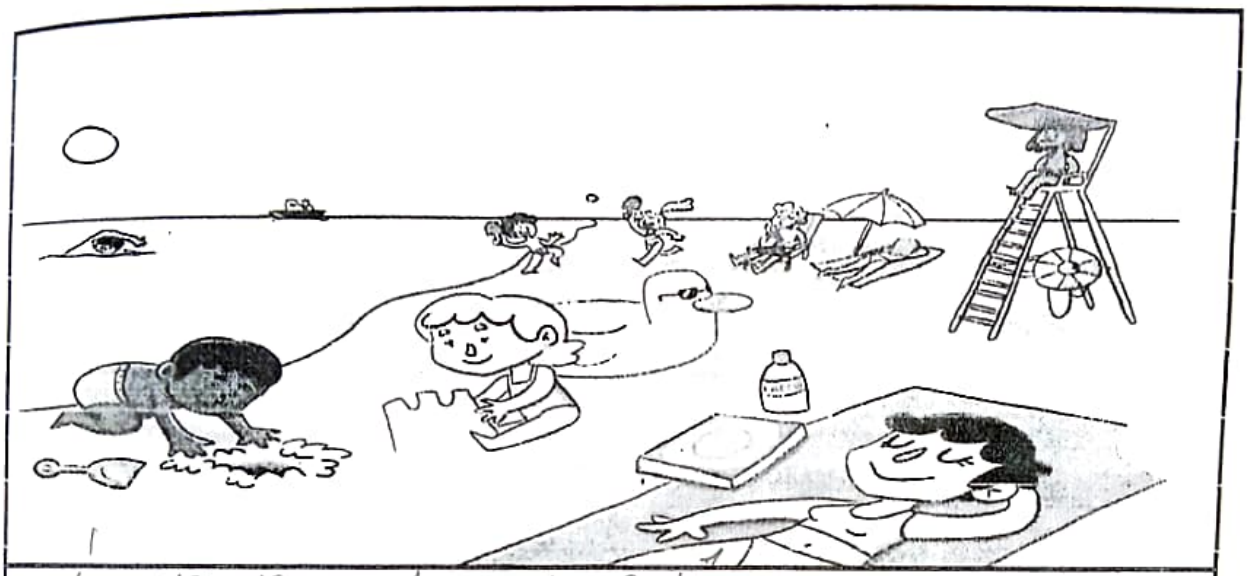
7.

8.

EXITO

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

7. ESCRIBA EN LAS LÍNEAS LAS ACCIONES QUE REALIZAN LOS NIÑOS EN EL DIBUJO.



el esta Tomando el Sol
el niño esta jugando en la arena
la niña esta asiendo un castillo de arena
la señora esta en la escala para
TiRaRse al agua
los niños estan Tomando el Sol
los jobenes estan jugando con RRaqueta

8. Julio tenia $40.000 pesos que se ganó por la venta de unos floreros de barro, fue a la plaza y compro dos libras de pescado por $8.000 y un paquete de arepas por $2.000 ¿Cuánta Plata le Sobro?

PROCEDIMIENTO	RESPUESTA
40.000 -10.000 30000	al niño le SobRaBa $30.000

EXITOS!

Alcaldía PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2

PROFESIONAL	FIRMA
Bayer Antonio Rolón villamil	
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	7/11/2024

NOTAS Y OBSERVACIONES:

tiene habilidades de lecto-escritura y de operaciones matematicas.

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
8	9	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Daira Berenice Arias
DOCUMENTO	CC 24 942 758
GRUPO	Amarillo

OBJETIVO DE LA PRUEBA: Evaluar el nivel de conocimientos y razonamiento del Adulto Mayor al ingresar al Programa de Alfabetización del Área Educativa del Centro Vida – Comuna Oriente y su grado devolución al término de cada Ciclo Educativo.

1. Encierre en un círculo las letras.

U 6 ¿ m @ t # 200 b 3 + v 4 Y 7 %

2. Escriba una palabra con cada una de las letras que encerró:

uva
manantial
tenedor

3. Complete la tabla con los números que hacen falta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

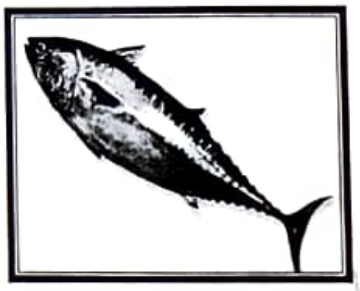
4. Resuelve las Operaciones.

