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: 28 M: 07 A: 25	Maria Carlota Anstizabal	Mariana Vargas López

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	Derecho	Izq
Abducción de hombro	3	3 = 6
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	46	

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, sin embargo se evidencia debilidad muscular en miembros superiores, Se recomienda realizar ejercicios de fuerza muscular para mejorarla.

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: 28 M: 07 A: 2025	Maria Carbla Aristizabal	Mariana Vargas López

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. Intenteponerse 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."

- [ ] **(2) Normal:** Estable durante 3 segundos con la altura máxima.
- [x] **(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:
[x]	(2) Normal: 20 s		[x]	(2) Normal: 20 s	
[ ]	(1) Moderado: < 20 s		[ ]	(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:

- [ ] **(2) Normal:** Bipedestación independiente 30 s y se alinea con la gravedad.
- [x] **(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: 11,5' **segundos** **TUG doble tarea:** 12' **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

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	24805667
NOMBRES	MARIA CARLOTA
APELLIDOS	ARISTIZABAL MONTES
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/24/2025 08:04:53	**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".

Powered by CamScanner

CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 24.805.667



Apellidos
ARISTIZABAL MONTES

Nombres
MARIA CARLOTA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.45	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
22 ENE 1956	B+	

Lugar de nacimiento
FILADELFIA (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
23 MAYO 1977, MONTENEGRO

Firma
Carlota Aristizabal

Fecha de expiración
09 FEB 2034

ICCOL0491304348260 60<<<<<<<<<<
5601228F3402096COL24805667<<<2
ARISTIZABAL<MONTES<<MARIA<CARL

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION SOCIOECONOMICA (Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

OBJETIVOS: *Identificar y Evaluar las condiciones de: Vulnerabilidad, Aislamiento o Carencia de Soporte Social del Adulto Mayor, en su calidad de potencial beneficiario del programa Centro Vida.*

DATOS GENERALES

ENCUESTA No. _____

Fecha de Visita*: Día 24 / Mes julio / Año 2025 /

Quien atiende la visita*: _____ / Parentesco * _____ /

Nombre del Adulto Mayor * María Carlota Aristizabal C.C o C.E 24805667 /

Fecha de Nacimiento* Día 22 / Mes 01 / Año 1956 / Lugar de Nacimiento* Filadelfia /

Edad al Momento de la Visita* 69 / Sexo* F / Tel Fijo o Celular _____ / Tipo Sangre* B+

Municipio de Residencia* Risaralda / Comuna *(*Dosquebradas y Pereira)* _____ /

Barrio* Tonio / Dirección de Residencia* Mz 19 Casa 8 /

EAPB* salud total / REGIMEN DE SALUD: Contributivo____/ Subsidiado X /

Excepción___/ No Asegurado___/ Especial___/ Otro cual: _____/ GRUPO SISBEN* CB /

ETNIA (Fuente SISPRO)* Indígena__/ Afrocolombiano__/ Negro__/ Raizal__/ ROM__/ Mestizo X / LGBTI__/ Otro_/

Estado Civil (Fuente SISPRO)* Casado__/ Divorciado__/ Soltero (Separado) X Unión Marital de Hecho___/

Viudo__/ Ocupación actual* oficios varios / Ocupación anterior* oficios varios /

Nivel académico* (Fuente SISPRO): Preescolar__/ Básica Primaria__/ Básica Secundaria__/ Media

Académica o Clásica__/ Media Técnica (bachillerato técnico) __/ Normalista__/ Técnica Profesional__/

Tecnológica__/ Profesional__/ Especialización___/ Maestría___/ Doctorado___/ Ninguno__/

Persona de contacto* Orlando de jesus / Dirección* Monserrate /

Teléfonos o celular* 3137825383 / Parentesco * hijo /

EVALUACION SOCIOECONOMICA

(Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)

1. CONDICIÓN DE LA SALUD: FÍSICA - SENSORIAL - MENTAL - AUTOPERCEPCION = 25%

DISCAPACIDAD FISICA*: Monoplejía (Parálisis de una única extremidad) __/ Paraplejia (Afe básicamente a piernas y pies) __/ Tetraplejia (Pérdida total de la capacidad de movimiento de las extremidad inferiores y en la pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de los miembros superiores.) _ Hemiplejia (Parálisis de la parte opuesta o contralateral a la dañada) ___/ Espina bífida (Malformación congén en el tubo neuronal y la columna vertebral) ___/ Distrofia muscular (Provoca la presencia de un tono muscu débil que va perdiendo tejido con el tiempo) ___/ Parálisis cerebral (Condición médica crónica debida problemas durante el desarrollo cerebral del feto o niño, que produce graves efectos en la motricidad) _ Amputación (La pérdida de extremidades o de partes del cuerpo) ___/ Ninguno X /

DISCAPACIDAD SENSORIAL*: (Fuente - Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad) *: Movilidad ___/ Visual X / Auditiva ___/ Piel - Pelo y Uñas ____/ Voz y Habla __ Sistémica___/ Talla Baja____/ Múltiple____/ Mental Psicosocial____/ Mental Cognitiva____/ Gusto - Olfat y Tacto____/ Ninguno____/

