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

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: Maria del carmen Florez

GRUPO: A201 JORNADA: AM

TELEFONOS: 3052633095

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	✓		
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA	✓		
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	✓		
4	FICHA DE INSCRIPCION	✓		
5	HOJA DE VIDA	✓		
6	AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS	✓		
7	COPIA CEDULA CIUDADANIA	✓		
8	SISBEN	✓		
9	ADRES	✓		
10	CERTIFICADO AFILIACION – PLAN FUNERARIO FLIAR			
11	HISTORIA CLINICA (Opcional)	✓		
	VALORACION - AREA NUTRICION			
12	Mini-Nutrition Assesment - MNA	✓		
	VALORACION - AREA PSICOSOCIAL			
	Por Profesional en Psicología			
13	Minimental Test o Cuestionario Pfeiffer	✓		
14	Escala de Depresión Geriátrica – Yesavage	✓		
	Por Profesional en Trabajo Social			
15	Familia Apgar	✓		
	Por profesional en Gerontología			
16	Cuestionario 36 preguntas – Whodas – 2.0	✓		
	VALORACION – AREA ATENCION PRIMARIA EN SALUD – A.P.S			
17	Consentimiento informado	✓		

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q	✓		
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular	N/a		
	VALORACION – AREA FISIOTERAPIA			
20	Cuestionario - Mini-BESTest	✓		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	✓		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit	–	–	x10 cada en el contrato
	VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN			
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton	✓		
24	Escala de Tinetti Modificada	✓		
	VALORACION – AREAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS/TRABAJO ASOCIATIVO Y EDUCACION			
25	Prueba de entrada - Área Ocupacional	✓		
26	Prueba de entrada - Área Educación	✓		
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	✓		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 25 MES: 11 AÑO: 2024.

Luz Nelly Gonzalez 75 545 838

Responsable de la Verificación

(Nombres – Apellidos – Profesión – Tarjeta o Registro Profesional)

DOCUMENTO ESTRUCTURADO POR
LUIS ANTONIO CHALA JARAMILLO
Profesional en Gerontología
Esp. En Gerencia de Servicios de Salud

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 48

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 24 **MES** Mayo **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María del Carmen flórez de Cabrera

LUGAR DE NACIMIENTO: Retiro **FECHA: DIA** 16 **MES** 07 **AÑO** 1946

DIRECCIÓN: Intermedio Mz 7 casa Villa Fontana

TELEFONO: 3052633095

EDAD: 77 **CATEGORIA SISBEN:** C5 **DESPLAZADO** NO **EPS** Ambuq Salud

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
María Lucidia Cano.
DIRECCIÓN Mz 7 casa 5 Intermedio. Villa Fontana.
TELEFONO 312 369 9669.

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (X) -Sisben (X) -Otro (X)
Cuál Historia clínica.

Nombre del funcionario: Yicenia Quintero

C.T.A. MULTISER

Alcaldía de PEREIRA

APROBACION DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

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

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres: Maria del carmen	Apellidos: flores de Cabrera
Documento de identidad: 25151499	Expedida: Santa Rosa de cabal 13/11/1970

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A —	B —	C 5	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	—
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar	—	Sedentarismo	—
Ingresos económicos 1smlv	X	—	—	Violencia intrafamiliar	—	Tabaco	—
Disponibilidad de tiempo	Si X	—	No —	Signos de desnutrición	—	Ninguno	X

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

Se le aprueba X O se le niega ___ el cupo, a partir de la fecha: Día 24 Mes 05 Año 2024

Firma

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucia Alzate González

Nombre Gerontólogo(a)

Xiomara Otero Quintero

Nombre Psicólogo(a)

Xiomara Quintero

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

ENCUESTA No. _____ /

DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA: DÍA 24 / MES Mayo / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____ PARENTESCO _____ /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María Del Carmen Florez C.C 25151499 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D16 / M07 / A1946 Retiro Ant. / EDAD 77 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz 7 Cs 5. / BARRIO Intermedio

EPS Nmet Salud / PUNTAJE SISBEN C5. / TIPO SANGRE O1 /

ETNIA: MESTIZO: X / AFROCOLOMBIANO: — / INDÍGENA: — / RAIZAL: — / ROM: — / OTRO: — /

ESTADO CIVIL CASAD@ — / UNION LIBRE — / SEPARAD@ X / VIUD@ — / SOLTER@ — /

COMUNA 1 Centro TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3052633695. /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ama de Casa. / ANTERIOR Ama de Casa /

NIVEL ACADÉMICO: PRIMARIA: — / SECUNDARIA: — / UNIVERSITARIA: — / OTRO: — /

CUÁL: — / NINGUNO: X /

PERSONA DE CONTACTO María Lucia Flores. /

DIRECCIÓN Mz 7 Cs 5 Intermedio TELÉFONO 3173694669 PARENTESCO Hija. /

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

FÍSICA: HTA X / DIABETES X / OSTEOPOROSIS — / ARTICULARES — / EPOC —

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: — /

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

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS — / ANSIEDAD — / DEPRESIÓN X / DEMENCIA X /
OTRAS — / CUALES: — /

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: MUY BUENA — / BUENA — / REGULAR X / MALA — / MUY MALA —

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	Lucía Lucia Flores	49	Hija	Empleada
2	Giovany Bernal	43	Yerno.	Empleado.
3				
4				

5	—	—	—	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	—	—	—	X
PARIENTES	—	—	—	X
VECINOS	X	—	—	—
AMIGOS	X	—	—	—

3. HÁBITOS 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 ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO? NO X / SI ___ /

CUAL? — /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACIÓN — / CULTURA — / ARTES — / MANUALIDADES — /

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Ejercicio, Manualidades /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

PENSIONADO — / RENTAS PROPIAS — / CÓNYUGE — / HIJOS X /

FAMILIARES — / SUBSIDIO DEL ESTADO — / AMIGOS — / VECINOS — /

OTROS CUÁLES? — /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS 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 __/ FAMILIAR X/ ARRENDADA __/ INVASIÓN __/ 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 X/ PISOS CON DESNIVEL __/

PUERTAS X/ VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO __/ DIVISIONES X/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES __/ DORMITORIO COMPARTIDO __/

DORMITORIO AISLADO __/ HUMEDADES __/ ILUMINACIÓN-VENTILACIÓN INTERNA DEFICIENTE __/

VIVIENDA EN RUINA __/ 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: Liz Neira /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 35545888

C.T.A. MULTISER	FICHA DE INSCRIPCIÓN 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: María

SEGUNDO NOMBRE: Del Carmen

PRIMER APELLIDO: Florez

SEGUNDO APELLIDO: De Cabrera

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

1 [X] CEDULA DE CIUDADANÍA
2 [ ] CEDULA DE EXTRANJERÍA
3 [ ] TARJETA DE IDENTIDAD
4 [ ] REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP
5 [ ] PASAPORTE
6 [ ] TARJETA DE EXTRANJERÍA

Fecha de Nacimiento: 16/07/1946

No. Documento 25 151 946

RANGO DE EDAD:

1 [X] MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)
2 [ ] MAYOR DE 55 AÑOS

AÑOS CUMPLIDOS: 7 7

SEXO:

1 [X] HOMBRE
2 [ ] MUJER
3 [ ] LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: C5

ESTADO CIVIL:

CASADO(A) [ ]
SOLTERO(A) [ ]
DIVORCIADO(A) [X]
VIUDO(A) [ ]

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

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: Asmet Salud

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

1 [X] NINGUNO
2 [ ] PRIMARIA COMPLETA
3 [ ] PRIMARIA INCOMPLETA
4 [ ] SECUNDARIA COMPLETA
5 [ ] SECUNDARIA INCOMPLETA
6 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA
7 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA
8 [ ] UNIVERSITARIA COMPLETA
9 [ ] UNIVERSITARIA INCOMPLETA
10 [ ] POSTGRADO COMPLETO
11 [ ] POSTGRADO INCOMPLETO
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 ALGUN(OS) SUBSIDIO(S) POR PARTE DEL GOBIERNO (NACIONAL, DEPARTAMENTAL O DISTRITAL) O DEL SECTOR PRIVADO?