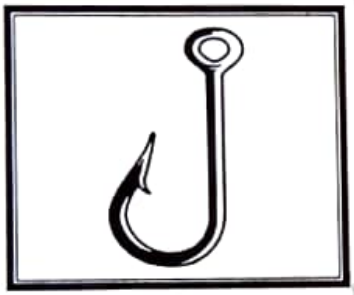
7 +2 9	17 +39 56	9 -3 6	51 -35

5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

13	68	4	19	25	11	5	7	46	34
4									

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









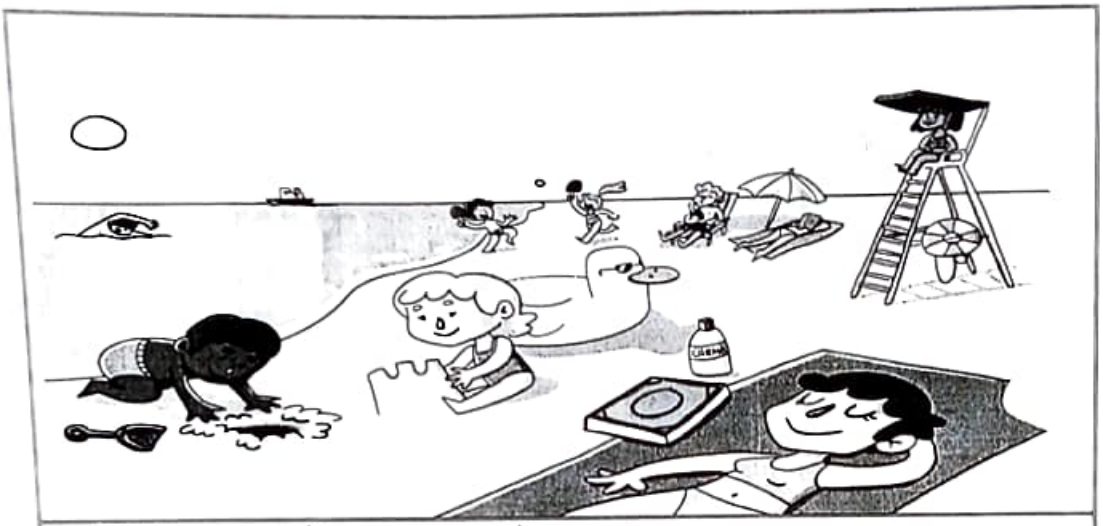
ESTATUA

CASA

PESCADO

ANZUELO

7. ESCRIBA EN LAS LÍNEAS LAS ACCIONES QUE REALIZAN LOS NIÑOS EN EL DIBUJO.



El niño esta jugando en agua
la niña está jugando con rompe cabezas
el pato esta nadando
la sabana se esta Relajando
la niña esta en el trampolin
los niños juegan con Raqueta

8. Julio tenia $40.000 pesos que se ganó por la venta de unos floreros de barro, fue a la plaza y compro dos libras de pescado por $8.000 y un paquete de arepas por $2.000 ¿Cuánta Plata le Sobro?

PROCEDIMIENTO	RESPUESTA
Tengo 40.000 y me gaste 10.000	me quedan 30.000 pesos

EXITOS!

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

PROFESIONAL	FIRMA
Claudia Patricia Corrales Villa Andrea Arias Mendez	Claudia Corrales
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	08 septiembre / 2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

La usuaria presenta conocimientos en comunicación pero debe reforzar pensamiento matemático.

(BUENO)

CENTRO VIDA – ORIENTE PEREIRA – C.V.O.P
Calle 4 # 8 - 03 – Comuna Villavicencio - Cel +57 320 688 9146 - Pereira-Risaralda
E-mail: multisercta@gmail.com

12 AM

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

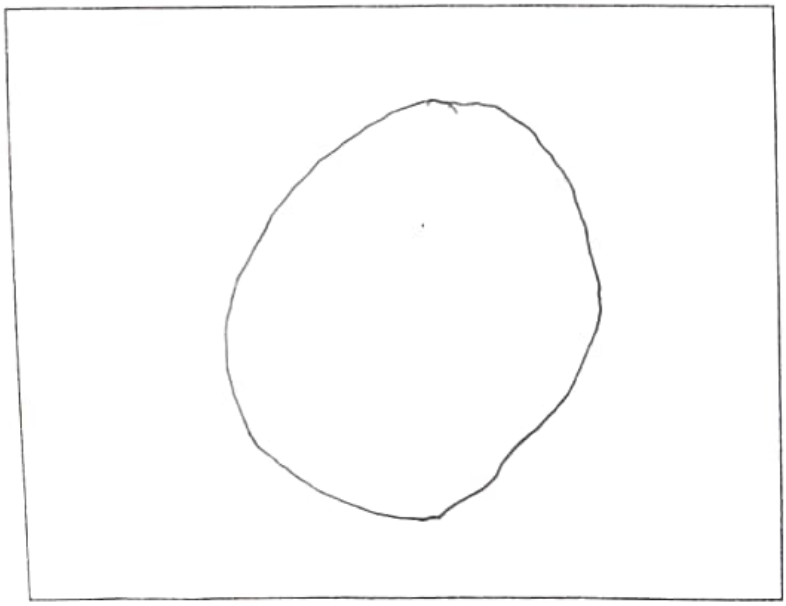
FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
11	9	2024

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Daria Bonilla Dini. Hernandez
DOCUMENTO	24 942 758 pereira
GRUPO	Mañana

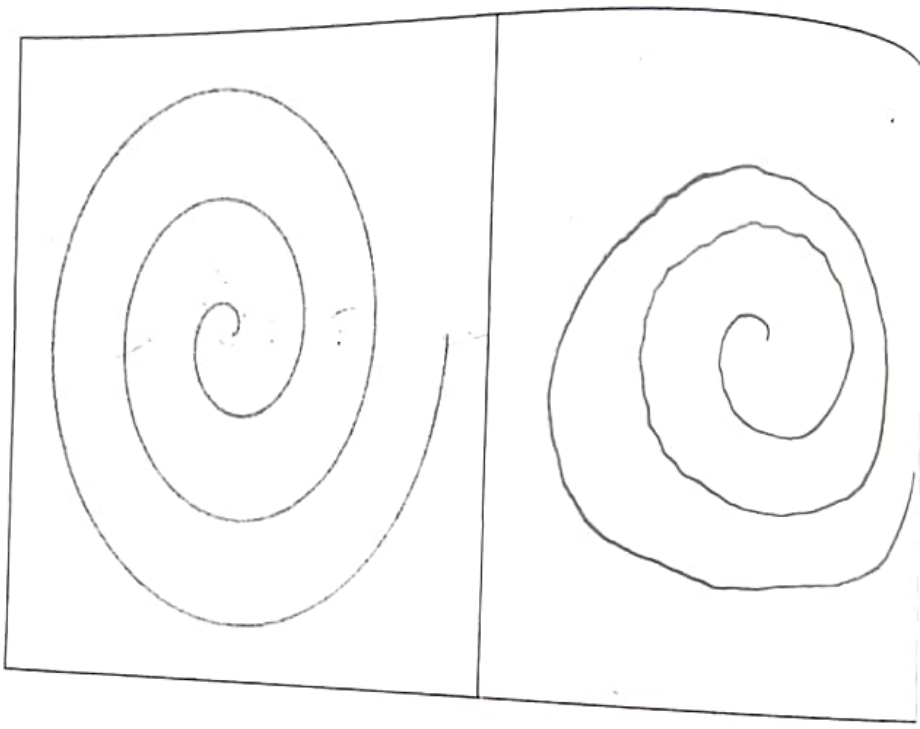
OBJETIVO DE LA PRUEBA: determinar las destrezas y habilidades del Adulto Mayor y seguir su proceso en el programa.