DISCAPACIDAD MENTAL*: Trastorno Afectivo Bipolar____/ Trastorno Depresivo____/ Trastorno (Pánico__/ Trastorno Obsesivo Compulsivo____/ Fobias___/ Trastorno de estrés post traumático__ Esquizofrenia__/ Trastorno límite de personalidad__/ Trastorno antisocial de la personalidad__/ Trastornos d sueño__/ Trastornos sexuales__/ Trastornos de la conducta alimentaria__/ Trastornos del control de lo impulsos__/ Discapacidad intelectual/Retardo Mental__/ Síndrome Orgánico (demencia)___/ Ninguno X

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD*: (Fuente - SISPRO y se anexa el valor Muy Mala)*:

Excelente____/ Muy Buena____/ Buena X / Regular_____/ Mala____/ Muy Mala____/

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1. COMPOSICIÓN FAMILIAR: (Fuente - SISPRO y se anexa el valor Amistad - Personas con quien convive) Padre, Madre, Hijo(s), Hija(s), Hermano(s), Hermana(s), Esposo o compañero, Esposa o compañera, Otros familiares hombres, Otras familiares mujeres, Persona remunerada para ayudarlo(a) no cualificada, Persona remunerada para ayudarlo(a) cualificada, Necesita ayuda pero no tiene quien le ayude, Amistad)

#	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1	Maria Milagros Arcila	19	nieta	Empleada
2				
3				
4				
5				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (Fuente SISPRO - FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

RED	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	X			
COMUNIDADES O GRUPOS RELIGIOSOS				
REDES COMUNITARIAS O SOCIALES				
INSTITUCIONES				
VECINOS Y AMIGOS				
NO CUENTA CON REDES DE APOYO				

3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

- PERTENECE A GRUPOS SOCIALES*: Grupos de Adultos Mayores____/ Voluntariado_ Grupos de oración____/ Grupos de Participación Ciudadana____/ Otros - cuál? _____

_____

- ¿TIENE DIETA PRESCRITA? * (Criterio - Profesional de Nutrición – Secretaria Salud Departamental)

DIETA: Hipo-Sódica (sin sal) ____/ Hipo-Glúcida (sin azúcar) ___/ Dieta Astringente (Problem Gástricos - sin grasas - ni condimentos - ni color - ni bebidas oscuras - ni cítricos - ni lácteos) ___/ Dieta Proteica (Doble porción de proteína) ___/ Dieta Calórica (tenga algún dulce) ___/ Dieta Energética (arepas, papas) ___/ Dieta Líquida (Te, aromática antes de cirugía) ___/ Dieta Licuada (Pos-operatorio) _/ Dieta Blanda (Después del pos-operatorio) ___/ No tiene dieta prescrita X/ Otros Cual ?_____

_____

- ¿TIENE ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO? * (Criterio - Profesional en Ciencias del Deporte y la Recreación de la Secretaria de Salud Departamental).

Actividad física Musicalizada _____/ Gimnasia Cerebral _____/ Sesiones de Fortalecimiento Muscular___/ Actividad Física Cardiovascular _____/ No cuenta con un plan de ejercicio prescrito X

- REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN*:

Recreación X / Cultura ____/ Artes ____/ Manualidades _____/ Ninguno___/ Otras: ___/ Cuáles: _____

_____

- DE INGRESAR AL PROGRAMA ¿QUÉ ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

ejercicios

5

3.2. FACTORES DE RIESGO*:

Fuma: Si __/ No X/ Bebe: Si ___/ No X / Sedentario: Si___/ No X /

Aislamiento Social: Si__/ No X/

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA (Fuente SISPRO) *:

Del trabajo___/ De una renta___/ De un subsidio o ayudas del gobierno X /

De un subsidio o ayuda de particulares___/ De Ayudas familiares X / Ninguna___/

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN*:

No alcanza a cubrir las necesidades básicas. ____

Cubre las necesidades básicas X

Cubre las necesidades básicas y ahorra ____

4.3 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN CUBRIR LAS SIGUIENTES NECESIDADES BÁSICAS*:

Alimentación: SI X/ NO ___/ Salud: SI X/ NO ___/ Vivienda: SI X / NO ___/ Vestuario: SI___/ NO X/

Transporte: SI___/ NO ___/ Servicios Públicos: SI X / NO ___/ Recreación: SI___/ NO ___/

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	EVALUACION SOCIOECONOMICA (Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)	Versión: Código: Vigencia:

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA (Fuente SISPRO y se agrega el valor "No cuenta con un lugar fijo donde vivir)

Propia X / Arrendada___/ Familiar___/

Usufructo u ocupación de hecho___/ No cuenta con un lugar fijo donde vivir___/

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN: *(Criterio - Profesional en Trabajo Social)

Calle de difícil acceso a la vivienda ___/ Escalas ___/ Pisos con desnivel ___/ Puertas

Ventanas ___/ Baño incompleto___/ Divisiones ___/ Humedades ___/

Dormitorio aislado ___/ Dormitorio con otras funciones ___/ Dormitorio compartido___

Iluminación y ventilación interna deficiente ___/ Vivienda en ruina ___/ Todas las anteriores

Ninguna de las anteriores ___/ Otra Cual? _____

LA PERSONA ADULTA MAYOR CUMPLE CON EL PERFIL EXIGIDO PARA EL PROGRAMA:

CENTRO VIDA: SI X NO___

NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN REALIZO LA EVALUACIÓN: Doyana Lerma H.