1 [X] SI
- [X] GOBIERNO
- [ ] SECTOR PRIVADO

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Adulto Mayor 2 ____

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Jardinería, Organizar la casa

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: M21 C55. BARRIO: Intermedio. Villa Santana

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: ____ TELÉFONO MÓVIL: 3052633695. EMAIL: ____

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Mariaoccia Quiroz. PARENTESCO: Hija.

TELÉFONO DE CONTACTO: 3123694669.

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 REMUNERACIÓN
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

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

Quisiera durar mucho tiempo y hacer muchas cosas, estar acompañada.

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Hipertensión, Diabetes, Tiroides

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Xiomara Quintero.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
24	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

OBSERVACIONES:

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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Maria Del Carmen

APELLIDOS: Florez de Cabrera

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 16 / MES: Julio / AÑO: 1946

EDAD: 71 / SEXO F / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 25151499 / TIPO SANGRE: O+

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: X / INDÍGENA: — / AFROCOLOMBIANO: — / RAIZAL: — / ROM: — / OTRO: —

DIRECCIÓN: Mz 7 casa 5. / BARRIO: Intermedio.

COMUNA: Villa Santana / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3052633095 / PLAN FUNERARIO: NO.

S.G.S.S.S: C: ___ / S: ___ / V: ___ / O: ___ / E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN ___

ENFERMEDADES: H.T.A: X / DIABETES: X / OSTEOPOROSIS: — / ARTRITIS: — / EPOC: — / OTRA: Trastes

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Betaprenol, Lacartal, Nodepano, Atabastatina cerebrolina, insulina, Loratadine

ALERGIA A MEDICAMENTOS: NO.

DISCAPACIDADES: FÍSICA: — / MENTAL: X / SENSORIAL: — / MULTIPLE: Cual Alzheimer.

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: X / PENSIÓN: — / PROGRAMA ESTADO: X / NINGUNO: —

CONVIVENCIA: PAREJA: — / FAMILIA: X / SOLO: — / OTRO: —

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Nuna Lucidia Ochoa.

PARENTESCO: Hija. / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3126914669

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

DIRECCIÓN: Cra 13 # 2e-04 Pereira / TELÉFONOS: 3127797798.

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac61200@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: (1) SISBEN: (1) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO: (1) CONSENTIMIENTO INFORMADO: (1) OTRO: CUAL ___

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

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

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

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 24 días del mes de Mayo del año 2024.



Firma: María Del Carmen F

Nombre: María Del Carmen Flores

Identificación: 25 151 449

8

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **25.151.449**

FLOREZ De CABRERA

APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-1946**

RETIRO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

13-NOV-1970 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2400100-00967188-F-0025151449-20180105 0059076379A 1 4544766517

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Verificación - Calidad del Registro - Desmejoramiento en variables de nivel educativo

Fecha de consulta: 11/06/2024

Ficha: 66001029569100000075

C5

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA DEL CARMEN

Apellidos: FLOREZ DE CABRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25151449

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/05/2024

Última actualización ciudadano: 16/05/2024

Última actualización via registros administrativos: 21/05/2024

***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: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

COLOMBIA POTENCIA DE LA 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	25151449
NOMBRES	MARIA DEL CARMEN
APELLIDOS	FLOREZ DE CABRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	06/11/2024 15:36:12	**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

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	NO 17-09-2021 08:21
Sabe leer	SI 08-08-2018 13:58
Otros	Niega cualquier otro antecedente personal patologico de relevancia 07-10-2022 10:23 Niega cualquier otro antecedente personal patologico de relevancia 27-05-2022 06:38 Niega cualquier otro antecedente personal patologico de relevancia 08-04-2022 12:41 NIEGA 04-02-2020 10:53 NIEGA 24-10-2019 08:14 niegs otros 25-06-2019 09:33 niega otros 08-05-2019 08:08 OBESIDAD 23-08-2018 10:50
Hipotiroidismo	SI 07-10-2022 10:23 SI, EN TRATAMIENTO 10-06-2022 10:14 si 27-05-2022 06:38 SI 08-04-2022 12:41 SI 23-08-2018 10:50 HIPOTIROIDISMO 08-08-2018 13:37
Diabetes mellitus	SI 07-10-2022 10:23 SI, EN TRATAMIENTO 10-06-2022 10:13 si 27-05-2022 06:38 SI 08-04-2022 12:41 DESDE 2008 10-12-2018 08:52 SI 23-08-2018 10:50 DIABETES INSULINI DEPENDIENTE 08-08-2018 13:37
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	TOMABA AGUARDIENTE , XCADA 89 DÍAS. 08-08-2018 13:58
Violencia y maltrato	SI POR SUS DOS MARIDOS. 08-08-2018 13:58
Sabe escribir	SI 08-08-2018 13:58
Hipertensión arterial	SI 07-10-2022 10:23 SI, EN TRATAMIENTO 10-06-2022 10:13 si 27-05-2022 06:38 SI 08-04-2022 12:41 DESDE 2003 10-12-2018 08:52 SI 23-08-2018 10:50 SI HTA DESDE HACE 10 AÑOS. 08-08-2018 13:37
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	COCINÒ CON LEÑA MUCHO TIEMPO FUMADORA PASIVA 08-08-2018 13:58
vive solo	NO UNA HIJA. 08-08-2018 13:58

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

Medicamentos	TRAMADOL - PENICILINA 14-09-2023 10:12 ALERGIA A TRAMADOL Y PENICILINA 07-10-2022 10:22 TRAMADOL, PENICILINA 10-06-2022 10:15 ALERGIA A TRAMADOL Y PENICILINA. Niega alergias o reacciones adversas a cualquier otro medicamento recibido hasta ahora 27-05-2022 06:37 ALERGIA A PENICILINA Y TRAMADOL. Niega alergias o reacciones adversas a cualquier medicamento recibido hasta ahora 08-04-2022 12:40 PENICILINA 24-10-2019 08:15 niega 25-06-2019 09:34 niega otros 08-05-2019 08:10 LA PENICILINA 23-08-2018 10:51

