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 | 24904220 |
| NOMBRES | MARIA DE LOS ANGELES |
| APELLIDOS | FLOREZ VDA DE GOMEZ |
| 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:** | 05/13/2025 14:20:55 | **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

# Mini Nutritional Assessment

# MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Florez Nombre: Maria de los Angeles

Sexo: F Edad: 87 Peso, kg: 41,8 Altura, cm: 1,45 Fecha: 25/06/25

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 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
→ 1

**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
→ 2

**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
→ 1

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) → 10

**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
→ 1

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

**I Úlceras o lesiones cutáneas?**
0 = sí 1 = no
→ 0

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

**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
→ 1.0

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

**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
→ 0.0

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

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

**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
→ 0.5

**Q Circunferencia braquial (CB en cm)**
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22
24.2
→ 1.0

**R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)**
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31
31.2
→ 1

Evaluación (máx. 16 puntos) → 14

Cribaje → 12

Evaluación global (máx. 30 puntos) → 26

Evaluación del estado nutricional

| | | |
|---|---|---|
| De 24 a 30 puntos | ☐ | |
| De 17 a 23.5 puntos | ☒ | estado nutricional normal / riesgo de malnutrición / malnutrición |
| Menos de 17 puntos | ☐ | |


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.


® 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<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>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** 41,8 **TALLA:** 145 **IMC:** 19,8

DX NUTRICIONAL: Peso insuficiente / MNA: Riesgo Nutricional

HTA- Hiperlipidemia

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

PEREIRA

versión: 02 fecha de vigencia: septiembre 25 de 2020

SOLICITUD DE CUPO N° _____

FECHA DE SOLICITUD DIA__ MES____ AÑO____

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María de los Angeles Florez

LUGAR DE NACIMIENTO: Sevilla FECHA: DIA 31 MES 08 AÑO 1937

DIRECCIÓN Mz 36 casa 14 San vicente bajo

TELÉFONO: _____

EDAD 87 CATEGORÍA SISBEN: C3 DESPLAZADO _____ EPS salud total

RH A+

| NOMBRE DE UN FAMILIAR |
| --- |
| Ana María Florez (Amiga) |
| DIRECCIÓN San Vicente |
| TELEFONO 3126011013 |

OBSERVACIONES:
Usuaria vive sola, en ocasiones le ayuda una vecina amiga.

Documentos anexos: -Cédula ( ✓ ) -Sisben ( ✓ ) -Otro ( ✓ ) Cuál
salud

Nombre del funcionario:
Dayana Lorena Hincapie



C.T.A. MULTISER

| C.T.A MULTISER | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>C.T.A. MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO | Alcaldía de PEREIRA |
|---|---|---|
| Versión: 0 | | Vigencia: 05-2017 |

ENCUESTA No. _____ /

## DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA DÍA 09 / MES abril / AÑO 2025 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____ PARENTESCO _____ /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María de los Angeles Flores C.C 24904220 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D31 / M08 / A1937 / Sevilla (Valle) / EDAD 87 / SEXO f /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz 36 casa 14 / BARRIO San vicente bajo

EPS Salud total / PUNTAJE SISBEN <3 / TIPO SANGRE A+ /

ETNIA: MESTIZO X / AFROCOLOMBIANO: __ / INDIGENA: __ / RAIZAL: __ / ROM: __ / OTRO: ____ /

ESTADO CIVIL CASAD@ ____ / UNION LIBRE ___ / SEPARAD@ ___ / VIUD@ X / SOLTER@_____ /

COMUNA _____ / TELÉFONO FIJO _____ / CELULAR 3126011013 /

OCUPACION: ACTUAL Ama de casa / ANTERIOR Ama de casa /

NIVEL ACADEMICO: PRIMARIA: _____ / SECUNDARIA: ____ / UNIVERSITARIA: ____ / OTRO: ___ /

CUÁL: _____ / NINGUNO: X /

PERSONA DE CONTACTO Ana María Franco /

DIRECCION San Vicente TELÉFONO 3126011013 PERENTESCO amiga /

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

FISICA: HTA __ / DIABETES __ / OSTEOPOROSIS __ / ARTICULARES ___ / EPOC __ /

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL ___ / OTRAS CUALES: _____ /

DISCAPACIDAD SENSORIAL: VISUALES ___ / AUDITIVAS X / DEL HABLA ___ / EPILEPSIA ___ /

AFECTACION MENTAL: ESTRÉS___ / ANSIEDAD___ / DEPRESION ___ / DEMENCIA___ /
OTRAS __ / CUALES: _____ /

AUTOPERCEPCION DE LA SALUD: MUY BUENA__ / BUENA__ / REGULAR X / MALA__ / MUY MALA__ /

## 2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICION FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

| | NOMBRES Y APELLIDOS | EDAD | PARENTESCO | OCUPACION |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Ana María Franco | | Amiga | |
| 2 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

| | DIARIO | SEMANAL | MENSUAL | ESPORADICAMENTE |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIARES | | | | |
| PARIENTES | | | | |
| VECINOS | | | | |
| AMIGOS | X | | | |

## 3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI ___/

CUÁL? _____/

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI ___/

CUAL? _____/

TIENE ALGUN PLAN DE EJERCICIO FISICO DIRIGIDO? NO X / SI ___/

CUAL? _____/

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACION ____/ CULTURA ____/ ARTES ____/ MANUALIDADDES ____/

OTRAS: __/ CUÁLES: _____/

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARIA REALIZAR?

hacer ejercicio

3.2 FACTORES DE RIESGO:

FUMA: SI ___/ NO X / BEBE SI ___/ NO X / SEDENTARIO SI ___/ NO X /

## 4 RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONOMICA:

PENSIONADO ___/ RENTAS PROPIAS ___/ CONYUGE ___/ HIJOS ___/

FAMILIARES ___/ SUBSIDIO DEL ESTADO ___/ AMIGOS ___/ NINGUNO X /

OTROS CUALES? _____/

4.2 SUS INGRESOS ECONOMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. __X__
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... _____
- 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 __/ NO X /

VESTUARIO: SI __/ NO X / TRANSPORTE: SI __/ NO X / RECREACIÓN: SI __/ NO X /

## 5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA X / FAMILIAR___/ ARRENDADA ___/ INVASION___/ CEDIDA __/

PRESTADA ___/ NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR___/ OTRO_____/

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

CALLE DE DIFICIL ACCESO A LA VIVIENDA ___/ ESCALAS ___/ PISOS CON DESNIVEL ___/

PUERTAS X / VENTANAS X / BAÑO INCOMPLETO___/ DIVISIONES ___/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES ___/ DORMITORIO COMPARTIDO___/

DORMITORIO AISLADO __/ HUMEDADES___/ ILUMINACION-VENTILACIÓN INTERNA DEFICIENTE __/

VIVIENDA EN RUINA X /OTRA _____/

TODAS LAS ANTERIORES _____/ NINGUNA DE LAS ANTERIORES _____/

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

**CENTRO VIDA: SI X / NO __/**

**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA:** Dayana Lorena Hinestroza

**PROFESION:** Trabajo social _____/ **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1088251475

APROBACIÓN DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

PEREIRA

Versión: 02 Fecha 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 de los Angeles | Apellidos Flores |
| Documento de identidad 24904220 | Expedida Pereira |

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 | | | ✓ | Abandono familiar | ✓ | Sedentarismo | |
| Ingresos económicos 1smlv | ✓ | | | Violencia intrafamiliar | | Tabaco | |
| Disponibilidad de tiempo | Si ✓ | | No | Signos de desnutrición | | Ninguno | |

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 09 Mes 04 Año 2025

**Firma**

_____
**Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira** _____

_____
**Nombre Gerontólogo(a)** _____

_____
**Nombre Psicólogo(a)** _____

| C.T.A. MULTISER | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>C.T.A. MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR | Alcaldia de PEREIRA |
|---|---|---|
| Version: 0 | | Vigencia: 05-2017 |

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro vida Oriente

NOMBRES: Maria de los Angeles

APELLIDOS: Florez Vda de Gomez

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 31 / MES: agosto / AÑO: 1937

EDAD 87 / SEXO F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 24904220 / TIPO SANGRE: A+

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: X / INDIGENA: __ / AFROCOLOMBIANO: __ / RAIZAL: __ / ROM: __ / OTRO: _____