PROFESION U OCUPACION: Trabajo social / N° REGISTRO PROFESIONAL: 1088251[illegible]

"El presente documento se debe diligenciar en atención al Artículo 6° - Ley 1276 de Enero 05 de 2009.
Tiene como objetivos: Identificar y Evaluar las condiciones de vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social de los Adultos Mayores encuestados como potenciales usuarios o beneficiarios del programa de Atención Integral Centro Vida del Adulto Mayor"

APROBACIÓN DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Alcaldía de PEREIRA

Version. 02Fecha de Vigencia. septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

El Comité de Admisiones del CENTRO VIDA ORIENTE haciendo uso de sus facultades profesionales que le confiere la Ley 1276 de 2009, aprueba o niega el cupo según el documento estudio de vulnerabilidad para el ingreso como beneficiario intramural del programa Centro Vida Pereira.

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres María Carlota	Apellidos Aristizabal
Documento de identidad 24805667	Expedida Montenegro

Adulto mayor residente en la ciudad de Pereira, cumple con los siguientes requisitos fundamentales y los factores de riesgo:

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
	Inferior	Igual	Superior	Enfermedad mental		Alcohol	
SISBEN:	A	B	C	Sustancias psicoactivas		Soledad	
Edad superior o igual a 55 años			69	Abandono familiar		Sedentarismo	
Ingresos económicos 1smlv				Violencia intrafamiliar		Tabaco	
Disponibilidad de tiempo	Si		No	Signos de desnutrición		Ninguno	X

Por lo tanto el aspirante si X no — se encuentra en situación de vulnerabilidad para ser acogido por el programa CENTRO VIDA PEREIRA.

Se le aprueba X O se le niega — el cupo, a partir de la fecha: Día 24 Mes 07 Año 2025

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Firma

Nombre Gerontólogo(a)

Cristina Buenof

Nombre Psicólogo(a)

Cristina Buenof

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

HOJA DE VIDA – ADULTO MAYOR

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 05-2025

NOMBRES: Maria Carlota

APELLIDOS: Aristizabal

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 22 / MES: Enero / AÑO: 1956

EDAD: 69 SEXO: F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 24805667 / TIPO SANGRE: B+

ETNIA: MESTIZO: X / INDIGENA: __ / AFROCOLOMBIANO: __ / RAIZAL: __ / ROM: __ N° _____

DIRECCIÓN: Mz 19 casa 8 / BARRIO: Toxio

COMUNA: Villa santana / VEREDA: _____

TELEFONO FIJO: _____ / CELULAR: 3148234725 / PLAN FUNERARIO: _____

S.G.S.S.S: C: __ / S: X / V: __ / O: __ / E.A.P.B: Salud total / GRUPO SISBEN B+

ENFERMEDADES: H.T.A: __ / DIABETES: __ / OSTEOPOROSIS: __ / ARTRITIS: __ / EPOC: __ / OTRA: _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: _____

ALERGIA A MEDICAMENTOS: _____

DISCAPACIDADES: FÍSICA: _____ / MENTAL: _____ / SENSORIAL: _____ / MULTIPLE: Cual _____

FACTORES DE RIESGO: TABACO: _____ / ALCOHOL: _____ / SEDENTARISMO: _____ / OTRO: _____

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: _____ / DIETA PRESCRITA: _____ / PERTENENCIA GRUPOS: _____

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA: _____ / SECUNDARIA: _____ / NINGUNO: _____ / OTRO: _____

INGRESOS ECONOMICOS: RENTA PROPIA: __ / APOYO FLIA: __ / PENSION: __ / PROGRAMA ESTADO: __ / NINGUNO: __

CONVIVENCIA: PAREJA: __ / FAMILIA: X / SOLO: __ / OTRO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Orlando de Jesus Arcila

PARENTESCO: hijo / TEL FIJO: _____ / TEL CELULAR: 3137825388

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: Gloria Clamencia Gonzalez

DIRECCION: Monserrate Calle 4#8-03 / TELEFONOS: 3137825383

CORREO ELECTRONICO: multisercto@gmail.com

ANEXOS: CEDULA: ( ) SISBEN: ( ) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: ( ) CONSENTIMIENTO INFORMADO: ( ) OTRO: CUAL ___

C.T.A.MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Cooperativa de Trabajo Asociado Multiser en calidad de operadora del programa para el adulto Mayor Centro Vida Oriente, de lo siguiente:

1. Multiser actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.
2. Que la información suministrada podrá ser verificada por los colaboradores de Multiser en cualquier momento.
3. Multiser tendrá la facultad de compartir toda la información con la Alcaldía Municipal de Pereira, entiendo que esta entidad es la encargada de la supervisión, vigilancia y control del funcionamiento del Centro Vida.
4. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales.
5. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
6. Multiser garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado oportunamente.
7. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Multiser para tratar mis datos personales, tomar mi huella dactilar y registro fotográfico cuando sea necesario de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, y misionales de Multiser.
8. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 24 días del mes de julio del año 2025

