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 Gloria Arias.

GRUPO: Roto JORNADA: AM

TELEFONOS: 3044831146

#	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	—	—	NO está en carpeta
VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN				
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton	X		
24	Escala de Tinetti Modificada	X		
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: 28 MES: 11 AÑO: 2024.

Liz Neira Bonilla C 35545858

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 54

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 27 MES 05 AÑO 24

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María Gloria Arias de Rios

LUGAR DE NACIMIENTO: Ansermanuevo FECHA: DIA 29 MES 03 AÑO 1951

DIRECCIÓN: Veracruz alto Maz 13 casa 8

TELEFONO: 3044831146

EDAD: 73 CATEGORIA SISBEN: C8 DESPLAZADO — EPS Sanitas

RH A+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Jose Rubiel - hijo mayor
DIRECCIÓN Veracruz alto Maz 13 Casa 8 TELEFONO 3122309148

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (X) -Sisben (X) -Otro (X)
Cuál _____

Nombre del funcionario: Valentina Bermejo

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 María Gloria	Apellidos Arias de Ríos
Documento de identidad 66700117	Expedida 19-10-1979 Pddanillo

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 X	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	+
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar	—	Sedentarismo	X
Ingresos económicos 1smlv	X	—	—	Violencia intrafamiliar	—	Tabaco	—
Disponibilidad de tiempo	Si X	—	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 24 Mes 05 Año 24

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucía Alzate González

Nombre Gerontólogo(a)

Yamara Quintero.

Nombre Psicólogo(a)

Firma

Yamara Quiteo

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 27 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Maria Gloria PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Maria Gloria Arias C.C 66700117 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 29 / M 03 / A 1951 / Ansermanuevo / EDAD 73 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Manzana 13 casa 8 / BARRIO Veracruz /

EPS Sanitas / PUNTAJE SISBEN C8 / TIPO SANGRE A+ /

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

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

COMUNA Villasanta TELÉFONO FIJO — / CELULAR 304 483 11 46 /

OCUPACIÓN: ACTUAL ama de hogar / ANTERIOR — /

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

CUÁL: — / NINGUNO: + /

PERSONA DE CONTACTO Jose Rubiel /

DIRECCIÓN Veracruz - Mz 13 Casa 8 TELÉFONO 3044831146 PARENTESCO hijo /

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 — / AUDITIVAS — / DEL HABLA — / EPILEPSIA — /

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS X / ANSIEDAD — / DEPRESIÓN X / DEMENCIA — /
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	Jose Rubiel	44	hijo mayor	mecanico
2	—	—	—	—
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 ___ / SI X /

CUAL? Hipoglucida /

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?

Taller de 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 X / 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 — / NO X / SALUD: SI X / NO — / VIVIENDA: SI X / NO — /

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

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA X / FAMILIAR — / 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 — / BAÑO INCOMPLETO X / DIVISIONES — /

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES — / DORMITORIO COMPARTIDO X /

DORMITORIO AISLADO — / HUMEDADES X / 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: Gloria Inés Arias /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1225092595

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: Gloria

PRIMER APELLIDO: Arias

SEGUNDO APELLIDO: de Rios

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: 29-03-1951

No. Documento 66700117

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 73

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta 1 [X] SI 2 [ ] NO

PUNTAJE: C8

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [X] SI 2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA 2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: sanitas

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

1 [ ] VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
2 [ ] REINCORPORADO(A)
3 [ ] PUEBLOS INDIGENAS
4 [X] 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 ALGÚN(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 Colombia mayor 2 _____

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

No refiere nada.

2

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 13 Casa 8
BARRIO: Veracruz Alto

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3044831146 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Jose Rubiel
TELÉFONO DE CONTACTO: 3123094148 PARENTESCO: hijo mayor

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
9 [X] OFICIOS DEL HOGAR
10 [—] INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 [—] JORNALERO O PEÓN
12 [—] TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR
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

Divertirse

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Diabetes y colesterol elevado

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Valentina Bermejo

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
24	05	22

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 INSTITUCION: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Maria Gloria