Antecedentes Enfermedades Crónicas

Accidente Isquémico Transitorio:	No		
Evento Cerebrovascular Isquémico:	No		
Evento Cerebrovascular Hemorrágico:	No		
Infarto Agudo de Miocardio(ST/No ST):	No		
Angina de pecho:	No	Revascularización:	No
Falla cardiaca:	No	Enfermedad art periférica documentada:	No
Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 0-30):	No		
Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 30-60):	No		
Hipertrofia ventricular izquierda:	No		
Retinopatia con Hemorragias/Exudados:	No	Papiledema:	No
Historia familiar de enfermedad cardiaca prematura (Primer Grado) : Mujeres < 65 Años Hombres < 55 Años	No	**Tabaquismo:**	No Observaciones:
		Alcohol:	No
			No
Fecha Diagnóstico Hipertensión:	2008	Fecha Diagnóstico Diabetes:	2003

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	Desde 2003 10-12-2018 08:52 Si 23-08-2018 10:50 Si 08-04-2022 1 Si 08-04-2022 12:41 Si 07-10-2022 10:23 Si Hta Desde Hace

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Motivo consulta: CONTROL DE DMIR Y LA HTA TEL,3052633095

Enfermedad actual: PACIENTE ASISTE A SU CONTROL DE LA PRESION Y DE LA DIABETES DICE TOMAR DIARIO EL TTO A VECES LE DAN EPIGATRLGIA PERO IGUAL SE LA TOMA ,OLVIDO REGISTRO DE GLUCOMETRIAS , ACUSA DISNEA DE GRANDES NIEGA OTROS SINTOAMS CV ULTIMOS 3 MESES,HOSPITALIZADA HACE 7 DIAS TTO NEUMONIA

Revisión por sistemas:

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

Histórico

Tipo de Discapacidad	Grado
Discapacidad Física	Leve

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	No
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento ordenado para el tratamiento de su patología?	No
Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos?	Si
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos?	No
En caso de consumo de tabaco, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de licor, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de sustancias psicoactivas, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de estrés, ¿ha seguido las recomendaciones para disminuirlo o manejarlo?	Si
¿Ha seguido las recomendaciones respecto a la dieta indicada en control anterior?	Si
¿Hace ejercicio según lo recomendado?, indique las recomendaciones específicas en el campo observaciones No aplica, es ingreso.	Si

EXAMEN FÍSICO ENF. CRON.

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad)	Normal	
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices)	Normal	
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena, exudado, papiledema, hemorragias)	Anormal	PUPILAS ISOREACTIVAS ENTRECRUZAMIENTOS E HILOS DE PLATA
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, pterigion, hipoacusia)	Normal	
CUELLO (ingurgitacion yugular, soplo carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Evaluados	Normal
CORAZÓN (arritmia cardiaca, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punto maximo impulso cardiaco)	Anormal	SOPLO HOLOSISTOLICO GRADO III FOCOS DE BASE
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares)	Evaluados	Normal
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Anormal	GRAN PANICULO ADIPOSO EVENTRACION DE 24 CM
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal	
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Anormal	VARICES GRADO III BILATERAL EDEMA DURO GRADO I BILATERAL PULSOS PEDIOS NORMALES
PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Normal	
OSTEOMUSCULAR	Normal	
MENTAL	Normal	
OTROS		

TIPO DE POBLACIÓN

Paciente LGBTI	No

Medicamentos que Consume

PARCHE RIVASTIGMINA
AMLODIPINO. 5 mg 1 TB CADA 12 HORAS.
ATORVASTATINA 40 mg 0-0-1
EMPAGLIFLOZINA TAB 25MG 1 DIA METFORMINA TAB 850MG 1 DIA
INSULINA LANTUS 0-0-30
LOSARTAN 50 mg 2 DIA
METOPROLOL 50 mg 1 TB CADA 12 HORAS
SERTRALINA 100 mgrs 1 TB DIA NOCHE
TIROXINA SODICA 100 ugrs 2 DIA

ALERTAS - ANTECEDENTES

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

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Diabetes mellitus

Si Hta Desde Hace 10 Años. 08-08-2018 13:37 Si, En Tratam Si, En Tratamiento 10-06-2022 10:13 Si 27-05-2022 06:38 Desde 2008 10-12-2018 08:52 Diabetes Insulini Dependiente 08-08 Diabetes Insulini Dependiente 08-08-2018 13:37 Si 23-08-2018 10 Si 23-08-2018 10:50 Si 08-04-2022 12:41 Si 07-10-2022 10:23 Si, E Si, En Tratamiento 10-06-2022 10:13 Si 27-05-2022 06:38

Otros

Niega 24-10-2019 08:14 Niega 04-02-2020 10:53 Niega Cualquier Ot ro Antecedente Personal Patologico De Relevancia 08-04-2022 12:41 N iega Cualquier Otro Antecedente Personal Patologico De Relevancia 27- 05-2022 06:38 Niega Cualquier Otro Antecedente Personal Patologico D e Relevancia 07-10-2022 10:23 Obesidad 23-08-2018 10:50 Niega O Niega Otros 08-05-2019 08:08 Niegs Otros 25-06-2019 09:33

Trastornos Mentales

Depresion, En Tratamiento 10-06-2022 10:14

Dislipidemias

Dislipidemia Mixta 08-08-2018 13:37 Si 08-04-2022 12:41 Si 07-10 Si 07-10-2022 10:23 Si 27-05-2022 06:38

Hipotiroidismo

Hipotiroidismo 08-08-2018 13:37 Si 23-08-2018 10:50 Si 08-04-2022 Si 08-04-2022 12:41 Si 07-10-2022 10:23 Si, En Tratamiento 10-06- Si, En Tratamiento 10-06-2022 10:14 Si 27-05-2022 06:38

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugias mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)

Coklecistectomia Hisgerectomia 23-08-2018 10:51 Colecistectomia 0 Colecistectomia 04-02-2020 10:53 Colecistectomia, Histerectomia Por Colecistectomia, Histerectomia Por Miomatosis 08-04-2022 12:41 Cole Colecistectomia, Pomeroy 10-06-2022 10:15 Colecistectomia, Pomeroy Colecistectomia, Pomeroy 07-10-2022 10:23 Histerectomia. 08-04-201 Histerectomia. 08-04-2019 12:28 Histerectomia. Colecistectyomia. 08-08-2018 13:38 Niega 24-10-2019 08:14 Colecis Colecistectomia 27-05-2022 06:37 Niega Otros 08-05-2019 08:10 Nie Niega Otros 25-06-2019 09:34

Antecedentes Traumáticos

Fracturas

Niega 24-10-2019 08:15 Niega 08-05-2019 08:10 Niega 25-06-2019 Niega 25-06-2019 09:34

Otros

Niega 10-06-2022 10:15 Trauma Al Caer De Su Propuia Altu Trauma Al Caer De Su Propuia Altura 08-04-2019 12:27

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos

Niega 14-09-2023 10:12

Jabones

Detergentes Al Frio 08-08-2018 13:38

Medicamentos

Alergia A Penicilina Y Tramadol. Niega Alergias O Reacciones Adversas

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

A Cualquier Medicamento Recibido Hasta Ahora 08-04-2022 12:40 Ale Alergia A Tramadol Y Penicilina 07-10-2022 10:22 Alergia A Tramadol Y Penicilina. Niega Alergias O Reacciones Adversas A Cualquier Otro Med icamento Recibido Hasta Ahora 27-05-2022 06:37 La Penicilina 23-0 La Penicilina 23-08-2018 10:51 Penicilina 24-10-2019 08:15 Trama Tramadol - Penicilina 14-09-2023 10:12 Tramadol, Penicilina 10-06-2 Tramadol, Penicilina 10-06-2022 10:15 Niega 25-06-2019 09:34 Nieg Niega Otros 08-05-2019 08:10