DIRECCIÓN: Mz 36 casa 14 / BARRIO: San vicente (villa santana)

COMUNA: Villa santana / VEREDA: _____

TELEFONO FIJO: _____ / CELULAR: 3126011013 / PLAN FUNERARIO: _____

S.G.S.S.S: C: __ / S: X / V: __ / O: __ / E.P.S: salud total / PUNTAJE SISBEN C3

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: X / OTRO: _____

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Ana Maria Franco

PARENTESCO: Amiga / TEL FIJO: _____ / TEL CELULAR 3126011013

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: _____

DIRECCION San Vicente bajo / TELEFONOS: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

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

C.T.A. MULTISER

# FICHA DE INSCRIPCION
## PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR
## CENTRO VIDA ORIENTE

Alcaldía de PEREIRA

Código: FO-DS-04-009
Versión: 01
Fecha de Creación: 17/08/2017

**IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

PRIMER NOMBRE: Maria

SEGUNDO NOMBRE: De los Angeles

PRIMER APELLIDO: Florez

SEGUNDO APELLIDO: Viuda de Gomez

**TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ✓ | CEDULA DE CIUDADANÍA | 4 | | REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP |
| 2 | | CEDULA DE EXTRANJERÍA | 5 | | PASAPORTE |
| 3 | | TARJETA DE IDENTIDAD | 6 | | TARJETA DE EXTRANJERIA |

Fecha de Nacimiento: 31 Agosto 1937

No. Documento 24901220

**RANGO DE EDAD:**

| | | | AÑOS CUMPLIDOS |
|---|---|---|---|
| 1 | ✓ | MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS) | 8 7 |
| 2 | | MAYOR DE 55 AÑOS | |

**SEXO:**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | | HOMBRE |
| 2 | ✓ | MUJER |
| 3 | | LGBTI |

**DATOS SISBEN:**

Est

| | | | PUNTAJE |
|---|---|---|---|
| 1 | ✓ | SI | C3 |
| 2 | | NO | |

**ESTADO CIVIL:**

| | |
|---|---|
| CASADO(A) | |
| SOLTERO(A) | |
| DIVORCIADO(A | |
| VIUDO(A) | ✓ |

**ESTA AFILIADO A UNA EPS (ANEXAR FOTOCOPIA DE LA EPS)**

| | | | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ✓ | SI | 1 | | CONTRIBUTIVA | salud total |
| 2 | | NO | 2 | ✓ | SUBSIDIADA | |

**¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO | 4 | ✓ | MADRE CABEZA DE FAMILIA | 7 | | PUEBLO Rrom (Gitanos) |
| 2 | | REINCORPORADO(A) | 5 | | PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD | 8 | | OTRO. ¿CUAL? |
| 3 | | PUEBLOS INDIGENAS | 6 | | COMUNIDADES (Negras, Afro, Palenqueras y Raizales). | | | |

**¿CÚAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ✓ | NINGUNO | 5 | | SECUNDARIA INCOMPLETA | 9 | | UNIVERSITARIA INCOMPLETA |
| 2 | | PRIMARIA COMPLETA | 6 | | TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA | 10 | | POSTGRADO COMPLETO |
| 3 | | PRIMARIA INCOMPLETA | 7 | | TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA | 11 | | POSTGRADO INCOMPLETO |
| 4 | | SECUNDARIA COMPLETA | 8 | | UNIVERSITARIA COMPLETA | 12 | | OTRO (EDUCACIÓN NO FORMAL) |

**¿PERTENECE USTED A ALGUNA(S) ORGANIZACIÓN(ES) Y/O ASOCIACION(ES)?**

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 _____

2 _____

2 [X] NO

**¿ACTUALMENTE RECIBE ALGÚN(OS) SUBSIDIO(S) POR PARTE DEL GOBIERNO (NACIONAL, DEPARTAMENTAL O DISTRITAL) O DEL SECTOR PRIVADO?**

1 [✓] SI [✓] GOBIERNO [ ] SECTOR PRIVADO 2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Adulto mayor

2

**DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE**

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)**

**SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:**

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

1 [ ] RURAL — VEREDA: ____ NOMBRE DE LA FINCA: ____

2 [x] URBANA — DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Mz 36 Casa 14 BARRIO: San Vicente bajo

**DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)**

TELÉFONO FIJO: ____ TELÉFONO MÓVIL: ____ EMAIL: ____

**DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE: ____ PARENTESCO: ____

TELÉFONO DE CONTACTO: ____

**ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)**

**E1 ACTUALMENTE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL ES: (Asigne una sola alternativa, la que mejor describa la actividad principal**

1 [ ] BUSCANDO TRABAJO
2 [ ] TRABAJAR
3 [ ] ESTUDIAR
4 [ ] OBRERO O EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR
5 [ ] OBRERO O EMPLEADO DEL GOBIERNO
6 [ ] EMPLEADO(A) DOMÉSTICO
7 [ ] TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACION
8 [ ] TRABAJADOR SIN REMUNERACIÓN EN EMPRESAS O DE NEGOCIOS DE OTROS HOGARES
9 [x] OFICIOS DEL HOGAR
10 [ ] INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 [ ] JORNALERO O PEÓN
12 [ ] TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA
13 [ ] PATRÓN O EMPLEADOR
14 [ ] OTRO. ¿CUÁL? ____

**MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

¿CUALES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO VIDA O DIA

Poder usar el tiempo libre y la alimentación que me pueden brindar y poder disfrutar de las actividades que hacen

**DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA**

**INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA**

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Dayana Lerma H.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

| DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 09 | 05 | 2025 |

HUELLA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

**OBSERVACIONES:**

| C.T.A MULTISER | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>C.T.A. MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>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:

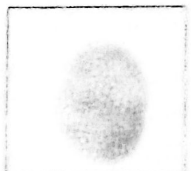
1. Multiser actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.
2. Que la información suministrada podrá ser verificada por los colaboradores de Multiser en cualquier momento.
3. Multiser tendrá la facultad de compartir toda la información con la Alcaldía Municipal 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 9 días del mes de 04 del año 2025.

Firma No firmo

Nombre María de los Angeles Florez

Identificación 24904780



Sisbén

Fecha de consulta: 09/04/2025

Ficha: 66001066563500000181

C3

**Vulnerable**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** MARIA DELOSANGELES

**Apellidos:** FLOREZ GOMEZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 24904220

**Municipio:** Pereira

**Departamento:** Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 10/10/2019

**Última actualización ciudadano:** 10/10/2019

**Última actualización vía 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

COLOMBIA VIDA

ADRES Salud

# 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 | 24904220 |
| NOMBRES | MARIA DE LOS ANGELES |
| APELLIDOS | FLOREZ VDA DE GOMEZ |
| 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:** | 04/09/2025 11:49:08 | **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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.904.220
FLOREZ Viuda de GOMEZ
APELLIDOS
MARIA DE LOS ANGELES
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1937
SEVILLA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.46 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-NOV-1960 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2402500-00164290-F-0024904220-20090725 0013917460A 1 4910014519

| | | |
|---|---|---|
| Alcaldía de PEREIRA | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>MUNICIPIO DE PEREIRA<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO<br><br>COOPERATIVA MULTISER<br>NIT: 900415283-4 | |
| **FAMILY APGAR** | | Versión: 1<br>Código: 1.1<br>Vigencia: 08-2024 |

FECHA DE EVALUACION: DIA: 09 / MES: abril / AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria de los Angeles Flores C.C: 24904220

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)*** | ☐ | ☐ | X | ☐ | ☐ |
| 2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – ***(PARTICIPACION)*** | X | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – ***(AFECTO)*** | X | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – ***(CRECIMIENTO)*** | ☐ | X | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – ***(RESOLUCION)*** | X | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**ANALISIS RESULTADO:**

Se obtiene un resultado de 4g donde se evidencia que la usuaria pertenece a un sistema familiar gravemente disfuncional con caracteristicas de negligencia emocional. Se catalogo como un caso prioritario.

Dayana Lorena H.