1. Dentro del siguiente espacio dibuje un círculo



PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL

2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



3. Escriba 2 usos que usted le daría a los siguientes objetos:

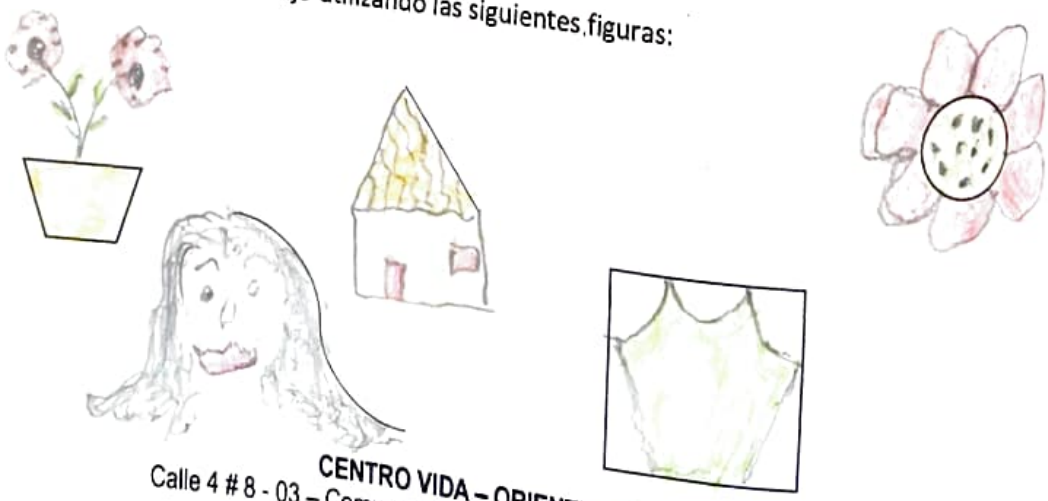
Periódico

lo utilizo
limpiar vidrio
tendida de zapatos

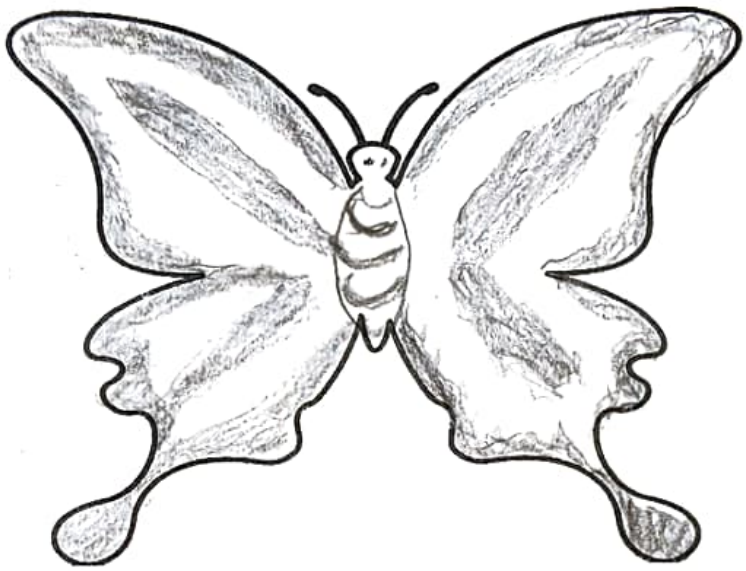
botella plástica

para agua
las relleno de
utilizo mater

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:



5. Pinte el dibujo con un lápiz de color sin salirse de los bordes.



6. Con la ayuda de una aguja, punce sobre las líneas.



7. Señale con una x los colores primarios :



Alcaldía PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL

8. Una manualidad y una artesanía son lo mismo ya que las dos se hacen con la

☐ Falso
☒ Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
Bauer Antonio Reina Silvia Mejía Gomez	
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	

NOTAS Y OBSERVACIONES:

TIENE HABILIDAD DE DESTREZA PARA REALIZAR MANUALIDADES.

Adaptada por: Claudia Azucena Batero
Área Actividades Produ

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	ESCALA DE FUERZA MUSCULAR - MRC	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 12 M: 06 A: 2025	Maria Berenice Marin	Mariana Vargas Lopez

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	derecha	izq
Abducción de hombro	4	4 = 8
Flexión de codo	4	4 = 8
Extensión de muñeca	4	4 = 8
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	4	4 = 8
Extensión de rodilla	4	4 = 8
Dorsiflexión de tobillo	4	4 = 8
PUNTAJE TOTAL		48

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

0. Sin contracción muscular
1. Vestigio de contracción muscular
2. Movimiento activo sin gravedad
3. Movimiento activo contra la gravedad
4. Movimiento activo contra la gravedad y la resistencia
5. Movimiento activo contra la gravedad y la resistencia máxima

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Fuerza muscular global conservada, fuerza suficiente para realizar la mayoria de AVD sin ayuda, aunque con limitaciones en esfuerzos intensos. Se recomienda realizar ejercicios de fuerza muscular para mantenerla.

Scanned with CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
Mini-BESTest **"Evaluación de los Sistemas de Equilibrio"**		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 12 M: 06 A: 2023	Mario Berenice Marin	Mariana Vargas Lopez

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

Instrucción: "Cruce los brazos sobre el tórax". Intente no usar las manos salvo que lo necesite. No deje que sus piernasse apoyen contra el borde de la silla cuando esté de pie. Por favor, ahora póngase de pie.

- [x] **(2) Normal:** Se pone de pie sin usar las manos y se estabiliza independientemente.
- [ ] **(1) Moderado:** Se pone de pie USANDO sus manos en el primer intento.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz de ponerse de pie desde la silla sin ayuda de un asistente O precisa de varios intentos con la ayuda de sus manos.

2. PONERSE DE PUNTILLAS

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros. Coloque sus manos en sus caderas. Intente ponerse tan alto como pueda de puntillas. Contaré en voz alta hasta 3. Intente mantenerse en esa posición al menos 3 segundos. Mire al frente. Levante ahora."