Firma: María Carlota Arístizabal

Nombre: Maria Carlota Aristizabal

Identificación: 24805667

29

CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
REGLAMENTO INTERNO Y MANUAL DE CONVIVENCIA
"DERECHOS Y DEBERES"

ACTA DE COMPORTAMIENTO

La Dirección Administrativa del Programa Centro Vida – Oriente Pereira – Cooperativa Multiser. Le manifiesta a usted en calidad de beneficiario(a) o usuario(a) de este programa:

Que el objetivo del presente programa es la prestación de manera gratuita de los servicios de atención integral durante el día, en atención a la Ley 1276 de 2009 – Art 11 y la Resolución Minsalud 055 de 2018. Los cuales buscan beneficiar su salud y calidad de vida.

Que por tal motivo, exige de manera irrestricta a usted en calidad de beneficiario(a) y/o usuario(a) del mismo el cumplimiento del presente MANUAL DE CONVIVENCIA Y REGLAMENTO INTERNO, para con ello lograr la consecución, la preservación y el mantenimiento de una sana y pacífica convivencia por medio de la regulación de la práctica de libertades, derechos y cumplimientos de los deberes establecidos en los mismos, manteniendo así estrechos lazos de vecindad, relaciones de hermandad y amistad con los demás usuarios, el equipo de trabajo del programa y la administración municipal.

COMPROMISO

Yo María Carlota Aristizabal, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 24805667 expedida en Montenegro y en mi calidad de beneficiario(a) del programa Centro Vida – O.P, del Adulto Mayor Doy fe, ante la Dirección Administrativa del programa, ante los demás beneficiarios de este, ante la administración municipal y ante las autoridades competentes. Que CONOZCO y ACEPTO, mis deberes y derechos contemplados en el presente MANUAL DE CONVIVENCIA y me COMPROMETO a cumplir a cabalidad. De no ser así ACEPTARE las disposiciones y sanciones acá establecidas.

Para constancia se firma en Pereira Risaralda a los veinticuatro (24) del mes de julio 2024

Dirección Ad/tiva – Centro Vida – Oriente

María Carlota Aristizabal
Usuario(a) – Programa Centro Vida - Oriente

Alcaldía de 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: 24 / MES: julio / AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Carlota Aristizabal / C.C: 24805667

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:

Se demuestra capacidad para reestructurar roles y responsabilidades y responsabilidades ante cambios, hay una buena distribución equitativa del apoyo emocional donde la usuaria recibe acompañamiento sobre sus opiniones y decisiones.
La usuaria no solo utiliza recursos internos, sino que también se apoya en redes externas, lo que refleja una busqueda proactiva de bienestar.

Dayana Lerma H.
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**

LA LIGA
Una Salud por Vidas

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 24805867	
Paciente: MARIA CARLOTA ARISTIZABAL MONTES	
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 22/01/1956 00:00	
Edad y genero: 68 Años, Femenino	
Identificador unico: 172014	Financiador: SALUD TOTAL EPS-S S.A

HISTORIA CLÍNICA

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 15/11/2024 07:49 Ambulatoria

Nota de Ingreso: Consulta Externa - Tratante - ENDOCRINOLOGIA

Indicador de rol: Tratante Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No aplica

Motivo de Consulta: Enfermedad Actual: ENDOCRINOLOGÍA
- EDAD: 68 AÑOS - VIVE EN: PEREIRA - ASISTE CON HIJA.

*******DIAGNOSTICOS
- HIPOTIROIDISMO
- NODULO TIROIDEO SUBCENTIMETRICO TIRADS 2
* NO REFIERE OTRAS ENFERMEDADES

*******TRATAMIENTO
- TERIPARATIDE 20 MCG SC CADA DIA (INICIO NOV/2024)
- LEVOTIROXINA 25 MCG CADA DIA
- VITAMINA D 20 GOTAS CADA DIA
- CALCIO MAS VITAMINA D 1 TAB CADA DIA
* NO REFIERE OTROS MEDICAMENTOS

******SUBJETIVO: NO HA TENIDO NUEVAS FRACTURAS

******SEGUIMIENTO PESO
- 22/12/2023 PESO: 42 KG TALLA: 139 CM IMC: 21.7
- 15/11/2024 PESO: 44 KG TALLA: 139 CM

*******ANTECEDENTES - ALERGICOS: NO REFIERE - TOXICOS: NO REFIERE - QUIRURGICOS: POMEROY - TRAUMATICOS: NO FRACTURAS - G/O: MENOPAUSIA 49 AÑOS.