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 1088235475

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 |

# Mini Nutritional Assessment

# MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Florez Nombre: Maria de los Angeles

Sexo: F Edad: 87 Peso, kg 41,8 Altura, cm: 1,45 Fecha: 28/6/25

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
→ 1

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
→ 1

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
→ 1

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) → 09

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
→ 1

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

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

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

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
→ 0.5

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

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
→ 0.0

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

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

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
→ 1.0

Q Circunferencia braquial (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22
24,2 → 1.0

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31
31,2 → 1

Evaluación (máx. 16 puntos) → 12.5
Cribaje → 09
Evaluación global (máx. 30 puntos) → 21.5

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐
De 17 a 23,5 puntos ☒ estado nutricional normal ✓
Menos de 17 puntos ☐ riesgo de malnutrición / 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


© 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<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL | Alcaldía de PEREIRA<br>Vigencia: 12-2024 |
|---|---|---|
| Versión: 0 | | |

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

PESO 41,8 TALLA: 1,45 IMC: 19,8

DX NUTRICIONAL: Peso Insuficiente, Disminución Severa de masa muscular, MNA Riesgo de malnutrición, con Dx hiperlipidemia.

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

| NOMBRE COMPLETO: María De los Angeles Flórez | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24904220 |
|---|---|
| GRUPO: Rojo - AM. | EVALUADO POR: David Renteria |
| FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 / | MES: Abril / 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<br>Puntuación:<br>D | I A D<br>Puntuación: | CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO | I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada<br><br>A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números<br><br>D= Totalmente dependiente para realizar una llamada por teléfono por sí mismo |
| I A D<br>Puntuación:<br>A | I A D<br>Puntuación: | USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE | I= Viaja con independencia en transportes públicos o condice su propio auto<br><br>A= Solo viaja si lo acompaña alguien<br><br>D= No puede viajar en absoluto |
| I A D<br>Puntuación:<br>D | I A D<br>Puntuación: | IR DE COMPRAS | I= Realiza todas las compras con independencia<br><br>A= Necesita compañía para realizar cualquier compra<br><br>D=Totalmente independiente para ir de compras |
| I A D<br>Puntuación:<br>I | I A D<br>Puntuación: | PREPARACION DE LA COMIDA | I= Organiza, prepara y sirve los alimentos adecuadamente y con independencia<br><br>A=Calienta, sirve y prepara alimentos ligeros, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda<br><br>D= Necesita que le preparen y sirvan los alimentos |

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

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

TOTAL 6 TOTAL _____

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

**ANALISIS:** Usuaria presenta dependencia en varias actividades cotidianas, requiere asistencia para su cotidianidad. Presenta adicional limitaciones para escuchar.

David Renteria
**NOMBRE PERSONA EVALUADORA**

**FIRMA PERSONA EVALUADA**

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

| | |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO<br>Maria De Los Angeles Florez | DOCUMENTO DE IDENTIDAD<br>24904220 |
| GRUPO:<br>Rojo - AM. | EVALUADO POR:<br>David Rentería |
| FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 / MES: Abril / 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.
2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ 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.
2 = 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.
2 = 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.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 0, 9 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.
2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos

**10. POSICIÓN TÁNDEM:**

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro **o** comienza a caerse **o** se mantiene por ≤ 3 segundos.
X = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
0 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: ___ 4, 2 segundos

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

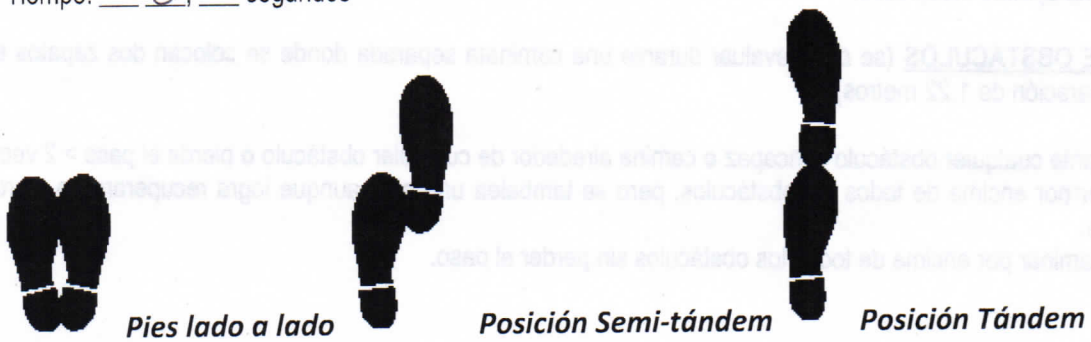
0 = incapaz **o** se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
X = capaz y firme.

**12. SE PARA EN PUNTILLAS:**

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

**13. SE PARA EN LOS TALONES:**

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



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

| Alcaldía de PEREIRA | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>MUNICIPIO DE PEREIRA<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO<br><br>COOPERATIVA MULTISER<br>NIT: 900415283-4 | |
|---|---|---|
| ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO | | Versión: 1<br>Código: 1.1<br>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.
X = 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.
X = no.

**4. DA LA VUELTA** (mientras camina):

0 = casi cae.
X = 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.
X = 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.

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

6/9
20/26
26/35

## *ANALISIS DEL RESULTADO*

Usuaria con moderado riesgo de caida, presenta limitaciones en su equilibrio estatico unipedal y para ponerse en talones o puntas de pie. Marcha continua aunque algunos tambaleos y desviaciones.
Se recomienda AF tren inferior.

Puntaje general 26 de 35

David R.

***FIRMA – EVALUADOR***

***FIRMA PERSONA EVALUADA***

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

Nombre del adulto: Maria de los Angeles Florez

N° identificación del adulto: 2490 4920

Dirección domicilio: Cra 36 cs 14 villa Santana.

EAPB: Salud total

Nivel de Riesgo: _____

Cel: — 11 — 11 —

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 RESPONSABL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28-04-25 | 9+37 | 156/72 | 96 x1 | 96 | 15 x1 | — | valoración inicial. | Sandra Ibarra |
| 21-05-25 | 10+30 | 127/72 | 91 | 95 | 16 x1 | 34.4 | Tsignos vitales | Sandra Ibarra |
| 18-06-25 | 10:55 | 136/51 | 60 | 93 | 20. | 360 | TSignos 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 de los Angeles Florez.

CEDULA: 24.904.220 | EDAD: 87 años.

DIRECCION RESIDENCIA: | TELEFONOS:

EAPB: Salud total | GRUPO: ROJO | JORNADA: tarde

| FECHA Y HORA | NOTA DE EVOLUCION | FIRMA Y SELLO |
|---|---|---|
| 18-06 2025 10:56 | Usuaria que se valoran signos vitales es tables en parametros normales, registrados en formato. // | Sandra M. Ibarra B. 42.159.996 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Maria de los Angeles Florez

N° identificación del adulto: 24904220

Dirección domicilio: cra 36 cs 14 villa santana.

EAPB: Salud total

Nivel de Riesgo:

Cel: — // — // —

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SATO2: 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 RESPONSABL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28-04-25 | 9+37 | 156/72 | 96 x1 | 96 | 15 x1 | — | valoración inicial. | Sandra Ibarra |
| 21-05-25 | 10+30 | 127/72 | 91 | 95 | 16 x1 | 34.4 | Tsignos vitales | Sandra Ibarra |
| 18-06-25 | 10:55 | 136/51 | 60 | 93 | 20. | 36.0 | TSignos Vitales. | Sandra Ibarra |
| 16-06-25 | 12+18 | 160/80 | 61 | 95 | 15 | 35.9 | Toma signos vitales | Sandra Ibarra |
| 10-09-25 | 11+16 | 149/60 | 60 | 96 | 21 | 35.0 | T. Signos vitales | Sandra Ibarra |
| 29-09-25 | 11+00 | 145/75 | 65 | 95 | 20 | 34.9. | 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

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

# FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): María de los Angeles Florez.

CEDULA: 24.904.220 | EDAD: 87 años.