- [x] **(2) Normal:** Estable durante 3 segundos con la altura máxima.
- [ ] **(1) Moderado:** Levanta los talones, pero no con el rango máximo (más pequeño que cuando se sujeta con las manos) o notable inestabilidad durante 3 s.
- [ ] **(0) Grave:** < 3 s.

3. APOYO MONOPODAL

Instrucción: "Mire al frente. Mantenga las manos en sus caderas. Póngase a la pata coja (levantando su pierna hacia atrás). No toque con su pierna elevada la pierna de apoyo. Permanezca sobre la pierna tanto como pueda. Mire al frente. Levante ahora."

IZDA: Tipo en S	Prueba 1:	Prueba 2:	DCHA: Tipo en S	Prueba 1:	Prueba 2:
[ ]	(2) Normal: 20 s		[ ]	(2) Normal: 20 s	
[x]	(1) Moderado: < 20 s		[x]	(1) Moderado: < 20 s	
[ ]	(0) Grave: Incapaz		[ ]	(0) Grave: Incapaz	

Para registrar cada lado por separado use la prueba de mayor duración. Para calcular la subpuntuación y la puntuación total use el lado [izdo. o dcho.] con la puntuación numérica más baja [el lado peor].

Scanned with CamScanner

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros, brazos a los lados. Inclínese hacia delante apoyándose en mis manos más allá de sus límites anteriores. Cuando lo suelte haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

- [x] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso O podría caer si no fuera cogido O cae de manera espontánea.

5. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA ATRÁS

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros, brazos a los lados. Inclínese hacia detrás contra mis manos más allá de sus límites posteriores. Cuando lo suelte haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

- [x] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso O podría caer si no fuera cogido O cae de manera espontánea.

6. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- LATERAL

Instrucción: "De pie con los pies juntos, brazos a los lados. Inclínese hacia mi mano más allá de sus límites laterales. Cuando lo suelte, haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

Izquierda		Derecha	
[x]	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto	[x]	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto
[ ]	**(1) Moderado:** Varios pasos para recuperar el equilibrio	[ ]	**(1) Moderado:** Varios pasos para recuperar el equilibrio
[ ]	**(1) Grave:** Caída o no puede dar el paso	[ ]	**(0) Grave:** Caída o no puede dar el paso

Use el lado con la puntuación más baja para calcular la subpuntuación y la puntuación total.

Scanned with CamScanner

ORIENTACIÓN SENSORIAL **SUBPUNTUACIÓN: /6**

7. DE PIE (PIES JUNTOS); OJOS ABIERTOS, SUPERFICIE FIRME

Instrucción: "Coloque sus manos en sus caderas. Coloque sus pies juntos hasta que casi se toquen. Mire al frente. Permanezca tan estable como sea posible, hasta que yo diga que pare."

Tiempo en segundos:

- [x] **(2) Normal:** 30 s.
- [ ] **(1) Moderado:** < 30 s.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz.

8. DE PIE (PIES JUNTOS); OJOS CERRADOS, SUPERFICIE GOMAESPUMA

Instrucción: "Póngase en la gomaespuma. Coloque sus manos en las caderas. Coloque sus pies tan juntos que casi se toquen. Permanezca tan estable como sea posible, hasta que le diga que pare. Comenzaré a cronometrar cuando cierre susojos".

Tiempo en segundos:

- [x] **(2) Normal:** 30 s.
- [ ] **(1) Moderado:** < 30 s.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz.

9. INCLINADO - OJOS CERRADOS

Instrucción: "Sitúese en la rampa inclinada. Coloque los dedos de sus pies en la parte más elevada de la rampa. Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros y sus brazos abajo a ambos lados del cuerpo. Comenzaré a cronometrar cuando cierre sus ojos."

Tiempo en segundos:

- [x] **(2) Normal:** Bipedestación independiente 30 s y se alinea con la gravedad.
- [ ] **(1) Moderado:** Bipedestación independiente <30 s O se alinea con la superficie.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz.

MARCHA DINÁMICA **SUBPUNTUACIÓN: /10**

10. CAMBIO EN LA VELOCIDAD DE MARCHA

Instrucción: "Comience a caminar a su velocidad normal. Cuando le diga "más rápido", camine tan rápido como pueda. Cuan-do le diga "lento", camine muy lentamente."

- [x] **(2) Normal:** Cambios significativos en la velocidad de marcha sin desequilibrio.
- [ ] **(1) Moderado:** Incapaz de cambiar la velocidad de marcha o signos de desequilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz de realizar cambios significativos en la velocidad de marcha Y signos de desequilibrio.

Scanned with CamScanner

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

Instrucción: "Comience caminando a su velocidad habitual. Cuando le diga "derecha", gire su cabeza y mire hacia la derecha. Cuando le diga "izquierda", gire su cabeza y mire hacia la izquierda. Intente mantenerse caminando en línea recta".

- [x] **(2) Normal:** realiza los giros de cabeza sin cambios en la velocidad de marcha y con buen equilibrio.
- [ ] **(1) Moderado:** realiza giros de cabeza con disminución de la velocidad de marcha.
- [ ] **(0) Grave:** realiza giros de cabeza con desequilibrio.

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

Instrucción: "Comience caminando a su velocidad habitual. Cuando le diga "gire y pare", dé la vuelta tan rápido como pueday pare. Después del giro sus pies deben estar próximos."

- [x] **(2) Normal:** gira con los pies próximos RÁPIDO (< 3 pasos) con buen equilibrio.
- [ ] **(1) Moderado:** Gira con los pies próximos DESPACIO (>4 pasos) con buen equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** No puede girar con los pies próximos a ninguna velocidad sin desequilibrio.

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

Instrucción: "Comience caminando a su velocidad habitual. Cuando le diga "a la caja", pase por encima de ella, no alrededory siga caminando".

- [x] (2) Normal: Capaz de pasar por encima de la caja con cambio mínimo en la velocidad de marcha y con buen equilibrio
- [ ] (1) Moderado: Pasos por encima de la caja, pero la toca O lo hace con prudencia enlenteciendo la marcha.
- [ ] (0) Grave: Incapaz de pasar por encima de la caja O pasos alrededor de la caja.