*******PARACLINICOS
- 07/10/2024 CALCIO 9.9 CREAT 0.71 TSH 1.98 VIT D 31.6
- 10/05/2024 CALCIO 10.1 TSH 4.23 VIT 44.8 CREAT 0.70 ELECTROFORESIS DE PROTEINAS: NORMAL
- 22/01/2024 DEXA LUNAR CAYRE: CL L1-4 D 0.533 T -5.3 Z -3.7 CFD D 0.734 T -2.1 Z 0.5 CTD 0.625 T -3.1 Z -1.9 OSTEOPOROSIS.
- 10/01/2024 HEMOGRAMA NORMAL: CALCIO 10.24 (1.15-1.35) FOSFORO 3.84 CALCIO ORINA 24 HR: 93.6 MG CALCIO 9.2 ALBUMINA 4.38 CREAT 0.85 F. ALCALINA 68 GLICEMIA 82 AST 23 ALT 14.8 TSH 0.67 T4L 0.95 (0.93-1.7) VIT D 19.3 PTH 28.3 (15-65)
- 13/01/2024 RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR: La altura, morfología y radio opacidad de los cuerpos vertebrales incluidos de la región dorso lumbar están conservados, así como sus Nuroforámenes. No hay signos de espondilolistesis ni espondilolisis en los segmentos incluidos. Disminucion del espacio intervertebral multinivel asocia a esclerosis de las superficies articulares
- 21/11/2023 ECOGRAFIA DE TIRODIES: LD 4.3 CC LI 5.4 CC ISTMO 3.4 MM. NODULO TIROIDEO ESPONGIFORME DE 5X3 MM TIRADS 2. NO ADENOPATIAS SOSPECHOSAS
- 04/08/2022 ECOGRAFIA DE TIROIDES: LD 4.1 CC LI 4.6 CC ISTMO 2.4 MM NODULO HIPOECOICO SOLIDO DE MORFOLOGIA OVALADA CONTORNOS CIRCUNSCRITOS MAS ANCHO QUE ALTO DE 5.9X3.3X5.6 MM. TIRADS 4
- 05/07/2023 TSH 0.25 T4L 1.25 (0.93-1.70)

ANALISIS Y PLAN
PACIENTE DE 68 AÑOS CON: 1) NODULO TROIDEO TIRADS 2 SUBCENTIMETRICO EN UN ACAF PREVIO BETHESDA III (3), POR TAMAÑO Y CARACTERISTICAS ES UN NODULO QUE NO REQUIERE NI DE NUEVOS ACAF NI DE RESECCION QUIRURGICA. SE EXPLICÓ EN UNA CONSULTA PREVIA A PACIENTE Y ACOMPAÑANTE. 2) HIPOTIROIDISMO PRIMARIO CONTROLADO. PUEDE CONTINUAR IGUAL DOSIS DE LEVOTIROXINA. SE HACE FORMULA POR 6 MESES. 3) TIENE OSTEOPOROSIS DE MUY ALTO RIESGO POR T SCORE. NO HA TENIDO FRACTURAS. RX DE COLUMNA SIN FRACTURAS. SIN CAUSAS SECUNDARIAS DE OSTEOPOROSIS. EN MANEJO CON TERIPARATIDE (TERROSA) 20 MCG SC CADA DIA CON PLAN DE COMPLETAR 2 AÑOS DE TRATAMIENTO. SE REFORMULA POR 6 MESES. TIENE PERFIL DE CALCIO NORMAL. SE INDICA VITAMINA D DE MANTENIMIENTO 10 GOTAS VIA ORAL CADA DIA 2000 UI CADA DIA. SE CONTINUA CALCIO MAS VITAMINA D 1 TAB CADA DIA. * CONTROL EN 6 MESES CON EXAMENES. EN CASO DE DIFICULTADES PARA CONSEGUIR LA CITA MEDICINA GENERAL, FAMILIAR O INTERNA PUEDEN REFORMULAR EL TERIPARATIDE Y EL RESTO DE LA MEDICACION

Peso(Kg): 44

Examen Fisico:
GENERAL
Firmado electrónicamente

Documento impreso el día: 15/11/2024 07:55:20

Powered by CamScanner

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

FECHA DILIGENCIAMIENTO: **DIA:** 24 / **MES:** Julio / **AÑO:** 2025 /

YO María Carlota Arredzabal identificado(a) con cédula de ciudadanía número 24' 805 667, expedida en Filadelfia, residente en el municipio de Pereira Risaralda, con dirección: Mz 19 Casa 8: manifiesto que he sido informado(a) acerca de las diferentes actividades contempladas en la Canasta de Servicios (Ley 1276/2009 – Art 11 – Numeral 1 – 11), así: culturales, recreativas, deportivas, ocupacionales, trabajo asociativo, encuentros intergeneracionales, programadas por el CENTRO VIDA COMUNA ORIENTE; entiendo que estas actividades me proporcionan beneficios para la salud, bienestar y calidad de vida; al igual que la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas.

Por tal motivo me comprometo a cumplir con el Manual de Convivencia y Reglamento Interno socializado por el programa, el cual contempla mis derechos, así como mis deberes y entre ellos está el óptimo comportamiento y acatamiento de las instrucciones del equipo de trabajo que coordinan dichas actividades, lo anterior con la finalidad de eliminar y reducir todo riesgo al mínimo posible.

Doy mi consentimiento para mi participación en dichas actividades programadas y eximo al "PROGRAMA CENTRO VIDA – COMUNA ORIENTE PEREIRA R", de lo que pueda ir más allá de la atención prehospitalaria.