DIRECCION RESIDENCIA: | TELEFONOS:

EAPB: Salud total | GRUPO: ROJO | JORNADA: Tarde

| FECHA Y HORA | NOTA DE EVOLUCION | FIRMA Y SELLO |
|---|---|---|
| 18-06-2023 10:56 | Usuaria que se valoran signos vitales estables en parametros normales, registrados en formato. // | Sandra M. Ibarra B. 42.159.996 |
| 26-05-2023 | Usuaria llega a enfermeria por sus propios medios, se valoran signos vitales. Se evidencia en la región deltoidea derecha cervical inflamación edema en la zona, coloración y calor la paciente se encuentra consciente, orientada, se realiza remisión externa para el centro asistencial (Hospital de Kennedy. | Sandra M. Ibarra B. |

Powered by CamScanner

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

| FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA | | |
|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO |
| 16 | 05 | 25 |

| | |
|---|---|
| PRUEBA DE ENTRADA | |
| PRUEBA DE SALIDA | |
| CALIFICACIÓN | |

| | |
|---|---|
| NOMBRES - APELLIDOS | Maria de los Angeles Flores. |
| DOCUMENTO | 24904220 |
| GRUPO | Rojo. |

**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:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | | 2 | | 4 | 5 | | | 8 | | | 11 |

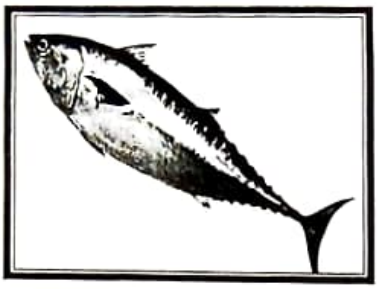
4. Resuelve las Operaciones.

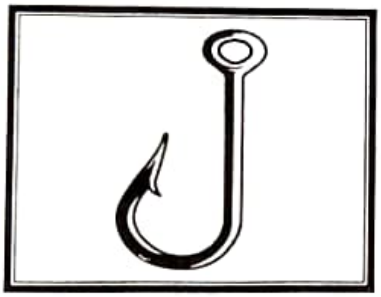
| | | | |
|---|---|---|---|
| 7<br>+2 | 17<br>+39 | 9<br>-3 | 51<br>-35 |
| | | | |

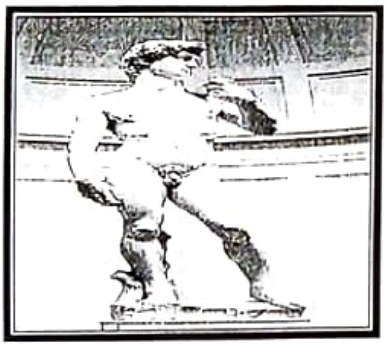
5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

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

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









ESTATUA

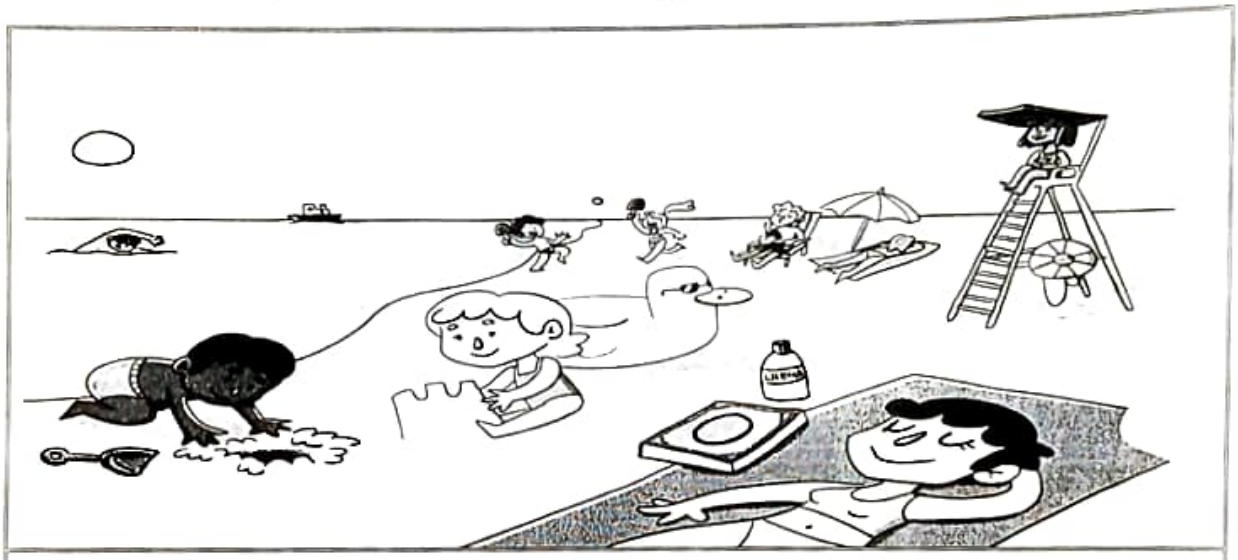
CASA

PESCADO

ANZUELO

# PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA

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



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 |
|---|---|
| | |

**EXITOS!**

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

| PROFESIONAL | FIRMA |
|---|---|
| Andrea Angar Quintero<br>Claudia Patricia Corrales | Claudia Corrales. |
| **ÁREA** | **FECHA DE CALIFICACIÓN** |
| Área de Educación y TIC´S | 16-05-25 |

NOTAS Y OBSERVACIONES:

No presenta la prueba debido a problemas de bajo vision

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

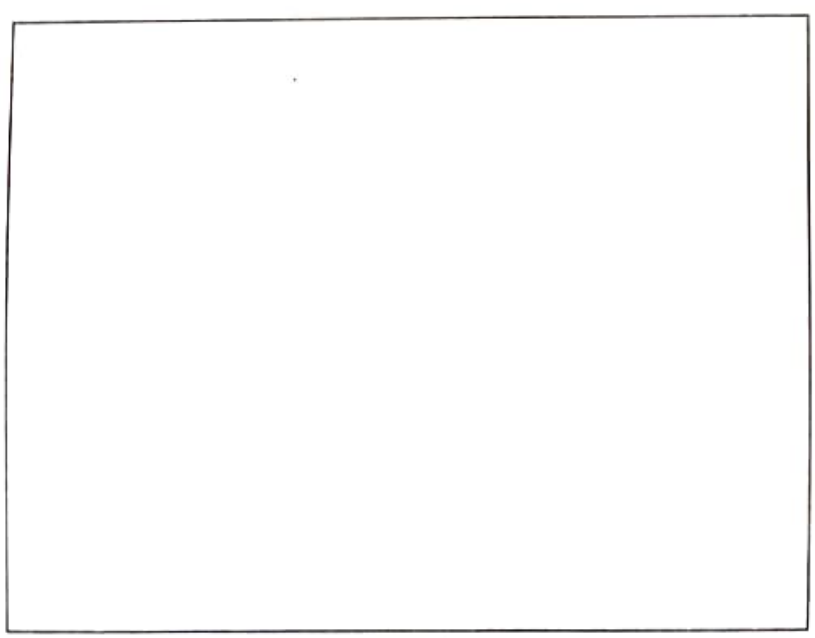
| FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA | | |
|---|---|---|
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |
| 16-05 | 05 | 25. |

| | |
|---|---|
| **PRUEBA DE ENTRADA** | |
| **PRUEBA DE SALIDA** | |
| **CALIFICACIÓN** | |

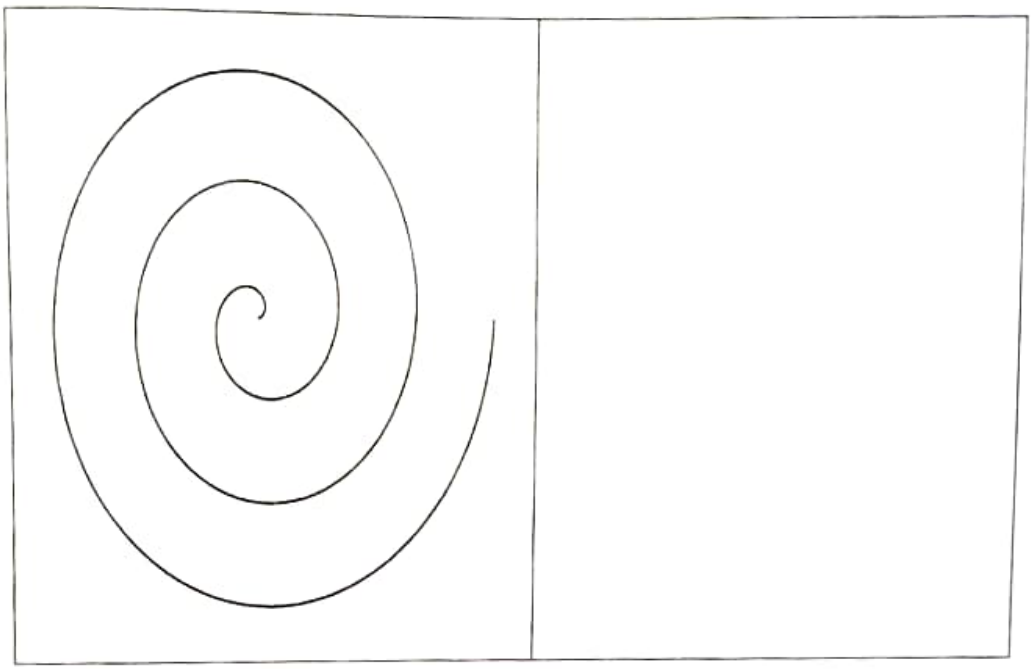
| | |
|---|---|
| **NOMBRES - APELLIDOS** | Maria de los Angeles Flores. |
| **DOCUMENTO** | 24904220 |
| **GRUPO** | Rojo. |