14. TEST UP & GO (TUG) (en español: "LEVANTARSE E IR") CRONOMETRADO CON DOBLE TAREA (MARCHA 3 METROS)

Instrucción TUG: "Cuando le diga "vaya", levántese de la silla, camine a su velocidad normal cruzando la cinta del suelo, dé la vuelta y siéntese en la silla".

Instrucción TUG con doble tarea: "Cuente hacia atrás de 3 en 3 comenzando en ... Cuando le diga "vaya", levántese de b silla, camine a su velocidad normal cruzando la cinta del suelo, dé la vuelta y siéntese en la silla. Continúe contando hacia atrás todo el tiempo."

TUG: 14,3 **segundos** **TUG doble tarea:** 14,30 **segundos**

- [x] **(2) Normal:** Sin cambios reseñables en sentarse, ponerse de pie o caminar mientras cuenta hacia atrás comparado con el TUG sin doble tarea.
- [ ] **(1) Moderado:** La tarea dual afecta al contar O al caminar (>10%) comparado con el TUG sin doble tarea.
- [ ] **(0) Grave:** Para de contar mientras camina O para de caminar mientras cuenta

Cuando puntúe el ítem 14, si la velocidad del sujeto se enlentece más del 10% entre el TUG sin y con tarea dual, la puntuación debería disminuir en un punto.

PUNTUACIÓN TOTAL: 26 /28

Scanned with CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

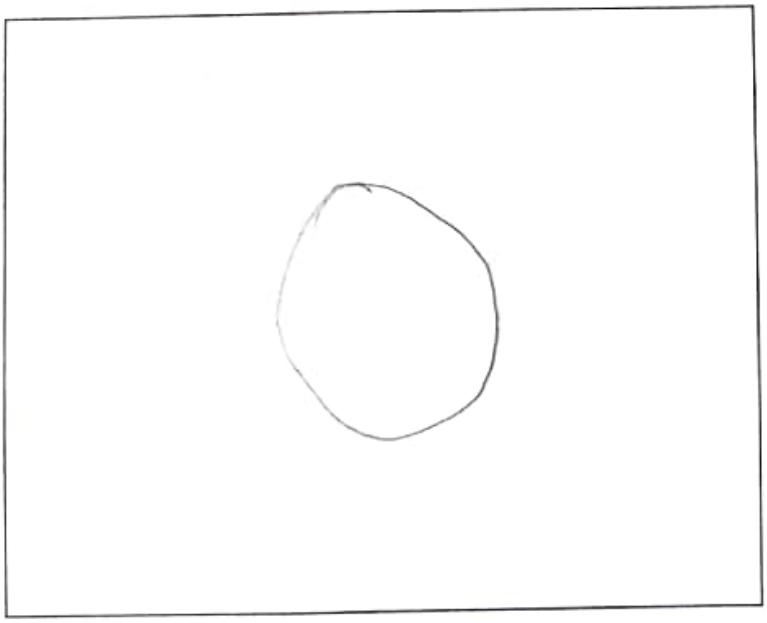
FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	**MES**	**AÑO**
8	9	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

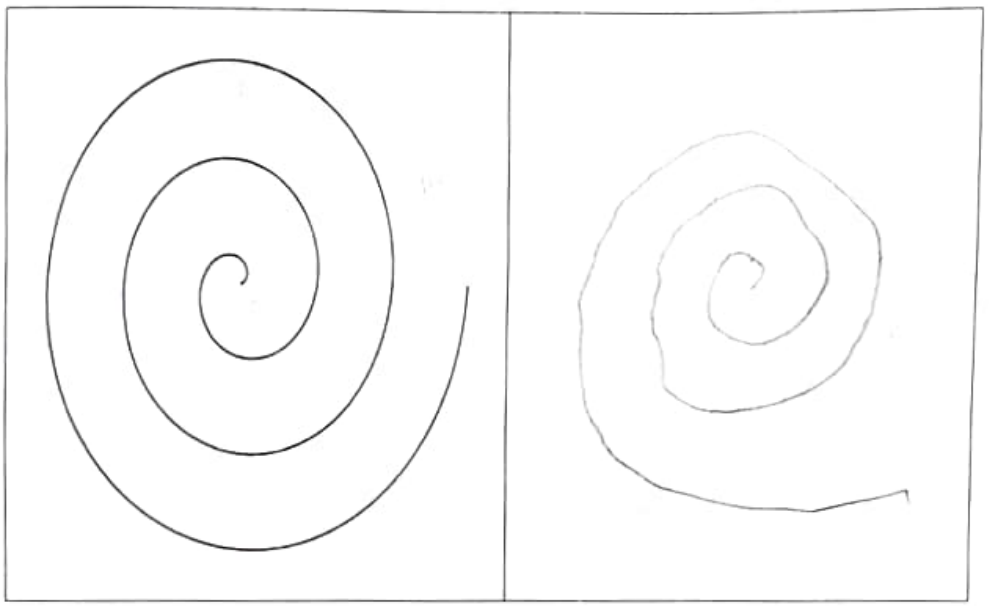
NOMBRES - APELLIDOS	Daria Borica Dari
DOCUMENTO	CC 24 942 758
GRUPO	Amarillo

OBJETIVO DE LA PRUEBA: determinar las destrezas y habilidades del Adulto Mayor y seguir su proceso en el programa.