Nombres y Apellidos del Adulto Mayor: María Carlota AristizabaL

Teléfonos de contacto: 3148934725 _____ _____

Nombre y Apellido (Familiar o Acudiente) Orlando de Jesús Arcila Aristizabal

Teléfonos de contacto: 313 782 53 83. Manizales _____

Diana Sorley Guleano TP. 1060586780

NOMBRES/APELLIDOS - TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL

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: MGO-02-48
Vigencia: 03-2025

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

Fecha de valoración: 24 - Julio - 2024

Nombre del paciente: Maria Carlota Aristizabal

Identificación del Paciente: 24' 805 667 Ocupación: Ama de Casa

Fecha de Nacimiento: 22 - 01 - 1956 Edad: 69

- Quienes forman su hogar 2 Personas
- Antecedentes Patológicos Tiroides
- Discapacidad Mental NO
- Antecedentes Familiares Hijo (Asma)
- Ultimo control médico 6 meses
- Ayudas técnicas: audífono NO lentes SI Placa dentaria SI Muletas NO Silla de ruedas NO bastón NO Prótesis NO Marcapasos NO Otro: Ninguno.
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol NO tabaco NO drogas NO frecuencia: Ninguno.
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Levotirozina
Dosis: 25mg
Frecuencia 1
¿Desde cuándo? ———
Nombre del medicamento ———
Dosis: ———
Frecuencia ———
¿Desde cuándo? ———
Nombre del medicamento ———
Dosis: ———
Frecuencia ———
¿Desde cuándo? ———

◦ SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD

¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala ___ Mala ___ Regural ___ Buena ___ Muy Buena X
¿Por qué suele acudir al médico?	Por Prevencion y Controles.
¿Confía en las opiniones médicas?	SI

◦ ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

PSICOLÓGICOS					
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	X	FRECUENCIA
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	Y	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?	Excelente
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Buena
¿Mantiene contacto con otros familiares?	NO
¿Participa de reuniones familiares?	SI

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? Si — muy Clasificados.
¿Con que frecuencia comparte con ellos? — Con frecuencia
¿Hace parte de algún grupo? — No

MUJER

¿tiene vida sexual activa? Si ___ No X
Ultima menstruación 13 años
Ultima citología 1 año
¿Se practica examen de seno? Si X No ___
Por qué Por Prevención

- SEXUALIDAD

HOMBRE

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

- ELIMINACIÓN

¿Presenta dificultad para orinar? Si ___ No X
¿Con que frecuencia orina? Normal
¿Despierta en la noche para orinar? Si ___ No X A veces
¿Color inusual? Si ___ No X cual ___
¿Olor inusual? Si ___ No X cual ___
¿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 X No ___
¿Con que frecuencia realiza deposición? 1 día
¿Salida involuntaira? Si ___ No X A veces
¿ultiza ayudas para defecar? Si X No ___ A veces ___
Cual Bebidas o aguas frescas (cevada)

- SUEÑO

¿Cuántas horas duerme? 6 hrs
¿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		Frecuencia respiratoria		Presión arterial	

- NIVEL DE MOVILIDAD

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

- CAÍDAS

Teme usted caerse si ___ no ___

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

[illegible] para levantarse si ___ no ___

Powered by CamScanner

OBSERVACIONES: Usuaria en muy Buenas condiciones de salud. y aspecto fisico muy buena Higiene Personal, y disposición Para realizar las actividades del CVOP.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN: Usuaria quien refiere que hace años sufrio una lección en la Columna Vertebral. Por la Cual se hace observación de no realizar actividad de alto impacto Por Prevencion

Nombres y Apellidos de quien realiza: Diana Sorley Galeano R.

Cargo: Auxiliar en enfermeria

Firma: Diana Galeano.

Firma o huella paciente: _____

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: 08-2024

CUESTIONARIO PARA LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA PAR-Q

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 / MES: Julio / AÑO: 2025 /

NOMBRES – APELLIDOS: Maria Carlota Aristizabal. /

Responder cada pregunta: marque una X en solo una de las opciones de: SI o NO

SI	NO	PREGUNTAS
	X	1. ¿Alguna vez el médico le ha dicho si usted tiene un problema en el corazón, y solo debería hacer actividad física recomendado por un médico?
	X	2. ¿Usted siente dolor en el pecho cuando hace actividad física?
	X	3. ¿Le ha dolido en el último mes, cuando no está haciendo ejercicio?
	X	4. Usted pierde el equilibrio debido a que se marea, y ¿alguna vez ha perdido el conocimiento?
	X	5. ¿Tiene algún problema en las articulaciones (por ejemplo, espalda, rodillas o cadera) que pueda empeorar por las actividades físicas propuestas?
	X	6. ¿El médico actualmente le ha indicado tomar medicinas para la presión arterial o el corazón?
X		7. ¿Sabe usted, de cualquier otra razón por la cual usted no debería hacer actividad física?
	X	8. ¿Tiene algún familiar muy cercano (padre-hermanos) que hayan tenido un ataque cardiaco a temprana edad, menos de 55 años?
	X	9. ¿Se considera usted una persona sedentaria, o sea, no realiza por lo menos 30 minutos de actividad física al menos tres veces a la semana?
	X	10. ¿Cree usted que tiene sobre peso?
	X	11. ¿En el último año ha sufrido algún trauma o accidente que lo haya limitado para realizar ejercicio?
		12. ¿Cuál es su EAPB? Salud total.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
CUESTIONARIO PARA LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA PAR-Q		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

INTERPRETACION

Si respondió **SI** a al menos una de las preguntas, debe consultar al médico (de su EAPB, IPS, ARL o Medicina Prepagada), para que él decida si la actividad física que piensa realizar es segura para su salud.