Antecedentes familiares

Hipertensión arterial

Hermana, Madre 10-06-2022 10:16 Hermanas Hta. 08-08-2018 13:4 Hermanas Hta. 08-08-2018 13:41 La Mama Y Varias Hermn La Mama Y Varias Hermnas 23-08-2018 10:55

Diabetes mellitus

Diabetes 08-08-2018 13:41 El Papa 23-08-2018 10:55 Padre 10-06 Padre 10-06-2022 10:16

Enfermedad ácido péptica

Madre Y Hermanas 08-08-2018 13:41

Otros

Niega 04-02-2020 10:53 Niega Otros 24-10-2019 08:15 Niega Otros 0 Niega Otros 08-05-2019 08:10 Niega Otros 25-06-2019 09:35

Enfermedad Vascular Periferica

Madre Y Hermanas 08-08-2018 13:41

Dislipidemia

La Mama Y Las Hermanas 23-08-2018 10:55 Madre, Hermanas Madre, Hermanas 10-06-2022 10:16

Antecedentes ocupacionales

Ocupaciones que ha desempeñado el paciente

Casas De Familia Escogiendo Café. 08-08-2018 13:48

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive

4, Niet6o Mujer Del Nieto, 2 Bisnietos. 08-04-2019 12:33 Viv e Sola Una Hija Esta Pendiente Y Se La Lleva Para La Casa De Ella 24- 10-2019 08:16

Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)

Cocinò Con Leña Mucho Tiempo Fumadora Pasiva 08-08-2018 13:58

Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)

Tomaba Aguardiente , Xcada 89 Dias. 08-08-2018 13:58 No 17-09-2021 08:21 No 08-08-2018 13:58

Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)

Vida sexual activa

Si Con Pisio Y Servicios Pùblicos. 08-08-2018 13:58

Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))

Pajaritos Cacatuas. 08-04-2019 12:33 Un Gato, Peces Y Pajaros 17- Un Gato, Peces Y Pajaros 17-09-2021 08:21

Convivencia con animales (mascotas)

Si 08-08-2018 13:58

Sabe leer

Si 08-08-2018 13:58

Sabe escribir

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

vive solo
Actividad fisica

Mas de un compañero sexual en el último año
Pareja sexual estable
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)
Método de planificación (vasectomia, barrera, otros)
Violencia y maltrato
Edad inicio de vida sexual
Desplazado
Habitos de Higiene (Oral y Corporal)
Otros

No Una Hija. 08-08-2018 13:58
Caminatas Diarias 17-09-2021 08:21 Ejercicio En La Casa. 08-0
Ejercicio En La Casa. 08-08-2018 13:58 Sedentaria 21-06-2023
Sedentaria 21-06-2023 14:53
Si 08-08-2018 13:58
No 08-08-2018 13:58
Ama De Casa 08-08-2018 13:58 Idem 24-10-2019 08:16
Pomeroy. 08-08-2018 13:58
Si Por Sus Dos Maridos. 08-08-2018 13:58
14 Años. 08-08-2018 13:58
No 08-04-2019 12:33
Si Buenos Habitos. 08-04-2019 12:33
Analfabeta Ama De C Asa 17-05-2019 10:01

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:

Ginecológicos

Antecedentes Ginecológicos:

Obstétricos

Antecedentes Obstétricos

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

TEGNOLOGÍAS BLANDAS
NO
CORRESPONDE

Histórico para Seguimiento:

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
Sep.21/2023	14:29	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	LUISA MARIA SALAZAR

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
					HURTADO
Jun.21/2023	14:39	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	LUISA MARIA SALAZAR

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
					HURTADO

EXAMEN FÍSICO:

Estado general: APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Peso:	77.4 K	**Talla:** 150 cms	**Índice Masa Corporal**	34.4 Obesic	**Perimetro abd (cms):** 106
Presión Arterial Sentada:	120/80		**Parada:**	/	**Acostada:** /
Temperatura:	36.7° °C Axilar				**Frecuencia Respiratoria:** 18 / min
Frecuencia Cardiaca:	80 / min		**Pulso:**	/ min Ritmico	**Escala Glassgow:**
Concentración de Oxígeno en el Aire Inspirado:		%			**Saturación Oxígeno:** %
Glucometer:		mg/dl			**Perimetro Abdominal:** 106

Causa no toma signos:

Causa no toma medidas:

EXAMEN FÍSICO ENFERMEDADES CRONICAS

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad)	Normal	
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices)	Normal	
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena, exudado, papiledema, hemorragias)	Anormal	PUPILAS ISOREACTIVAS ENTRECRUZAMIENTOS E

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, pterigion, hipoacusia)	Normal	HILOS DE PLATA
CUELLO (ingurgitacion yugular, soplo carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Evaluados	Normal
CORAZÓN (arritmia cardiaca, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punto maximo impulso cardiaco)	Anormal	SOPLO HOLOSISTOLICO GRADO III FOCOS DE BASE
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares)	Evaluados	Normal
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Anormal	GRAN PANICULO ADIPOSO EVENTRACION DE 24 CM
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal	
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Anormal	VARICES GRADO III BILATERAL EDEMA DURO GRADO I BILATERAL PULSOS PEDIOS NORMALES
PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Normal	
OSTEOMUSCULAR	Normal	
MENTAL	Normal	
OTROS		

CLASIFICACIÓN HIPERTENSIÓN: Presión arterial normal (120-129 / 80-84)

Escala de Framingham

Porcentaje de riesgo:

Clasificación:

Riesgo corregido para Colombia:

Históricos de escala de Framingham

Fecha	Porcentaje de riesgo	Riesgo corregido para Colombia	Clasificación
Feb.18/2020			Equivalente de Riesgo Alto
Mar.30/2020			Equivalente de Riesgo Alto
May.20/2020			Equivalente de Riesgo Alto
Ago.24/2020			Equivalente de Riesgo Alto
Sep.09/2020			Equivalente de Riesgo Alto
Feb.10/2021			Equivalente de Riesgo Alto
Nov.10/2020			Equivalente de Riesgo Alto
Jun.21/2021			Equivalente de Riesgo Alto
May.10/2021			Equivalente de Riesgo Alto

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Mar.02/2022	**Equivalente de Riesgo Alto**
Dic.15/2021	**Equivalente de Riesgo Alto**
Dic.21/2022	**Equivalente de Riesgo Alto**
Jun.16/2022	**Equivalente de Riesgo Alto**

Resultados Laboratorio

Función Renal

Actual			**Anterior**	
Creatinina: .73	Fecha:	20-12-2023	Creatinina:	Fecha:
	CG no corregida por SC:	78.86		CG no corregida por SC:
	CG corregida por SC:	79.09		CG corregida por SC:
MDRD: 82.165	CKD-EPI:	79.437	MDRD:	CKD-EPI:
Estadio ERC (CG corregida por SC):		2	Estadio ERC (CG corregida por SC):	
Superficie Corporal (Dubois-Dubois) (m^2):		1.725	Peso Anterior (kilos):	79