1. Dentro del siguiente espacio dibuje un círculo



2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



3. Escriba 2 usos que usted le daría a los siguientes objetos:

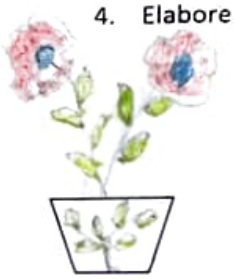
Periódico

con el ago
abanico y me abrillo
y con el le pego al gato

botella plástica

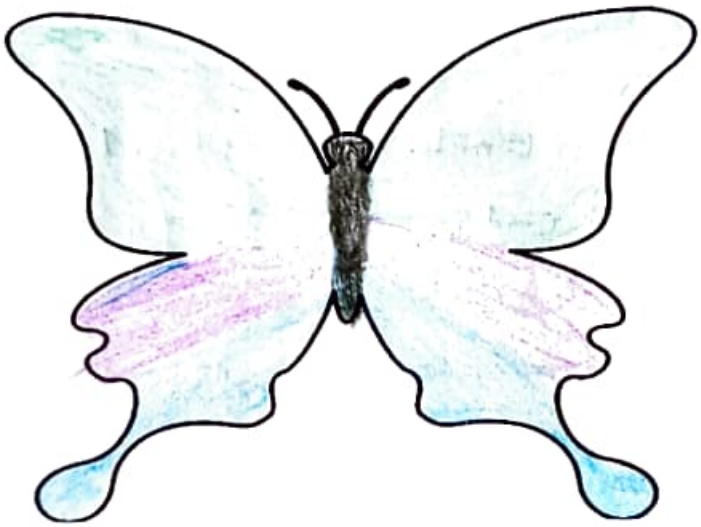
la uSo como matero
ago farolos
y cargo agua en ella

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:





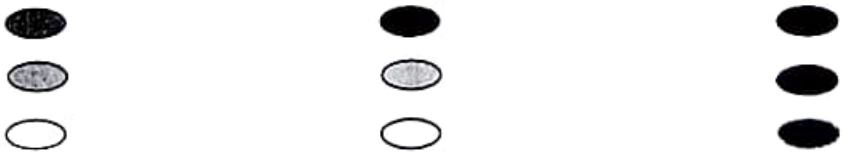
5. Pinte el dibujo con un lápiz de color sin salirse de los bordes.



6. Con la ayuda de una aguja, punce sobre las líneas.



7. Señale con una x los colores primarios :



8. Una manualidad y una artesanía son lo mismo ya que las dos se hacen con las manos.

☑ Falso
☐ Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
Claudia Patricia Corrales Villa Andrea Arias Quintero	Claudia Corrales
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	08 septiembre 2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

La usuaria presenta creatividad, capacidad organizacional, pero debe reforzar sus conocimientos básicos y puro.

Adaptada por: Claudia Azucena Batero Gómez
Área Actividades Productivas.

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

EVALUACION DE LA FUNCION MINIMA DEL ESTADO MENTAL "MINIMENTAL TEST"

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO: María Berenice Marín
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
GRUPO:
EVALUADO POR: Cristina Bedoya R.

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: _____/ MES: _____/ AÑO: _____/

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año ___5
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación ___5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) ___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

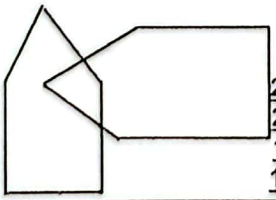
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? ___5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás 1 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? ___3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj 1 2
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros 1 1
- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? 1 2
- ¿Que son un perro y un gato? 3 3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa 1 1
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS 1 1
- Escriba una frase 1 1
- Copie este dibujo 1 1





27 - 30 – Normal – Adecuada Capacidad Cognitiva.
24 - 26 – Sospecha - Deterioro Cognitivo Leve.
12 - 23 – Deterioro Capacidad Cognitiva.
11 - 9 - Demencia - **Menos 5** – Fase Terminal.

CENTRO VIDA – ORIENTE PEREIRA – C.V.O.P
Calle 4 # 8 - 03 – Comuna Villavicencio - Cel +57 320 688 9146 - Pereira-Risaralda
E-mail: multisercta@gmail.com

Adecuada capacidad cognitiva

Powered by CamScanner

Alcaldía de PERE A	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
ESC A DE RESION GERIATRICA – YESAVAGE		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA DE APLICACION:	DIA: 14 /	MES: AGOSTO /	AÑO: 2024 /
NOMBRE COMPLETO: Maria Berenice Marin		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24942758.	
GRUPO: Amarillo.		ENTREVISTADO POR: Ana Cristina Buenor	

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

(Escoja la respuesta adecuada según como se sintió usted la semana pasada).

#	PREGUNTA		
1	¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	~~SI~~	NO
2	¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente usted que su vida está vacía?	SI	~~NO~~
4	¿Se aburre a menudo?	~~SI~~	NO
5	¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	~~SI~~	NO
6	¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SI	~~NO~~
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	~~SI~~	NO
8	¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	SI	~~NO~~
9	¿Prefiere usted quedarse en la casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI	~~NO~~
10	¿Con respecto a su memoria: ¿siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI	~~NO~~
11	¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	~~SI~~	NO
12	¿De la forma como se siente usted en este momento, se siente usted inútil?	SI	~~NO~~
13	¿Se siente usted con mucha energía?	~~SI~~	NO
14	¿Siente usted que su situación es irremediable?	SI	~~NO~~
15	¿Piensa usted que la mayoría de personas está en mejores condiciones que usted?	SI	~~NO~~

Las respuestas en ***negrita*** indican depresión. Asigne un punto por cada respuesta en negrita.

CALIFICACIÓN	PUNTUACION TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango <u>saludable</u>.	
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en <u>riesgo</u> y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	6
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de <u>depresión</u>.	

Fuente: http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html

FIRMA PROFESIONAL: Cristina Buenor

CENTRO VIDA – ORIENTE PEREIRA – C.V.O.P
Calle 4 # 8 - 03 – Comuna Villavicencio - Cel +57 320 688 9146 - Pereira-Risaralda
E-mail: multisercta@gmail.com

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 05-2025

BITÁCORA - REGISTRO DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA

DATOS PERSONALES DEL USUARIO			
NOMBRES - APELLIDOS	Maria Eugenia Marin		EDAD: 74
CEDULA USUARIO(A)	24942758	FECHA SEGUIMIENTO: D: ___ M: ___ AÑO: ___	
DIRECCION RESIDENCIA	Villavicencio	TELEFONO:	
JORNADA	AM: X PM: ___	GRUPO: AMARILLO: X AZUL: ___ ROJO: ___	

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA: Seguimiento Psicologico identificando alteraciones emocionales

El estado emocional se refiere a los sentimientos y estados de ánimo que experimenta una persona en un momento dado, tales como: La alegría, la tristeza. la ira, el miedo, la ansiedad, entre otros. Estos estados emocionales son procesos neurológicos que ocurren en el cerebro, afectan la conducta y la respuesta al entorno. A continuación, se realizara el siguiente seguimiento, así: ¿Cómo se encuentra emocionalmente el usuario el día de hoy?