Si respondió **NO** a todas las preguntas, puede empezar a realizar más actividad física de la que habitualmente hace, lo cual será seguro para su salud siempre y cuando lo realice de manera progresiva. Si su estado de salud cambia durante el programa deberá reportarlo a los instructores de actividad física.

NOTA: Si su salud cambia, y alguna de las preguntas se convierte en SI, debe informarle a su instructor o a su médico: pregunte si debe cambiar su plan de ejercicio físico.

Yo he leído, comprendido y completado este cuestionario. Todas las preguntas han sido contestadas con mi completa satisfacción. Con mi Nombre – Apellido y Firma _____. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuaria Sin riesgo CardioVascular pero con limitación para hacer ejercicio de alto impacto debedo a leccion de Columna. hace Varios fue Valorada Por medico y le realizan reduccion de Columna.

Diana S. Galeano Romero
FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

María Carlota Aristizabal
FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

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

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

Nombre del adulto: Maria Carlota Arustizabal

EAPB: Salud Total

N° identificación del adulto: 24 805 667

Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 19 Casa 8

Cel: 314 823 47 25

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
24-07-25	09:00	12/84	69	94	20	35.3	Valoración Inicial	Aux. Diana 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): María Carlota Aristizabal	
CEDULA: 24 805. 667	EDAD: 69
DIRECCION RESIDENCIA: MZ 19. Casa 8	TELEFONOS: 314 823 - 47 - 25
EAPB: Salud Total	GRUPO: Amarillo JORNADA: Mañana

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
24-07 2025 09:00	Usuaria Centro Vida Oriente María Carlota Aristizabal 69 años de edad quien ingresa por sus propios medios al area de enfermeria para la Valoración inicial y estado de salud usuaria 'Orientada en sus tres esferas espacio tiempo y Persona se le realiza examen cefalocaudal, donde se evidencia Cabezas sin deformaciones, lesiones, o signos de trauma Cuero Cabelludo limpio y en buen estado de higiene sin aparente inflamación craneal ojos Pupilas iguales reactivas a la luz y acomadación sin secreciones ni enrojecimiento ni movilidad ocular. adecuada fosas nasales Permeables Sin secreción ni congestion o deformidades Pabellones auriculares en Completo Funcionamiento y buen estado de Salud e higiene. labios Humedos Protesis dentaria con buen estado de higiene y sin dificultad Para deglutación, cuello simetrico sin dolor en la rotación sin nodulos ni dolor a la Palpación miembros superiores completos torax y Campos Pulmonares sin Signos ruidosos abdomen Plano sin dolor a la Palpación ni masas Palpables miembros Inferiores Completos Con total normalidad Para el desplazamiento se toman Signos Vitales (T/A 121/84 - Fc 69 SAT 0294 - Fr 20 T° 35.3)	Aux Diana Galeano –

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Maria Carbia Aristizabal

EAPB: Salud Total

N° identificación del adulto: 24. 805. 667.

Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 19 Cs 8 Tokio.

Cel:

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
24-09-25	11+40	115/72	71	98	16	36.0	Toma 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

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A):	María Carlota Aristizabal
CEDULA: 24'805.667	EDAD: 69 años
DIRECCION RESIDENCIA: Mz 19 Cs 8 Tokio	TELEFONOS: 314 823 47.25
EAPB: Salud Total	GRUPO: Amarillo JORNADA: Mañana

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
11-09-25 10:20 AM	Usuario María Carlota Aristizabal del grupo amarillo quien sufre caída durante actividad física en el cancha multiple se realiza desplazamiento al area de la caida donde se asiste a la usuaria Preguntandole como se siente si tiene alguna dificultad para levantarse o tiene alguna contusión en alguna parte del cuerpo la usuaria responde que se puede levantar y que fue ~~otro~~ el nerviosismo y el susto por el episodio ocurrido se lleva a la graderia donde fue palpada y valorada se aplica crema Gel frio y se deja en observación y reposo durante quince minutos ya la usuaria manifiesta sentirse bien sin ninguna alteración física y psiquica y dice seguir participando en las actividades voluntarias durante la actividad y el resto de la jornada se hace una observación visual a la usuaria donde se le ve participando el resto de la programación de la jornada hasta su retiro de las instalaciones. Se realiza seguimiento el dia siguiente donde se observa realizando las actividades con completa normalidad.	Aux Diana Galeano

Powered by CamScanner

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 Carlota Anistrabal Montes
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 24505667
GRUPO Amarillo.
EVALUADO POR: Cristina Pecero P.
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 / MES: Julio / AÑO: 2025.