DELTA POR AÑO (CG no corregida por SC)

Delta: Interpretación:

DELTA POR MES (CG no corregida por SC)

Meses: Delta: Interpretación:

TFG ESTIMADA PARA LA EDAD (> 60 años)

Cockcroft-Gault.: 43 Interpretación:

Química

Uroanálisis:	Anormal	Fecha:	18-07-2023
Albuminuria:	10	Fecha:	18-07-2023
Albuminuria/creatinuria:	30	Fecha:	18-07-2023

Observaciones: E COLI. BATERIAS ABUNDANTES

Perfil Lipidico

Colesterol:	178	Fecha:	18-07-2023
HDL:	56	Fecha:	18-07-2023
LDL:	90.4	Fecha:	

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Triglicéridos:	158	Fecha:	18-07-2023
HbA1cl:	7.5	Fecha:	13-06-2023
Glicemia:	148	Fecha:	13-06-2023

Hematología/Hormonas

Cuadro Hemático

Hemoglobina:	15	Hematocrito:	50
Leucocitos:	8.7	Neutrofilos:	61
Linfocitos:	25	Plaquetas:	285

Hormonas

Imagenologia

Electrocardiograma: Anormal Fecha: 30-05-2019

Otros hallazgos EKG: SIGNOS HVI

Factores de Riesgo

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

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

Dislipidemia (Cualquiera)? Colesterol Total > 190 mg/dL o Colesterol LDL > 115 o Colesterol HDL Mujeres < 46 mg/dL, Hombres < 40 mg/dL o Triglicéridos > 150 No

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

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

Perimetro abdominal (cm): 106 Mujeres > 88 cm, Hombres > 102 cm: Si

Obesidad? Si Alcohol: No

Sedentarismo? No Total de factores de riesgo (F de R): 3

Lesión de Órgano Blanco

Hipertrofia ventricular izquierda

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

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

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

Enfermedad carotidea por ecodoppler: Grosor de la intima + medida > 0.9mm o placa No Ecocardiografia No

Enfermedad renal crónica

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

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

Indice brazo-tobillo por Doppler < 0.9 No

Lesión de órgano blanco (LOB): Si

Diabetes mellitus (DM)

Diabetes Méllitus (DM) Si Diagnóstivo Nuevo? No

Hemoglobina Glicosilada Controlada No Hemoglobina Glicosilada no Controlada Si

Presión Arterial

Sentada	Parada	Adicional	Promedio
PAS/PAD: 120 80	PAS/PAD:	PAS/PAD:	PAS/PAD: 120 80

VALORACIÓN VISUAL

Medición sin Anteojos

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

Medición con Anteojos

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

Observaciones:

ANALISIS:

SS PARACLINICOS DEL PROGRAMA
PARA REMISION RUTA CV
TFG 80
CIFRAS DE PRESION EN METAS IGUAL MANEJO
LDL EN 90 EN METAS SEGUIR ESTATINA PREVENCION PRIMARIA

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

HG EN 8.3 FUERA METAS SE DEJA SITAGLIPTINA TB 100MG 1 DIA, DPAGLIFLOZINA/MTFORMINA TAB 5/1000 2 DIA GLARGINA 20 U DIA , SE REFEURZA HORARIO COMIDAS DIETA BAJA EN CALORIAS SIN AZUCAR NI PANELA, SE REFURZA TECNIA APLICACION DE INSULIAN SE ENTREGA HOJA PARA RGISTRO GLUCOMETRIAS
RIESGO CV ALTO
SE REMITE A TODAS ACTIVIDADES DE 3280 SEGUN GRUPO EDAD

DIAGNOSTICOS:

			TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	Confirmado repetido
Adherencia a la Guia: Si			
Relacionado 1	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado repetido
Adherencia a la Guia: No		Justificación: F	
Relacionado 2	E782	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	Confirmado repetido
Adherencia a la Guia: Si			
Relacionado 3	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido
Adherencia a la Guia: Si			
Relacionado 4	E669	OBESIDAD NO ESPECIFICADA	Confirmado repetido
Adherencia a la Guia: No		Justificación: F	
Relacionado 5	I429	CARDIOMIOPATIA NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstic
Adherencia a la Guia: No		Justificación:	

CONDUCTA:

Medicamentos

METOPROLOL TARTRATO 50MG TABLETA	50MG	TABLETA	TOMAR 1 TABLETA ENCIMA DE DESAYUNO Y 1 TABLETA ENCIMA DE COMIDA VIA ORAL	180	(CIENTO OCHENTA)
ATORVASTATINA 40MG TABLETA RECUBIERTA	40MG	TABLETA RECUBIERTA	TOMAR UNA TABLETA EN LA NOCHE VIA ORAL	90	(NOVENTA)
LOSARTAN POTASICO 50MG TABLETA RECUBIERTA	50MG	TABLETA RECUBIERTA	TOMAR 1 TABLETA ENCIMA DE DESAYUNO Y 1 TABLETA ENCIMA DE COMIDA VIA ORAL	180	(CIENTO OCHENTA)
AMLODIPINO BESILATO 5MG TABLETA	5MG	TABLETA	TOMAR 1 TABLETA ENCIMA DE DESAYUNO Y 1 TABLETA ENCIMA DE COMIDA VIA ORAL	180	(CIENTO OCHENTA)
LEVOTIROXINA SODICA 100MCG TABLETA	100MCG	TABLETA	TOMAR UNA TABLETA EN AYUNAS CON AGUA Y ESPERAR UNA HORA PRA DESAYUNAR. VIA ORAL	90	(NOVENTA)
LEVOTIROXINA SODICA 50MCG TABLETA	50MCG	TABLETA	TOMAR UNA TABLETA EN AYUNAS CON AGUA Y ESPERAR UNA HORA PRA DESAYUNAR. VIA ORAL	90	(NOVENTA)

Orden de laboratorio

HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA - CONTROL DE DM Y DISLIPIDEMIA PARA 2 MESES

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV
CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA
Tipo Documento: Cédula Documento: 25.151.449 H.C. 25151449
Fecha nacimiento: Jul.16/1946 Edad: 77 Años Sexo: Femenino
Dirección: MZ 7 CS 5 INTERMEDIO Télefono: 3136628197 Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Etnia: Otros
Atención: 154 Fecha: Ene.03/2024 Hora: 11:24
Causa externa: Enfermedad General Finalidad: No Aplica

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD -
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO -
COLESTEROL TOTAL -
MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL -
TRIGLICERIDOS + -
HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] -
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA -
UROANALISIS -
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE - CONTROL DE TTO DE HIPOTIROIDISMO
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS -
HEPATITIS C ANTICUERPOS MANUAL - CONTROL ADULTO

Rayos X - Imagenologia

ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD + - CONTORL DE HTA PARA 2 MESES

INDICACIONES:

Consuma una dieta baja en azucares y procure consumir 5 porciones de fruta o verduras al día.
Reduzca al máximo el consumo de sal, sustituyala por limón.
Procure disminuir el consumo de alimentos altos en colesterol: yema de huevo, salsas, fritos.
Consulte inmediatamente si presenta: visión borrosa, doble o ceguera transitoria.
Consulte inmediatamente si presenta: sensación continúa de vértigo mareo, desmayo o pérdida de la conciencia
Consulte inmediatamente si presenta: dolor fuerte en el pecho, opresivo o con dificultad para respirar.
Consulte inmediatamente si presenta: hinchazón marcada de los pies o superficie corporal.
Consulte inmediatamente si presenta: sensación de calambres, adormecimiento o pérdida de la sensibilidad y fuerza en alguna parte del cuerpo.
Si usted presenta obesidad o sobrepeso se recomienda bajar de peso.
Se recomienda realizar actividad física al menos 2 horas a la semana.
Si usted consume cigarrillo, se sugiere la suspensión inmediata del mismo.
Si usted consume licor, se sugiere la suspensión inmediata del mismo.
Si usted consume sustancias psicoactivas, se sugiere la suspensión inmediata de las mismas.
Procure combatir el estrés realizando actividades de recreativas, ejercicios de respiración.
Cuide sus pies, no camine descalzo, no use sandalias ni zapatos apretados.
Procure que alguien determine la temperatura del agua antes de bañarse o meter sus pies en un recipiente (por ejemplo cuando le van a arreglar las uñas)
Asista cumplidamente a sus citas de seguimiento según la hora y fecha asignada.
Si alguno de los medicamentos le genera malestar, alergia o intolerancia, solicite una cita antes del control que le asignaron.
No se auto medique.
No abuse de los medicamentos ordenados por el médico.

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA DEL CARMEN FLOREZ DE CABRERA**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	25.151.449	**H.C.**	25151449
Fecha nacimiento:	Jul.16/1946	**Edad:**	77 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 7 CS 5 INTERMEDIO	**Télefono:**	3136628197	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	154	**Fecha:**	Ene.03/2024	**Hora:**	11:24
Causa externa:	Enfermedad General		**Finalidad:** No Aplica		

Consulte inmediatamente si presenta: dolor de cabeza intenso.
Si se va a realizar algún tipo de ejercicio físico no se debe inyectar en la zona que se va a ejercitar
La insulina no se debe aplicar con mucha frecuencia en el mismo sitio DEBE ROTAR LA ZONA DE APLICACIÓN según recomendación del medico.
Si tiene sitomas de hipoglicemia, informe a su médico
Se recomienda el monitoreo y el registro de la glicemia

EDNA LUCIA IZQUIERDO HERNANDEZ
CC 42.083.177 Registro: 4814-94
MEDICINA GENERAL

Registro:

5

HOMERIS

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
Nit. 891412134-1
HISTORIA CLÍNICA
PSIQUIATRÍA AMBULATORIA

Nombre Paciente	MARIA DELCARMEN FLOREZ DE CABRERA	**Documento / Historia**	25151449	**Ingreso**	163254
Edad	77 Años / 7 Meses / 30 Días	**Sexo**	Femenino	**Estado Civil**	Viudo
Procedencia	PEREIRA	**Fecha Nacimiento**	16/07/1946	**Dirección**	MZ 7 CASA 5 INTERMEDIOS
Teléfono	3219183755	**Entidad**	ASMET SALUD SAS	**Regimen**	Subsidiado
Fecha Ingreso	15/03/2024 12:43:16 p. m.	**Acudiente**		**Teléfono**	
Parentesco		**Acompañante**		**Teléfono**	
Nivel educativo	2- Básica Primaria				

Folio N° 19 **Fecha grabación de folio** **15 de marzo de 2024 2:01 p. m.**

MOTIVO DE CONSULTA

Control. Fuente de información: la paciente, asiste con la vecina Luz Chiquito, ambas muy mañas informantes.

Vive en Pereira junto con una hija "prácticamente sola, la hija me acompaña por días, ella vive pendiente de mí". Separada. Escolaridad: primero de primaria, lee y escribe con dificultad. Ocupación: ama de casa. Ingresos económicos de su hija.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente antecedente de Trastorno depresivo recurrente. Trastorno cognoscitivo leve asociado a la enfermedad de Alzheimer. Apnea del sueño. Tratamiento: rivastigmina parche x 18 pm, aplicar uno al día transdérmico. Sertralina tableta x 100 mg 0-0-1. Psicología.

Describe de forma clara que cada vez que suspende el medicamento antidepresivo los síntomas se reactivan. Desde los 71 años empezó a manifestar deterioro cognoscitiva mnésico. Dice que se siente mal de la memoria, "se me olvida en que día estamos, las fechas, se me olvida que es lo que voy a marcar en el celular, voy a la tienda y dejo la plata en la casa", logra reconocer bien el valor del dinero, a veces olvida los horarios de los medicamentos, se desorienta al salir a la tienda, conserva las ABVD "hay días que estoy muy mal de la memoria".

HISTORIA PSICOFARMACOLOGICA: memantina tableta x 10 mg le produjo gastritis. inicialmente dijo que la fluoxetina le caía muy bien, luego la suspendió "me cayó mal" no describe el tipo de intolerancia.

Dice estar adherente al tratamiento, dice que de la depresión se ha sentido muy afectada, sin ideas de suicidio, persisten síntomas de apnea de apnea de sueño. Dice estar durmiendo bien. Dice que de la memoria se ha sentido muy mal, "se me olvida hasta que día es, me confundo, todo se me olvida, se me olvida lo que estoy hablando" dice estar adherente a los parches de rivastigmina, conserva las ABVD, dificultades en reconocer el valor del dinero, dificultades a la hora de cocinar "ya no es como antes", sale sola en el barrio, pero ya no se siente capaz de salir al centro, se le olvidan los horarios de los medicamentos. Niega síntomas psicóticos, ni ideas de muerte ni de suicidio. Las alucinosis son muy esporádicas, no le afectan, no alteran sus emociones. Dice que ya la valoro el otorrinolaringólogo, "me mando un examen, no me lo han hecho" no da buena información, no aporta la historia del otorrinolaringólogo, dice que aun no la ha valorado el neumólogo. Niega otros síntomas.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Tiene antecedente SAHOS SEVERA. Antecedente de Síndrome de Charles Bonnet. Disminución de agudeza visual. Está en control por oftalmología, le prescribieron gafas, las alucinosis se limitan a la noche cuando se quita las gafas. En el pasado "veo hombres y mujeres por allí parados, veo muchachos y viejitos, no me dan miedo, no les hago caso, yo no sé qué es eso".

VARIABLES FISIOLÓGICAS

Frecuencia Cardiaca	72	x min	**Tensión Arterial Sistólica**	0		**Talla**	152 cm
Frecuencia Respiratoria	20	x min	**Tensión Arterial Diastólica**	0		**Peso**	78 Kg
Temperatura	37,00	° C	**Tensión Arterial Media**	97	mmHg	**Indice de Masa Corporal**	33,80
						Perímetro abdominal	0 cm

EXÁMEN FÍSICO Y MENTAL

Bien presentada, tranquila, amable. Alerta, euprosexica. Memoria con fallas en memoria reciente. Se orienta bien en espacio y persona, no recuerda el día ni el año, recuerda bien el mes. Afecto: eutimico, bien modulado, resonante, congruente. Pensamiento normopsiquico, sin ideación delirante, sin ideas de auto o heteroagresion. Sin actividad alucinatoria. Con introspección positiva, juicio y raciocinio debilitado.