Al dia de hoy se realiza seguimiento Psicologico identificando emocionalmente triste por problemas emocionales con el esposo, menciona que tiene muchos problemas por falta de comunicacion con el esposo y los hijos, situacion que la altera emocionalmente.

COMPROMISOS Y TAREAS PARA SEGUIR. SEGÚN RESULTADOS DE LA ORIENTACION:

1. Dialogar con el esposo y los hijos
2. Identificar situaciones que altera emocionalmente.
3.

Cristina Bedoya — NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

TP. 125426 — N° TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL

Powered by CamScanner

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-37
		Versión: 01
		Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: Maria Berenice Marin | **EAPB:** Asmet Salud

N° identificación del adulto: 24' 942 758 | **Nivel de Riesgo:**

Dirección domicilio: Mz 1 Casa 5 Intermed. Veracruz | **Cel:** 313 511 70 39

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SAT02: Saturacion de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C°: Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
10-07-25	08:00	135/78	73	97	18	35.7	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
11-07-25	10:15	142/80	74	98	17	36.2	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
15-07-25	11:25	153/73	76	97	18	35.9	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
10-09-25	11:00	128/80	73	97	22	35.1	T. Signos vitales	Sandra Ibarra.
21-10-25	9:45	130/57	70	97	20	36.4	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
25-11-25	11:02	130/60	77	96	15	36.1	Toma signos vitales	Sandra Ibarra.

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-37 Versión: 01 Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: Maria Berenice Marin | EAPB: Asmet Salud

N° identificación del adulto: 24' 942 758 | Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 1 Casa 5 Intermed. Veracruz | Cel: 313 511 7039

T/A: tensión arterial (mm hg) **FC:** Frecuencia cardiaca x min SAT02: Saturacion de oxigeno **FR:** Frecuencia respiratoria x min **T°C°:** Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
10-07-25	08:00	135/78	73	97	18	35.7	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
11-07-25	10:15	142/80	74	98	17	36.2	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
15-07-25	11:25	153/73	76	97	18	35.9	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
10-09-25	11:00	128/80	73	97	22	35.1	T. Signos vitales	Sandra Ibarra.
21-10-25	9:45	130/57	~~79~~	97	20.	36.4	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
05-11-25	11:02	130/60	77	96	15	36.1	Toma signos vitales	Sandra Ibarra.
01-12-25	9:128	130/53.	75.	98.	20.	36.0	Toma Signos vitales	Sandra Ibarra

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-37 Versión: 01 Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: María Berenice Marín — EAPB: Asmet Salud

N° identificación del adulto: 24' 942 758 — Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 1 Casa 5 Interno veracruz — Cel: 313 511 7039

TA: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SAT02: Saturacion de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C°: Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
0-07-25	08:00	135/78	73	97	18	35.7	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
1-07-25	10:15	142/80	74	98	17	36.2	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
5-07-25	11:25	153/73	76	97	18	35.9	Toma Signos Vitales (Altos)	Diana S. Galeano
0-09-25	11:00	128/80	73	97	22	35.1	T. Signos vitales	Sandra Ibarra.
21-10-25	9:45	130/57	70	97	20	36.4	Toma signos vitales	Sandra Ibarra

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 13/05/2025

Ficha: 66001055563700000647

C4

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA BERENICE

Apellidos: MARIN CASTRO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24942758

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/12/2019

Última actualización ciudadano: 05/12/2019

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

NOMBRE COMPLETO Maria Berenice Marin	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 24942758
GRUPO Amarillo - AM.	**EVALUADO POR** Dhayson David Acevedo M
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 18 / MES: Junio /	AÑO: 2025 /

CÓDIGOS: I=INDEPENDIENTE (2 PUNTOS) A=REQUIERE ASISTENCIA (1 PUNTO) D= DEPENDIENTE (0 PUNTOS)

Información obtenida del:

USUARIO	ACOMPAÑANTE	ACTIVIDAD	GUIA PARA LA EVALUACION I=2 A=1 D=0
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números D= Totalmente dependiente para realizar una llamada por teléfono por sí mismo
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	I= Viaja con independencia en transportes públicos o condice su propio auto A= Solo viaja si lo acompaña alguien D= No puede viajar en absoluto
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	IR DE COMPRAS	I= Realiza todas las compras con independencia A= Necesita compañía para realizar cualquier compra D=Totalmente independiente para ir de compras
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	PREPARACION DE LA COMIDA	I= Organiza, prepara y sirve los alimentos adecuadamente y con independencia A=Calienta, sirve y prepara alimentos ligeros, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda D= Necesita que le preparen y sirvan los alimentos

Alcaldia de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

I A D Puntuación: I	**I A D** Puntuación:	**CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS**	I= Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta A=Toma de medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis D= Incapaz de administrarse su medicación
I A D Puntuación: I	**I A D** Puntuación:	**MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS**	I= Maneja los asuntos económicos con independencia A=Realiza gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta del banco y hacer grandes compras, etc D= Incapaz de manejar su dinero

TOTAL 12 **TOTAL** _____

Máxima dependencia: **0 puntos** **Independencia total:** **8 puntos**

ANALISIS: Usuaria con independencia total en actividades cotidianas.

Jhayson David Acevedo M
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Daria Beatriz Marin
FIRMA PERSONA EVALUADA

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

NOMBRE COMPLETO	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD**
Maria Berenice Marin	24042758
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Amarillo - AM.	Jhayson David Acevedo M

FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 13 / **MES:** Junio / **AÑO:** 2025 /

EVALUACION DEL EQUILIBRIO

(Coloque una **silla** dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al Adulto Mayor para las siguientes maniobras).

1. AL SENTARSE:

0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.
1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.
X = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. EQUILIBRIO MIENTRAS ESTÁ SENTADO:

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).
1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
X = firme, seguro, erguido.