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año — 5/5
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 5/5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) — 3/3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

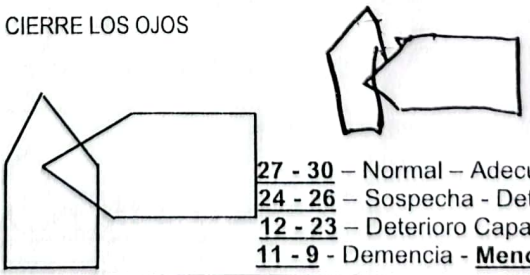
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5/5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3/3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 3/3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj — 2/2
- 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? — 2/2
- ¿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

Capacidad cognitiva normal.

Powered by CamScanner

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

FECHA DE APLICACION:	DIA: 24 /	MES: JULIO /	AÑO: 2025 /
NOMBRE COMPLETO Maria Carlota Aristizabal		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 24805667	
GRUPO Amarillo		ENTREVISTADO POR Cristina Pacheco	

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

#	PREGUNTA	SI	NO
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 **saludable**.	
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	5
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

FIRMA PROFESIONAL: Cristina Pacheco

Indice en Riesgo.

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

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

Nombre del adulto: Maria Carlota Aristizabal

EAPB: Salud Total

N° identificación del adulto: 24.805.667

Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 19 Cs 8 Tokio.

Cel:

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
24-09-25	11+40	115/72	71	98	16	36.0	toma signos vitales	Sandra Ibarra
21-10-25	10+53	110/75	70	94	16.	34.2	toma signos vitales	Sandra Ibarra.
05-11-25	11+15	117/60	71	95	16	35.7	Toma Signos Vitales	Sandra Ibarra.

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

Nombre del adulto: Maria Carbia Aristizabal

N° identificación del adulto: 24.809.667

Dirección domicilio: Mz 101 Cs 8 Tokio.

EAPB: Salud Total

Nivel de Riesgo:

Cel:

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
24-09-25	11:40	115/72	71	98	16	36.0	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
21-10-25	10:53	110/75	70	94	16.	34.2	Toma signos vitales	Sandra Ibarra

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **24/07/2025**

Ficha: **660011641177500000759**

C18

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA CARLOTA

Apellidos: ARISTIZABAL MONTES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24805667

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **09/05/2025**

Última actualización ciudadano: **09/05/2025**

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**

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 24805667

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 24 MES 07 AÑO 2025

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María Carlota Aristizabal

LUGAR DE NACIMIENTO: Filadelfia FECHA: DIA 22 MES 01 AÑO 1956

DIRECCIÓN: M2 19 CS 8 Tokio

TELÉFONO: 3148234725

EDAD: 69 CATEGORÍA SISBEN: C18 DESPLAZADO Si EPS Salud Total

RH B+

NOMBRE DE UN FAMILIAR

Orlando de Jesus Arcila Aristizabal

DIRECCIÓN Monserrate

TELEFONO 3137825383

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (✓) -Sisben (✓) -Otro (✓) Cuál
historia Clinica y Aptos

Nombre del funcionario:
Nicolas Tabares E.

C.T.A. MULTISER

Powered by CamScanner

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Aristizabal Nombre: Maria Carlota

Sexo: F Edad: 69 Peso, kg 44,5 Altura, cm: 1,375 Fecha: 14/08/25

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 nutricional.

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o 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
0

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 paciente
- 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 Consumo 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 Gerontol 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

© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009

Para más información: www.mna-elderly.com

	PROGRAMA ADULTO MAYOR CENTRO VIDA ORIENTE CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 12-2024

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA PERSONA ADULTA MAYOR.

PESO 44,5 TALLA: 1,37S IMC: 23,S

DX NUTRICIONAL: Peso Adecuado

Dx Hipotiroidismo

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 Carlota Arristabal	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24805667
GRUPO: Amarillo -AM	EVALUADO POR: Jhoyser Acevedo

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 28 / MES: Julio / 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

Powered by CamScanner

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

IAD Puntuación: 1	IAD 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
IAD Puntuación: 1	IAD 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 categorizada con independencia total para actividades cotidianas.

Jhayson David Acevedo M
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

María Cecilia Aristizabal
FIRMA PERSONA EVALUADA

Powered by CamScanner

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
María Carlota Arristabal	24805662
GRUPO: Amarillo - AM	**EVALUADO POR:** Jhoyson Acevedo

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 28 / MES: Julio / 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.
2 = 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.
2 = 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.
2 = 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.
2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

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

Powered by CamScanner

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 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
Tiempo: 10 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: 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: 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: 10 segundos

Powered by CamScanner

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, ___ 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: ___ 3, ___ segundos

13. SE PARA EN LOS TALONES:

0 = incapaz.
X = capaz, pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___ 1, 2 segundos



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

Powered by CamScanner

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.
1 = 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.
2 = 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.
2 = no.

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

0 = casi cae.
1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
2 = 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.
2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

Powered by CamScanner

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.
3. La máxima puntuación para la subescala del equilibrio 16.
4. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.
5. A mayor puntuación>>>menor riesgo

9 - 9
25 - 26
34 - 35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuaria categorizada en riesgo de caida bajo. Presenta correctas condiciones para marcha y equilibrio estatico. Recomendacion AF general para mantener y mejorar condiciones actuales.

Puntuación general 34 de 35.

Juan David Acevedo M

FIRMA – EVALUADOR

María Carlota Aristizabal Montes

FIRMA PERSONA EVALUADA

Powered by CamScanner