PARACLÍNICOS OCTUBRE 2017: Electroencefalograma: normal. NOVIEMBRE 2017: Resonancia cerebral simple: Leve atrofia frontoparietal bilateral. Focos de leucoencefaloapatia inespecifica. DICIEMBRE 2017: Glicemia basal: 180 alto. ENERO 2018: ácido fólico: 12.5, vitamina B 12: 534 normales. VDRL no reactivo, TSH: 4.37 normales. JULIO 2018: Electrocardiograma reportado por cardiología con ritmo sinusal, fc: 60 x min, QTc: 416 mseg, ST normal, trastorno de la repolarización en pared anteroseptal. Hemograma normal, creatinina 0.86, BUN: 19.9, triglicéridos: 179, HDL: 61.6 normales, TSH: 9.41 alta. DICIEMBRE 2019: polisomnografía ausencia de sueño REM, apnea obstructiva del sueño de intensidad SEVERO, hipoxemia sostenida. 26 AGOSTO 2023 POLISOMNOGRAFIA Apnea Obstructiva del sueño MODERADA, hipoxemia sostenia, movimiento periódico de piernas.

ANÁLISIS

El deterioro cognoscitivo esta avanzando, demencia en estadio temprano, aun sin valoración por neurología clínica, esto es persistente, no la ha valorado neumólogo. Describe que cada vez que suspende el medicamento los síntomas depresivos se reactivan, aun tomando el medicamento a veces se reactivan ante problemas cotidianos y por las enfermedades médicas, nuevamente con síntomas depresivos moderados, sin psicosis ni ideas de autolisis.
Se da psicoeducación amplia y clara sobre la condición clínica, indicación y posibles efectos adversos del medicamento.
Plan: aumento dosis de medicamentos.
Sertralina tableta x 100 mg 0-0-1 (LE CAUSA SUEÑO)
Sertralina tableta x 50 mg 0-0-1 NUEVO.
Rivastigmina parche x 27 pm, aplicar uno al día transdérmico en región dorsal alta.
Se solicita valoración por neurología clínica, neumología y otorrinolaringología.
Solicito TGO, TGP, fosfatada alcalina, electrocardiograma.
Se dan signos de alarma.
Control por psiquiatría en un mes. DEBE ASISTIR CON UN FAMILIAR.

IMPRESION DIAGNOSTICA

CODIGO	NOMBRE	DESCRIPCION DX	PRINCIPAL	TIPO

HOMERIS

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
Nit. 891412134-1
HISTORIA CLÍNICA
PSIQUIATRÍA AMBULATORIA

Nombre Paciente MARIA DELCARMEN FLOREZ DE CABRERA **Documento / Historia** 25151449
Procedencia PEREIRA **Ingreso** 163254 **Fecha Ingreso** 15/03/2024 12:43:16 p. m.

G473	APNEA DEL SUENO	[ ]	Presuntivo
F001	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TARDIO	[ ]	Presuntivo
F313	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO DEPRESIVO PRESENTE LEVE O MODERADO	[X]	Presuntivo

PLAN DE TRATAMIENTO EXTERNO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
1		1. SOLICITO VALORACIÓN POR NEUROLOGIA CLINICA(deterioro cognoscitivo mnesico) 2. SOLICITO VALORACIÓN POR NEUMOLOGIA Polisomnografia 26 AGOSTO 2023 Apnea Onstructiva del sueño MODERADA, hipoxemia sostenia, 3. SOLICITO VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGIA Polisomnografia 26 AGOSTO 2023 Apnea Onstructiva del sueño MODERADA, hipoxemia sostenia,
60	SERTRALINA 100 MG TAB	UNA EN LA NOCHE
60	RIVASTIGMINA 27 MG PARCHE TRANSDERMICO X 15 CM	UNA AL DIA
60	SERTRALINA 50 MG TAB	UNA EN LA NOCHE

EXAMENES SOLICITADOS

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACION
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIREVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA TGP-ALT	
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	
903833	FOSFATASA ALCALINA	

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
895100 ELECTROCARDIOGRAMA	

INDICACIONES MEDICAS

NOMBRE	OBSERVACIONES
Salida_Consulta_Externa	SE SOLICITA CITA DE CONTROL CON PSIQUIATRIA EN UN MES. SOLICITO VALORACIÒN POR PSICOLOGIA.

Maykol Hugo Narvaez Manzo

MAYKOL HUGO NARVAEZ MANZO
R.M. 10300230
Especialidad PSIQUIATRIA

21

HOMERIS
E.S.E Hospital Mental

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
Nit. 891412134-1
INDICACIÓN MEDICA
PSIQUIATRÍA AMBULATORIA

Nº Historia Clínica 25151449
Nombre Paciente MARIA DELCARMEN FLOREZ DE CABRERA
Fecha Nacimiento 16/julio/1946
Dirección MZ 7 CASA 5 INTERMEDIOS
Procedencia PEREIRA
Entidad ASMET SALUD SAS
Plan Beneficios ASMET SALUD PGP SUBSIDIADO
Nº Ingreso 163254
Finalidad Consulta No_Aplica

Nº Folio 19
Identificación 25151449
Edad Actual 77 Años / 7 Meses / 30 Días
Teléfono 3219183755
Ocupación
Régimen Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1
Fecha 15/03/2024 12:43:16 p. m.
Causa Externa Enfermedad_General

Folio Asociado 17
Sexo Femenino
Estado Civil Viudo

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion Salida_Consulta_Externa
Detalle SE SOLICITA CITA DE CONTROL CON PSIQUIATRIA EN UN MES.

SOLICITO VALORACIÒN POR PSICOLOGIA.

Maykol Hugo Narvaez Manzo

MAYKOL HUGO NARVAEZ MANZO
RM. 10300230
PSIQUIATRIA

HOMERIS
E.S.E Hospital Mental

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA Nit. 891412134-1
Av 30 de Agosto Cra 13 # 87-76 Tel. 3373444 E-mail. info@homeris.gov.co
FORMULA MEDICA - PLAN DE MANEJO EXTERNO
PSIQUIATRÍA AMBULATORIA

Nº Folio 19
Fecha solicitud Pereira 15/03/2024 2:01:48 p. m.
Nombre Paciente MARIA DELCARMEN FLOREZ DE CABRERA
Entidad ASMET SALUD SAS
Fecha Nacimiento 16/07/1946
Diagnóstico F313

Nº Historia Clínica 25151449
Plan Beneficios ASMET SALUD PGP SUBSIDIADO
Edad Actual 77 Años / 7 Meses / 30 Días
Nivel - Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1

Identificación Cédula de ciudadanía-25151449
Régimen Regimen_Simplificado
Zona residencial Urbana

Nº Ingreso 163254
Sexo Femenino

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación 1. SOLICITO VALORACIÓN POR NEUROLOGIA CLINICA

(deterioro cognoscitivo mnesico)

2. SOLICITO VALORACIÓN POR NEUMOLOGIA

Polisomnografia 26 AGOSTO 2023 Apnea Onstructiva del sueño MODERADA, hipoxemia sostenia,

3. SOLICITO VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGIA

Polisomnografia 26 AGOSTO 2023 Apnea Onstructiva del sueño MODERADA, hipoxemia sostenia,