**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.

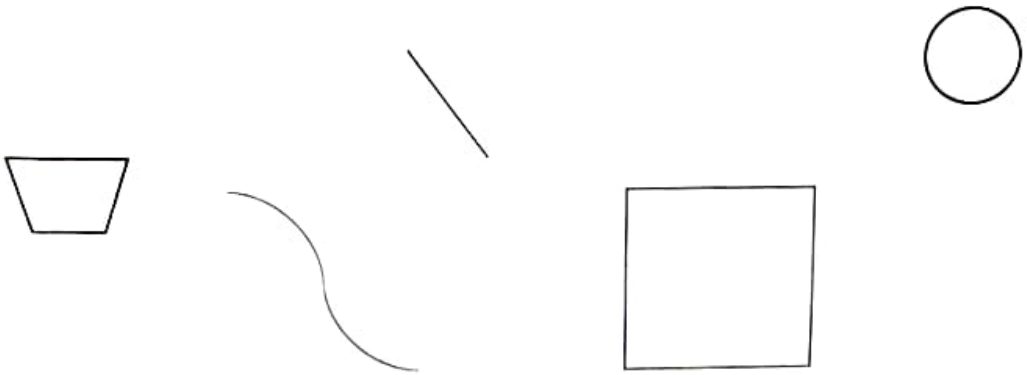


3. Escriba 2 usos que usted le daría a los siguientes objetos:

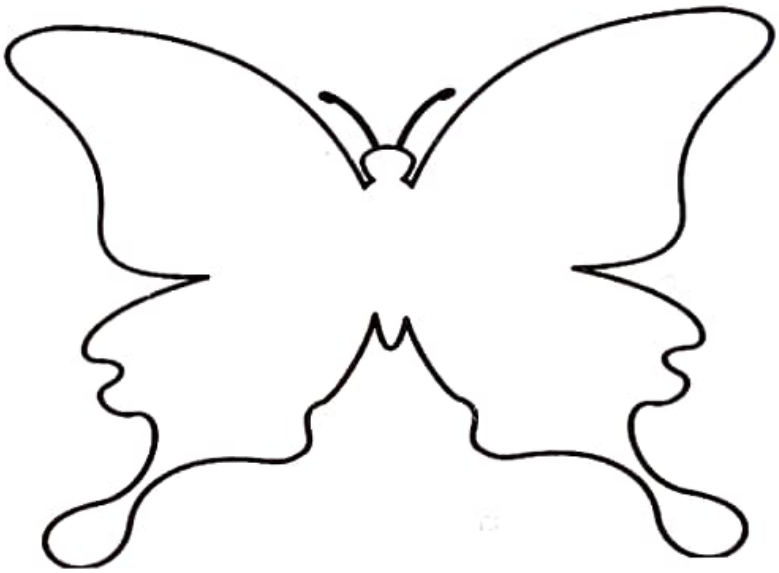
Periódico

botella plástica

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:



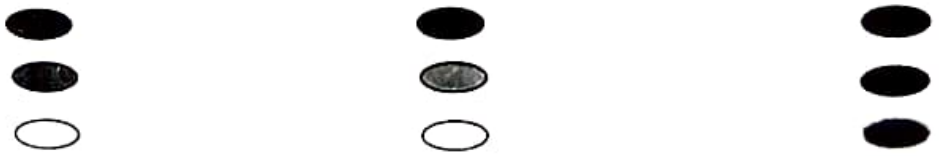
5. Pinte el dibujo con un lápiz de color sin salirse de los bordes.



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



7. Señale con una x los colores primarios :



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

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

☐ Falso
☐ Verdadero

| PROFESIONAL | FIRMA |
|---|---|
| Andrea Arias Asuntero<br>Claudia Patricia Corrales. | Claudia Corrales. |
| **ÁREA** | **FECHA DE CALIFICACIÓN** |
| Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo. | 16-05-25. |

**NOTAS Y OBSERVACIONES:**

No presenta la prueba debido a problemas de baja visión.

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

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

# ESCALA DEPRESION GERIATRICA – YESAVAGE

FECHA DE APLICACION: DIA: 16 / MES: 01 / AÑO: 2025

NOMBRE COMPLETO: Maria de los Angeles Florez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24904220

GRUPO: ROJO AM

ENTREVISTADO POR: Mary Luz Arboleda

## 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 vacia? | 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**. | 3 |
| 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. | |
| 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: _____

**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: 08-2024

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

NOMBRE COMPLETO: María de los Angeles Flórez — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 29934220

GRUPO: rojo - AM — EVALUADO POR: Mary Luz Arboleda

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 16 / MES: Abril / AÑO: 2025

**ORIENTACIÓN**

- Dígame el dia, fecha, mes, estación, año — 1 / 5
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 1 / 5

**FIJACIÓN**

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

**CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO**

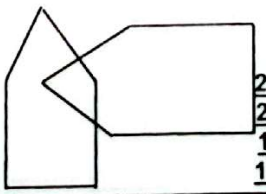
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — ✓ / 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 0 / 3

**MEMORIA**

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 2 / 3

**LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj — ✓ / 2
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros — ✓ / 1
- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? — 0 / 2
- ¿Que son un perro y un gato? — ✓ / 3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa — / 1
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS — 0 / 1
- Escriba una frase — 0 / 1
- Copie este dibujo — 0 / 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.

TOTAL: 19

Deterioro cognitivo

**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

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

| FECHA APLICACION | NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO | EVALUADOR(A) |
|---|---|---|
| D: 22 M: 05 A: 2025 | Maria de los Angeles Florez | Mariana Vargas L. |

## ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

| MIEMBRO SUPERIOR | Der | Izq. |
|---|---|---|
| Abducción de hombro | 2 | 2 = 4 |
| Flexión de codo | 3 | 3 = 6 |
| Extensión de muñeca | 3 | 3 = 6 |
| **MIEMBRO INFERIOR** | | |
| Flexión de cadera | 2 | 2 = 4 |
| Extensión de rodilla | 2 | 2 = 4 |
| Dorsiflexión de tobillo | 3 | 3 = 6 |
| **PUNTAJE TOTAL** | | 34 |

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:**

Resultado de la evaluacion muscular, la usuaria tiene su fuerza muscular moderadamente afectado, realiza los movimientos activos, pero sin resistencia. Se recomienda mejorar su fuerza muscular para un mejor desempeño en sus AVD.

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

| FECHA APLICACION | NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO | EVALUADOR(A) |
|---|---|---|
| D: 27 M: 05 A: 2025 | María de los Angeles Flores | Mariana Vargas |

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: |
|---|---|---|---|---|---|
| [ ] | (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].

# Mini-BESTest
## "Evaluación de los Sistemas de Equilibrio"

SUBPUNTUACIÓN: /6

CONTROL POSTURAL REACTIVO

### 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."

- ☐ **(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 0 podría caer si no fuera cogido 0 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."

- ☐ **(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 0 podría caer si no fuera cogido 0 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 | |
|---|---|---|---|
| ☐ | **(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto | ☐ | **(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.

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:

- [ ] **(2) Normal:** 30 s.
- [x] **(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:

- [ ] **(2) Normal:** 30 s.
- [x] **(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."

- [ ] **(2) Normal:** Cambios significativos en la velocidad de marcha sin desequilibrio.
- [x] **(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.

## 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."

- [ ] **(2) Normal:** gira con los pies próximos RÁPIDO (< 3 pasos) con buen equilibrio.
- [x] **(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".