3. AL LEVANTARSE:

0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.
1 = capaz, pero requiere 3 intentos.
X = capaz en 2 intentos o menos.

4. EQUILIBRIO INMEDIATO AL PONERSE DE PIÉ (PRIMEROS 5 SEG):

0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente, pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
X = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pié: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

5. EQUILIBRIO CON PIES LADO A LADO:

0 = incapaz **o** inestable **o** sólo se mantiene ≤ 3 segundos.
1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte **o** sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.
X 2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, 5 segundos.

6. PRUEBA DEL TIRÓN
(El Adulto Mayor en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):

0 = comienza a caerse.
1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
X = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
X = capaz por 5 segundos.
Tiempo: 0 5, 5 segundos

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
X = capaz por 5 segundos.
Tiempo: 0 5, 5 segundos

9. POSICIÓN DE SEMI-TÁNDEM:

0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (, ambos pies tocándose) **o** comienza a caerse **o** se mantiene ≤ 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
X = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, 5 segundos

10. POSICIÓN TÁNDEM:

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por ≤ 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
X = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0 , 5 segundos

11. SE AGACHA (para recoger un objeto del piso):

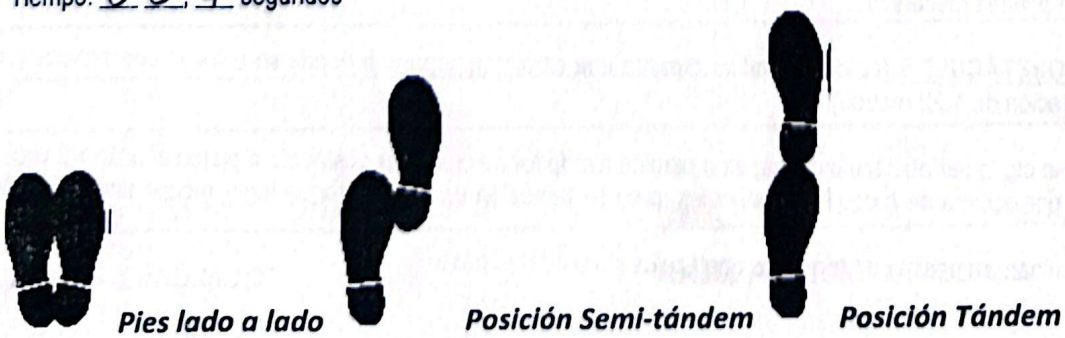
0 = incapaz o se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
X = capaz y firme.

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
X = capaz por 3 segundos.
Tiempo: 0 3 , 5 segundos

13. SE PARA EN LOS TALONES:

0 = incapaz.
X = capaz, pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: 0 2 , 4 segundos



Pies lado a lado *Posición Semi-tándem* *Posición Tándem*

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

EVALUACION DE LA MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (Mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.
Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____

1. INICIO DE LA MARCHA (Inmediatamente después de decirle "camine"):

0 = cualquier vacilación **o** múltiples intentos para comenzar.
X = sin vacilación.

2. TRAYECTORIA (estimada en relación con la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.

0 = marcada desviación.
1 = moderada **o** leve desviación **o** utiliza ayudas.
X = recto, sin utilizar ayudas.

3. PIERDE EL PASO (tropieza o pérdida del balance):

0 = sí, y hubiera caído **o** perdió el paso más de 2 veces.
1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
X = no.

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

0 = casi cae.
1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
X = estable, no necesita ayudas mecánicas.

5. CAMINAR SOBRE OBSTÁCULOS (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz **o** camina alrededor de cualquier obstáculo **o** pierde el paso > 2 veces.
1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco, aunque logra recuperarse **o** pierde el paso una o dos veces.
X = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

INTERPRETACIÓN

1. A mayor puntuación mejor funcionamiento.
2. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12. 9/9
3. La máxima puntuación para la subescala del equilibrio 16. 25/26
4. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas. 34/35
5. A mayor puntuación>>>menor riesgo

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuaria categorizada en riesgo de caida bajo. Excelente marcha y equilibrio estático. Recomendación AF general para mantener condiciones actuales

Puntuación general 34 de 35

Jhayson David Acevedo M — ***FIRMA – EVALUADOR***

Gloria Beatriz Garcia — ***FIRMA PERSONA EVALUADA***

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Marin Nombre: Maria Berenice

Sexo: F Edad: 75 Peso, kg: 69 Altura, cm: 150 Fecha: 8/05/24

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutritional.

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticacióno deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual → 2

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso → 3

C Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio → 2

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = sí 2 = no → 2

E Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia leve
2 = sin problemas psicológicos → 2

F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 → 3

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) → 14

12-14 puntos: estado nutricional normal ✓
8-11 puntos: riesgo de malnutrición
0-7 puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación

G El paciente vive independiente en su domicilio?
1 = sí 0 = no ☐

H Toma más de 3 medicamentos al día?
0 = sí 1 = no ☐

I Úlceras o lesiones cutáneas?
0 = sí 1 = no ☐

J. Cuántas comidas completas toma al día?
0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas ☐

K Consume el patiente
- productos lácteos al menos una vez al día? sí ☐ no ☐
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí ☐ no ☐
- carne, pescado o aves, diariamente? sí ☐ no ☐

0.0 = 0 o 1 síes
0.5 = 2 síes
1.0 = 3 síes ☐.☐

L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0 = no 1 = sí ☐

M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
0.0 = menos de 3 vasos
0.5 = de 3 a 5 vasos
1.0 = más de 5 vasos ☐.☐

N Forma de alimentarse
0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad ☐

O Se considera el paciente que está bien nutrido?
0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición ☐

P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?
0.0 = peor
0.5 = no lo sabe
1.0 = igual
2.0 = mejor ☐.☐

Q Circunferencia braquial (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22 ☐.☐

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31 ☐

Evaluación (máx. 16 puntos) ☐☐.☐
Cribaje ☐☐.☐
Evaluación global (máx. 30 puntos) ☐☐.☐

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐ estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos ☐ riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos ☐ malnutrición

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
® Societe des Produits Nestlé SA. Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Para más información: www.mna-elderly.com

Scanned with CamScanner