Maykol Hugo Narvaez Manzo

NARVAEZ MANZO MAYKOL HUGO
RM. 10300230
PSIQUIATRIA

Esta orden es válida por 30 días a partir de la fecha de expedición

HOMERIS

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA Nit. 891412134-1
Av 30 de Agosto Cra 13 # 87-76 Tel. 3373444 E-mail. info@homeris.gov.co

Nº Folio 19
PSIQUIATRÍA AMBULATORIA
Fecha solicitud Pereira 15/03/2024 2:01:48 p. m. **Nº Historia Clínica** 25151449 **Nº Ingreso** 163254
Nombre Paciente MARIA DELCARMEN FLOREZ DE CABRERA **Identificación** Cédula de ciudadanía-25151449 **Sexo** Femenino
Entidad ASMET SALUD SAS **Plan Beneficios** ASMET SALUD PGP SUBSIDIADO **Régimen** Regimen_Simplificado
Fecha Nacimiento 16/07/1946 **Edad Actual** 77 Años / 7 Meses / 30 Días
Diagnóstico F313 **Nivel - Estrato** SUBSIDIADO NIVEL 1 **Zona recidencial** Urbana

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO	OBSERVACION
895100	ELECTROCARDIOGRAMA	1	Rutinario	

Maykol Hugo Narvaez Manzo

MAYKOL HUGO NARVAEZ MANZO
RM. 10300230
PSIQUIATRIA

Esta orden es válida por 30 días a partir de la fecha de expedición

HOMERIS

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA Nit. 891412134-1
Av 30 de Agosto Cra 13 # 87-76 Tel. 3373444 E-mail. info@homeris.gov.co

Nº Folio 19
PSIQUIATRÍA AMBULATORIA
Fecha solicitud Pereira 15/03/2024 2:01:48 p. m. **Nº Historia Clínica** 25151449 **Nº Ingreso** 163254
Nombre Paciente MARIA DELCARMEN FLOREZ DE CABRERA **Identificación** Cédula de ciudadanía-25151449 **Sexo** Femenino
Entidad ASMET SALUD SAS **Plan Beneficios** ASMET SALUD PGP SUBSIDIADO **Régimen** Regimen_Simplificado
Fecha Nacimiento 16/07/1946 **Edad Actual** 77 Años / 7 Meses / 30 Días
Diagnóstico F313 **Nivel - Estrato** SUBSIDIADO NIVEL 1 **Zona recidencial** Urbana

LISTADO DE EXÁMENES

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO	OBSERVACION
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIREVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA TGP-ALT	1	Rutinario	
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	1	Rutinario	
903833	FOSFATASA ALCALINA	1	Rutinario	

Maykol Hugo Narvaez Manzo

MAYKOL HUGO NARVAEZ MANZO
RM. 10300230
PSIQUIATRIA

Esta orden es válida por 30 días a partir de la fecha de expedición

Av. 30 de agosto Cra. 13 # 87 76 Tel: 3373444

Fecha Actual : miércoles, 05 junio 2024

HOMERIS
E.S.E. Hospital Mental
Universitario de Risaralda

CITA MÉDICA

Consecutivo: 220900

Especialidad PSIQUIATRIA
Medico NARVAEZ MANZO MAYKOL HUGO

miércoles, 26 de junio de 2024 8:00 a. m.
CONSULTORIO 11 CONSULTA EXTERNA

Control o Seguimiento Psiquiatria 30 minutos 02

Observaciones PRESENCIAL

Paciente MARIA DELCARMEN FLOREZ DE CABRERA
Documento 25151449 **Entidad** ASMET SALUD SAS
Telefono 3219183755 **Fec. Asigación** 05/06/2024 07:06 **Asignó** CAROLINA OSSA PICO
Sexo Femenino
Edad 77 Años / 10 Meses / 20 Días

- Recuerde presentarse 30 minutos antes de la cita con la autorización vigente. Si a la hora de la cita no ha facturado la atención, la cita se perderá.
- Para solicitud de cita por call Center o llamada telefónica al 6063400523 de 8:00 PM a 5:00 PM. Cancelacion de cita solo por WhatsApp 3136861313.
- Usted tiene derecho a 1): Recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado. Usted tiene en deber de: 1): Asistir puntualmente a las citas programadas presentando los documentos requeridos y en caso de no poder asistir cancelar con 24 horas de anticipación.

Av. 30 de agosto Cra. 13 # 87 76 Tel: 3373444

Fecha Actual : miércoles, 05 junio 2024

HOMERIS
E.S.E. Hospital Mental
Universitario de Risaralda

CITA MÉDICA

Consecutivo: 220902

Especialidad PSICOLOGIA
Medico MARIN RAMIREZ ANDREA

miércoles, 26 de junio de 2024 10:30 a. m.
CONSULTORIO 13 TERAPIA OCUPACIONAL

Control o Seguimiento por Psicologia 30 minutos 07

Observaciones PRESENCIAL

Paciente MARIA DELCARMEN FLOREZ DE CABRERA
Documento 25151449 **Entidad** ASMET SALUD SAS
Telefono 3219183755 **Fec. Asigación** 05/06/2024 07:06 **Asignó** CAROLINA OSSA PICO
Sexo Femenino
Edad 77 Años / 10 Meses / 20 Días

- Recuerde presentarse 30 minutos antes de la cita con la autorización vigente. Si a la hora de la cita no ha facturado la atención, la cita se perderá.
- Para solicitud de cita por call Center o llamada telefónica al 6063400523 de 8:00 PM a 5:00 PM. Cancelacion de cita solo por WhatsApp 3136861313.
- Usted tiene derecho a 1): Recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado. Usted tiene en deber de: 1): Asistir puntualmente a las citas programadas presentando los documentos requeridos y en caso de no poder asistir cancelar con 24 horas de anticipación.

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Flores de cabrera Nombre: Maria del Carmen

Sexo: F Edad: 77 Peso, kg: 79.6 Altura, cm: 151 Fecha: 2/07/24

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación del estado nutricional

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

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

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

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

NOMBRE _____. **FECHA** _____

PESO 79.6 **TALLA:** 151 **IMC:** 34.9

Obesidad grado I, Refiere antes consumir muchos Productos Ricos en grasas Saturadas y Azucar. Sin embargo desde que esta en CV ha comido mejor, Se brindan Recomendaciones nutricionales.

FIRMA USUARIO: María Isabel Correa S.

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

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 del C flores. | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25-151-449.

GRUPO: Mañana | EVALUADO POR: Carolina R.

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 13 / MES: Septiembre. / AÑO: 2024.

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año — 4 / 5
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 5 / 5

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

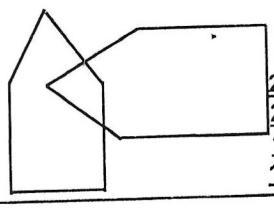
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 0 / 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 2 / 3

MEMORIA

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

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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



Deterioro cognitivo Leve.

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

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

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

1. DATOS PERSONALES DEL REMITIDO(A)		
NOMBRES	APELLIDOS	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	EAPB
ACUDIENTE	PARENTESCO	TELEFONOS

2. DESCRIPCIÓN

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