- [ ] (2) Normal: Capaz de pasar por encima de la caja con cambio mínimo en la velocidad de marcha y con buen equilibrio
- [x] (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:** 18,54 **segundos** **TUG doble tarea:** 29,41 **segundos**

- [ ] **(2) Normal:** Sin cambios reseñables en sentarse, ponerse de pie o caminar mientras cuenta hacia atrás comparado con el TUG sin doble tarea.
- [x] **(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: 16 /28

| Alcaldía de PEREIRA | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>MUNICIPIO DE PEREIRA<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO<br><br>COOPERATIVA MULTISER<br>NIT: 900415283-4 | |
|---|---|---|
| **REMISION EXTERNA - INTERINSTITUCIONAL** | | **Versión: 1**<br>**Código: 1.1**<br>**Vigencia: 08-2024** |

## 1. DATOS PERSONALES DEL REMITIDO(A)

| | | |
|---|---|---|
| **NOMBRES**<br>MARIA DE LOS ANGELES | **APELLIDOS**<br>FLOREZ | |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD**<br>24904220 | **EDAD**<br>87 AÑOS | **EAPB**<br>SALUD TOTAL |
| **ACUDIENTE**<br>ANA MARIA FRANCO | **PARENTESCO**<br>AMIGO | **TELEFONOS**<br>3126011013 |

## 2. DESCRIPCIÓN

(**a**. Descripción Beneficiario Centro Vida. **b**. Situación reportada. **c.** conclusión profesional)

USUARIO DE 87 AÑOS DE EDAD, REFIERE INAPETENCIA, INADECUADO CONSUMO DE ALIMENTOS EN LA INSTITUCION, CONSUME EL 50% DE LOS ALIMENTOS OFRECIDOS, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES, REFIERE PERDIDA DE PESO DATOS ANTROPOMETRICOS T 1,45 P 41,8 PP 31,2 IMC 19,8 DX PESO INSUFICIENTE PARA EL ADULTO MAYOR, DISMINUCION SEVERA DE MASA MUSCULAR.

## 3. RECOMENDACIONES

SE REMITE A SU EAPB, PARA VALORACION POR NUTRICION.
SE REALIZA SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE ALIMENTOS OFRECIDO DENTRO DE LA INSTITUCION.

**REMITIDO A LA INSTITUCION:** _____

| | |
|---|---|
| **HORA DE REMISION:**<br>**11.00AM** | **FECHA DE REMISIÓN**<br>**D: 22** **MES: 07** **AÑO: 2025** |
| **AREA PROFESIONAL** | **NUTRICIONISTA DIETISTA** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL** | **VALENTINA BERMEJO** |
| **TARJETA O REGISTRO PROFESIONAL** | **3902** |

**FIRMA PROFESIONAL** 

| Alcaldía de PEREIRA | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>MUNICIPIO DE PEREIRA<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO<br><br>COOPERATIVA MULTISER<br>NIT: 900415283-4 | |
|---|---|---|
| **REMISIÓN EXTERNA - INTERINSTITUCIONAL** | | Versión: 1<br>Código: 1.1<br>Vigencia: 08-2024 |

| **1. DATOS PERSONALES DEL REMITIDO(A)** | | |
|---|---|---|
| **NOMBRES**<br>MARIA DE LOS ANGELES | **APELLIDOS**<br>FLORES | |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD**<br>CC 24904220 | **EDAD**<br>87 años | **EAPB**<br>salud total |
| **ACUDIENTE**<br>JHON JAIRO FLORES | **PARENTESCO**<br>HIJO | **TELÉFONOS**<br>3126011013 |

**2. DESCRIPCIÓN**

(a. Descripción Beneficiario Centro Vida. b. Situación reportada. c. conclusión profesional)

Usuaria adulta mayor acude por sus propios medios al área de enfermería del centro vida . Al momento de la valoración, se evidencia en la región deltoidea derecha cervical inflamación edema en la zona coloración y calor La paciente se encuentra consciente, orientada y estable. Se sospecha herpes zoster por la distribución característica de las lesiones y el decaimiento Refiere dolor 5/10 en la escala subjetiva del dolor. Se observa piel con escoriaciones y a la valoración rápida no se observan otras lesiones, sin embargo se decide remitir a urgencias para precisar diagnóstico e iniciar tratamiento médico . Se brindan recomendaciones sobre signos de alarma , se le realiza toma de signos vitales FC 60 TA 160/80 T 35 SPO2 93 FR 15

**3. RECOMENDACIONES**

INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA VALORACIÓN

**REMITIDO A LA INSTITUCIÓN:** Hospital de Kennedy

| **HORA DE REMISIÓN:**<br>**12:20** | **FECHA DE REMISIÓN**<br>**D: 26 MES: 06 AÑO: 2025** |
|---|---|
| **AREA PROFESIONAL** | **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL** | **TAPH. MARIANA ALEJANDRA ALZATE ROJAS**<br>SANDRA MILENA IBARRA |
| **TARJETA O REGISTRO PROFESIONAL** | CC 1106362242<br>CC 42159996 Sandra M. Ibarra B. 42159996 |

**FIRMA PROFESIONAL** Mariana Alzate Rojas

**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

Scanned with CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| | CONTROL DE SIGNOS VITALES | Código MGO-02 3<br>Versión 01<br>Fecha 22/10/2024 |

Nombre del adulto: Maria de los Angeles Ibañez | EAPB: Salud total

Identificación del adulto: 24904920 | Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Cra 36 Cs 44 villa Santana | Cel: — / / — / /

PA: Presión arterial (mm Hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SAT O2: Saturación de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C: Temperatura (°C)

| FECHA | HORA | T/A | FC | SAT O2 | FR | T°C° | OBSERVACIONES | FIRMA RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22-04-25 | 9:37 | 156/72 | 96 x' | 96 | 19 x' | — | Valoración inicial. | Sandra Ibarra |
| 21-05-25 | 10:30 | 129/72 | 91 | 95 | 16 x' | 34.4 | T. signos vitales | Sandra Ibarra |
| 18-06-25 | 10:55 | 136/51 | 60 | 93 | 20. | 36.0 | T. Signos Vitales. | Sandra Ibarra |
| 26-06-25 | 12:18 | 160/80 | 61 | 95 | 15 | 35.9 | Toma signos vitales | Sandra Ibarra |
| 10-09-25 | 11:16 | 149/60 | 60 | 96 | 21 | 35.0 | T. Signos vitales | Sandra Ibarra |
| 29-09-25 | 11:00 | 145/75 | 65 | 95 | 20 | 34.9 | Toma signos vitales | Sandra Ibarra |
| 01-10-25 | 10:09 | 146/59 | 59 | 96 | 20 | 35.0 | Toma Signos Vitales | Sandra Ibarra |
| 28-10-25 | 11:30 | 130/60 | 65 | 96 | 18 | 36.3 | Toma signos vitales | Sandra Ibarra |
| 04-11-25 | 11:13. | 127/64. | 65 | 97 | 17 | 35.3 | Toma Signos Vitales | Sandra Ibarra |
| 24-11-25 | 10:50 | 160/76 | 65 | 97 | 16 | 34.8 | Toma signos vitales | Sandra Ibarra |

# CONTROL DE SIGNOS VITALES

Código: MGO-02 37
Versión: 01
Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: Maria de los Angeles Flores
EAPB: Salud total
N° identificación del adulto: 24904920
Nivel de Riesgo:
Dirección domicilio: cra 36 c5/4 villa santana.
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 RESPONSA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22-04-25 | 9:37 | 156/72 | 96 x1 | 96 | 19 x1 | — | valoración inicial. | Sandra Iba |
| 21-05-25 | 10:30 | 127/72 | 91 | 95 | 16 x1 | 34.4 | Tsignos vitales | Sandra Ib |
| 18-06-25 | 10:55 | 136/51 | 60 | 93 | 20. | 36.0 | TSignos Vitales. | Sandra Ib |
| 26-06-25 | 12:18 | 160/80 | 61 | 95 | 15 | 35.9 | Toma signos vitales | Sandra Iba |
| 10-09-25 | 11:16 | 149/60 | 60 | 96 | 21 | 35.0 | T. Signos vitales | Sandra Iba |
| 29-09-25 | 11:00 | 145/75 | 65 | 95 | 20 | 34.9 | Toma signos vitales | Sandra Iba |
| 07-10-25 | 10:09 | 146/59 | 59 | 96 | 20 | 35.0 | Toma Signos Vitales | Sandra Iba |
| 28-10-25 | 11:30 | 130/60 | 65 | 96 | 18 | 35.3 | Toma signos vitales | Sandra Iba |

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

Nombre del adulto: Maria de los Angeles Flaez
EAPB: Salud total
N° identificación del adulto: 2490 4920
Nivel de Riesgo:
Dirección domicilio: cra 36 cs 14 villa santana.
Cel: — 11 — 11 —

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SATO2: Saturacion de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C°: Temperatura (°)

TOMA DE SIGNOS VITALES

| FECHA | HORA | T/A | FC | SAT O2 | FR | T°C° | OBSERVACIONES | FIRMA RESPONSABL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22-04-25 | 9+37 | 156/72 | 96 x1 | 96 | 19 x1 | — | Valoración inicial. | Sandra Ibarra |
| 21-05-25 | 10+30 | 127/72 | 91 | 95 | 16 x1 | 34.4 | Signos vitales | Sandra Ibarra |
| 18-06-25 | 10:55 | 136/51 | 60 | 93 | 20. | 360 | TSignos Vitales. | Sandra Ibarra |
| 26-06-25 | 12+18 | 160/80 | 61 | 95 | 15 | 35.9 | Toma signos vitales | Sandra Ibarra |
| 10-09-25 | 11+16 | 149/60 | 60 | 96 | 21 | 35.0 | T. Signos vitales | Sandra Ibarra |
| 29-09-25 | 11+00 | 145/75 | 65 | 95 | 20 | 34.9 | Toma signos vitales | Sandra Ibarra |
| 07-10-25 | 10+09 | 146/59 | 59 | 96 | 20 | 35.0 | Toma Signos Vitales | Sandra Ibarra |
| 28-10-25 | 11+30 | 130/60 | 65 | 96 | 18 | 36.3 | Toma signos vitales | Sandra Ibarra. |
| 04-11-25 | 11+13. | 127/64. | 65 | 97 | 17 | 35.3 | Toma Signos Vitales | Sandra Ibarra |
| 24-11-25 | 10+50 | 160/76 | 65 | 97 | 16 | 34.8 | Toma signos vitales | Sandra Ibarra |
| 9-12-25 | 10+30 | 112/56 | 64 | 94 | 15 | 34.5 | Toma signos vitales | Sandra Ibarra |

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

FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA: 22 / MES: Abril / AÑO: 2025

YO Maria de los Angeles Florez C. identificado(a) con cédula de ciudadanía número 24904220, expedida en Pereira Rda., residente en el municipio de Pereira Risaralda, con dirección: cra 36 cs 14 villa santana: 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:** Maria de los Angeles Florez.

**Teléfonos de contacto:** No tiene No Firma.

**Nombre y Apellido (Familiar o Acudiente)** Jhon Jairo Florez. (Hijo)

**Teléfonos de contacto:** 3217671502 Usori 3108846590

Sandra Milena Ibarra B. 42.159.996.

**NOMBRES/APÈLLIDOS - TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL**

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 |

**Fecha de valoración:** 22 Abril 2025

**Nombre del paciente:** Maria de los Angeles Florez

**Identificación del Paciente:** 24'904220 **Ocupación:** Ama de casa.

**Fecha de Nacimiento:** 27 Agosto 1937 **Edad:** 87 años.

- Quienes forman su hogar Vive Sola.
- Antecedentes Patológicos Hipertensión. Hipotiroidismo.
- Discapacidad Mental NO
- Antecedentes Familiares Cardiacos.
- Ultimo control médico 1 mes
- Ayudas técnicas: audífono ___ lentes X Placa dentaria X Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis — Marcapasos X Otro: —
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol — tabaco — drogas — frecuencia: —
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Losartan x5omg
Dosis: 1 tab diaria
Frecuencia D.
¿Desde cuándo? 40 años.
Nombre del medicamento ASA. Atorvastatina.
Dosis: 1 tab diaria.
Frecuencia D.
¿Desde cuándo? 40 años.
Nombre del medicamento Hioscina. Acetaminofen.
Dosis: Diaria.
Frecuencia__
¿Desde cuándo? _____

| • SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD | |
|---|---|
| ¿Como se siente con su situación actual de salud? | Muy mala __ Mala __ Regural X Buena __ Muy Buena __ |
| ¿Por qué suele acudir al médico? | 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 | 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? | de 4 solo uno no esta pendiente | | | | | |
| ¿Mantiene contacto con otros familiares? | poco. | | | | | |
| ¿Participa de reuniones familiares? | poco. | | | | | |
| ¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares? | casi nunca. | | | | | |

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. pocos.
¿Con que frecuencia comparte con ellos? Algunos vece 3.
¿Hace parte de algún grupo? Centro vida.

- **SEXUALIDAD**

**MUJER**

¿tiene vida sexual activa? Si___ No X
Última menstruación 36 años aproximadamente.
Ultima citología 1 hace muchos años.
¿Se practica examen de seno? Si__ No X
Por qué

**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? Normal
¿Despierta en la noche para orinar? Si X No__ 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__ A veces X
¿Presenta dolor al orinar? Si__ No X A veces___

¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No X
¿Con que frecuencia realiza deposición? 1 vez al dia
¿Salida involuntaira? Si__ No X A veces___
¿ultiza ayudas para defecar? Si__ No X A veces___
Cual

- **SUEÑO**

¿Cuántas horas duerme? intervalos cortos.
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO.
¿sufre de insomnio? NO. Sueño muy liviano.

- **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 | 56 x' | Frecuencia respiratoria | 15 x' | Presión arterial | 156/72. |
|---|---|---|---|---|---|

- **NIVEL DE MOVILIDAD**

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

- **CAÍDAS**

Teme usted caerse si X no __

Ha presentado caídas en el último año si X no __ cuántas____

Lugar de la caída: dentro de la casa X fuera de la casa ____

Causa de la caída: ¿se tropezó? __ ¿se mareó? X ¿se deslizó? __

Tiempo en segundos de permanencia en el piso 5 minutos aprox.

Necesitó ayuda para levantarse si ___ no X

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si___ no X lugar de la consulta _____

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

OBSERVACIONES: A pesar de su problema auditivo muy colaboradora, amable, buen aspecto FISICO.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

1. Valoración Semanal (1) de signos vitales, especialmente de Presión arterial, usuaria no apta para actividades deportivas de alta intensidad, solo de estiramiento caminar lento.
2. Marcapaso implantado hace 11 años aproximadamente.
3. DX cardiopatia isquemica.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Sandra Milena Ibarra Betancourth

Cargo: Auxiliar Enfermeria

Firma: Sandra M. Ibarra B 42.159.996

Firma o huella paciente: _____

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

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 22 / MES: Abril / AÑO: 2025 /

NOMBRES – APELLIDOS: Maria de los Angeles Florez /

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 |

| Alcaldía de PEREIRA | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>MUNICIPIO DE PEREIRA<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO<br><br>COOPERATIVA MULTISER<br>NIT: 900415283-4 | |
|---|---|---|
| **CUESTIONARIO PARA LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA PAR-Q** | | Versión: 1<br>Código: 1.1<br>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 María de los Angeles Florez. CERTIFICO, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

no Firma.

*ANALISIS DEL RESULTADO:* usuaria no apta para actividades físicas y deportivas de alta intensidad por problemas de caderas, hipertensión y vértigos, Marcapaso puesto hace 11 años.

Sandra M. Ibarra B 42.159996

*FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO*

no Firma.

*FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO*

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

Nombre del adulto: Maria de los Angeles Florez

N° identificación del adulto: 24904920

Dirección domicilio: cra 36 calle villa santana.

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 RESPONSABL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28-04-25 | 9:37 | 156/72 | 96 x1 | 96 | 19 x1 | — | valoración inicial. | Sandra Ibarra |

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 de los Angeles Florez

CEDULA: 24'904.220 | EDAD: 87 años.

DIRECCION RESIDENCIA: cra 36 cs 14 villa santana | TELEFONOS: no tiene 3103846590.

EAPB: Salud total | GRUPO: ROJO | JORNADA: Mañana

| FECHA Y HORA | NOTA DE EVOLUCION | FIRMA Y SELLO |
|---|---|---|
| 22-04-2025 10:00 | Usuaria Femenina Maria de los Angeles Florez de 87 años de edad, que se encuentra asistiendo al centro vida oriente desde 04 Abril 2025, refiere estar muy regular de salud, al examen físico consciente alerta, orientada, normocefalica, cabello corto, buen aspecto, rostro simetrico conservado, mucosas permeables, con pieza dentaria, pabellones auriculares conservados, cuello simetrico, tiroides normal, sin adenopatias palpables, portadora de marcapasos permanente, implantado en región subclavicular izquierda, se observa de buen aspecto, funcionando dentro de los parametros normales Según monitoreo de frecuencia cardiaca 58 x', torax expandible, miembros superiores completos con movilidad, abdomen blando con hernia inguinal bilateral (pendiente cirugia), no doloroso a la palpación, ruidos normales, genitourinario no valorado, miembros inferiores completos con movilidad marcha lenta, piel acorde a edad, signos vitales TA 156/70, Sat 96%, FR 18 x', (registrados en formato) se realiza consentimiento verbal para intervención de enfermeria Semanal de signos vitales. // // Sandra M. Ibarra | Sandra M. Ibarra B. 42.159.996 |
| | // // | |
| | // // | |
| | // // | |
| | // // | |
| | // // | |
| | // // | |
| | // // | |
| | // // | |
| | // // | |

| | FORMATO | Versión: 1 |
|---|---|---|
| El campo es de todos | REGISTRO TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR | F03-GU-GTH-05 |
| | | FECHA EDICIÓN 18-06-2021 |

ENTIDAD(ES) QUE REALIZAN EL TAMIZAJE: Centro vida oriente NOMBRE (S) DE QUIENES REALIZAN EL TAMIZAJE: Sandra Milena Ibarra .

| INFORMACION PERSONAL BASICA | | | | | | | TAMIZAJE | | | | | | | | | HABITOS PERSONALES | | | | | | ANTECEDENTES PERSONALES | | | | | | | ANTECEDENTES FAMILIARES CARDIOVASCULAR | | | CLASIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NOMBRE | FUNCIONARIO | CONTRATISTA | EDAD | CARGO | PESO | ESTATURA | TENSION ARTERIAL | FRECUENCIA CARDIACA | GLUCOMETRIA | PERIMETRO CINTURA | PERIMETRO CADERA | PERIMETRO CUELLO | PERIMETRO CARPO | FUMAS / NO | FUMA A DIA | FUMAS / NO | FUMA No VECES VEB | HACE EJERCICIO SI / NO | SI HACE EJERCICIO No VECES SEMANA | HTA | DIABETES | IAM | ICC | DISLIPIDEMIA | ALTERADOS | CON TRATAMIENTO PARA ALTERACIÓN DE LA TIROIDES | Padre, Abuelo o hermano menores de 55 han presentado | Madre, abuela, o hermana menores de 65 han presentado | DIABETES | |
| 22-04-1924'904.220 | | Maria de los Angeles F. | | | 87 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si |

HTA: hipertensión Arterial ICC: Insuficiencia Cardiaca Congestiva IAM: Infarto Agudo de Miocardo

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 13/05/2025

**Ficha:** 66001066563500000181

# C3

## Vulnerable

### DATOS PERSONALES

**Nombres:** MARIA DELOSANGELES

**Apellidos:** FLOREZ GOMEZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 24904220

**Municipio:** Pereira

**Departamento:** Risaralda

### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 10/10/2019

**Última actualización ciudadano:** 10/10/2019

**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

COOPERATIVA MULTISER

WHODAS 2.0
Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0

36
Entrevista

AÑOS ESTUDIO: NO ESTUDIO DX: FECHA: 19-05-2025

NOMBRE: MARIA DE LOS ANGELES FLORES CASTAÑO EDAD: 88 SEXO: F

Independiente ___ Necesita Asistencia X___ Hospitalizada___

| | | Score 1 | Score 2 |
|---|---|---|---|
| **Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación** | | | |
| D1.1 | Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ? | 0 | |
| D1.2 | Recordar las cosas importantes que tiene que hacer? | 0 | |
| D1.3 | Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria? | 0 | |
| D1.4 | Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo ? | 0 | |
| D1.5 | Entender en general lo que dice la gente? | 0 | |
| D1.6 | Comenzar y mantener una conversacion? | 0 | |
| | **Domain Score** | 0% | 0% |
| **Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)** | | | |
| D2.1 | Estar de pie por largos periodos de tiempo como por ejemplo 30 minutos? | 0 | |
| D2.2 | Pararse luego de estar sentado? | 0 | |
| D2.3 | Moverse dentro de su casa | 0 | |
| D2.4 | Salir de su casa ? | 0 | |
| D2.5 | Andar largas distancias, como un kilómetro o algo equivalente? | 0 | |
| | **Domain Score** | 0% | 0% |
| **Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO** | | | |
| D3.1 | Lavarse todo el cuerpo (Bañarse) ? | 0 | |
| D3.2 | Vestirse ? | 0 | |
| D3.3 | Comer? | 0 | |
| D3.4 | Quedarse solo(a) durante unos días? | 0 | |
| | **Domain Score** | 0% | 0% |
| **Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos** | | | |
| D4.1 | Relacionarse con personas que no conoce ? | 0 | |
| D4.2 | Mantener una amistad ? | 0 | |
| D4.3 | Llevarse bien con personas cercanas a usted ? | 0 | |
| D4.4 | Hacer nuevos amigos? | 0 | |
| D4.5 | Relaciones sexuales | 4 | |
| | **Domain Score** | 20% | 0% |
| **Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas** | | | |
| D5.1 | Cumplir con sus quehaceres de la casa ? | 0 | |
| D5.2 | Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes? | 0 | |
| D5.3 | Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario? | 0 | |
| D5.4 | Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ? | 0 | |
| D5.5 | Llevar a cabo su trabajo diario? | 0 | |
| D5.6 | Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo? | 0 | |
| D5.7 | Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer? | 0 | |
| D5.8 | Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ? | 0 | |
| | **Domain Score** | 0% | 0% |
| **Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD** | | | |
| D6.1 | Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades) ? | 0 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| D6.2 | Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)? | 0 | |
| D6.3 | Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas? | 0 | |
| D6.4 | Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma? | 0 | |
| D6.5 | Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ? | 0 | |
| D6.6 | Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ? | 0 | |
| D6.7 | Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud? | 0 | |
| D6.8 | Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar? | 0 | |
| | **Domain Score** | 0% | 0% |
| | **Overall Score** | 3,33% | 0,00% |

| **PLEASE NOTE: When scoring WHODAS, the following numbers are assigned to responses:** | | | |
|---|---|---|---|
| NINGUNO | **0 = No Difficulty** | **0 – 4 %** | **0 – 4 %** |
| LEVE | **1 = Mild Difficulty** | **5 – 26 %** | **5 – 26 %** |
| MODERADO | **2 = Moderate Difficulty** | **27 – 50 %** | **27 – 50 %** |
| SEVERO | **3 = Severe Difficulty** | **51 – 94 %** | **51 – 94 %** |
| EXTREMO | **4 = Extreme Difficulty or Cannot Do** | **95 – 100 %** | **95 – 100 %** |

## ANALISIS INDIVIDUAL

**Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación**

Presenta gran fluidez en el habla, lo cual permite la comunicación con gran facilidad. Al hablarle se debe tener buen tono de voz, presenta deficiencia auditiva.

**Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)**

Su edad avanzada le permite ser autonoma, e independiente en su movilidad, manifiesta caminar largas distancias, y el éxito de su salud se debe a su actividad y trabajo desde muy joven

**Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO**

Argumenta realizar de forma independiente sus AVD y de cuidado personal, lo cual se evidencia en su presentacion personal. Presenta deficiencia en la audicion por lo tanto utiliza audifonos

**Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos**

Se relaciona de manera facil con amigos y vecinos pertenecientes a los grupos de Adultos Mayores, iglesia y Centro Vida.

**Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas**

Argumenta realizar continuamente sus AIVD, se evidencia funcionalidad Fisica-Mental-Social

**Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD**

Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Recien inicia al programa Centro Vida, igualmente asiste los domingos a la iglesia catolica

## PLAN GENERAL

**PUNTUACION GENERAL - 3.33%/4,00% - SIN DIFICULTAD**

Preservar la FUNCIONALIDAD EN LOS 6 DOMINIOS, es así como se deben continuar las rutinas de participacion en la sociedad ya de actividad fisica, Terapia Fisica y de estimulacion de la funcion cognitiva.

**Nombre evaluador: LUIS ANTONIO CHALA JARAMILLO** **Firma:**



**Profesión: GERONTOLOGO - UNIQUINDIO - REG PROF 63/866/97 ISSQ**