APELLIDOS: Arias de Rios

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 29 MES: Marzo AÑO: 1951

EDAD: 73 SEXO: F CÉDULA DE CIUDADANIA: 66 700117 TIPO SANGRE: A+

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: X INDIGENA: — AFROCOLOMBIANO: — RAIZAL: — ROM: — OTRO: —

DIRECCIÓN: Manzanana 13 Casa 8 BARRIO: Vera Cruz alto

COMUNA: Villa Santana VEREDA: —

TELEFONO FIJO: — CELULAR: 3044831146 PLAN FUNERARIO: X

S.G.S.S.S: C: — S: X V: — O: — E.P.S: Sanitas PUNTAJE SISBEN C8

ENFERMEDADES: H.T.A: __ DIABETES: X OSTEOPOROSIS: __ ARTRITIS: __ EPOC: __ OTRA: colesterol

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Cosume medicamento Para HTA, Diabetes, Colesterol

ALERGIA A MEDICAMENTOS: No recuerda

DISCAPACIDADES: FÍSICA: — MENTAL: — SENSORIAL: — MULTIPLE: Cual

FACTORES DE RIESGO: TABACO: — ALCOHOL: — SEDENTARISMO: X OTRO:

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: — DIETA PRESCRITA: — PERTENENCIA GRUPOS: —

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA: — SECUNDARIA: — NINGUNO: — OTRO: —

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Jose Rubiel

PARENTESCO: Hijo TEL FIJO: — TEL CELULAR: 3044831146

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

DIRECCION: Cr 13 Nº 2E -04 TELEFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRONICO: GloriaC612008@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: ( ) SISBEN: ( ) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: ( ) CONSENTIMIENTO INFORMADO: ( ) 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 27 días del mes de 05 delaño 2024.

Firma: Gloria Arias

Nombre: Maria Gloria Arias

Identificación: 66 700 117

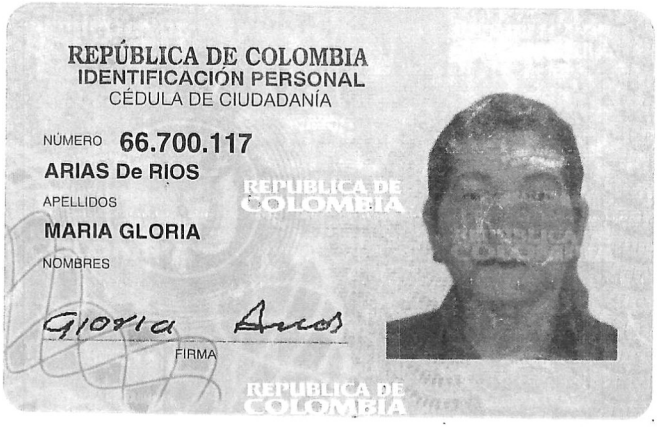




FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1951**
ANSERMANUEVO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
19-OCT-1979 ROLDANILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-2400100-00980318-F-0066700117-20180219 0059566330A 1 4564833884



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO **66.700.117**
ARIAS De RIOS
APELLIDOS
MARIA GLORIA
NOMBRES
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **66.700.117**

ARIAS De RIOS
APELLIDOS

MARIA GLORIA
NOMBRES

Gloria Arias
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1951**
ANSERMANUEVO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

19-OCT-1979 ROLDANILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-2400100-00980318-F-0066700117-20180219 0059566330A 1 4564833884

3207177187 F6

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

registro

C8

Fecha de consulta: 05/06/2024

Ficha: 66001055563700000560

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARÍA GLORIA

Apellidos: ARIAS RÍOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 66700117

Municipio: Pereira

Departamento: rosaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/11/2019

Última actualización ciudadana: 29/11/2019

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: MARTHA ISABEL OSPINA CÁRDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo electrónico: sisben@pereira.gov.co

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	66700117
NOMBRES	MARIA GLORIA
APELLIDOS	ARIAS DE RIOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	DOS QUEBRADAS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/24/2024 11:09:19	**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**,

HISTORIA CLÍNICA MEDICINA GENERAL

89020199 - CONSULTA DE ATENCION PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	ARIAS DE RIOS	**Nombres:**	MARIA GLORIA
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	66700117
Fecha de Nacimiento:	29/03/1951	**Edad:**	73 Años/1 Meses/30 Dias
Género:	Femenino	**Ocupación:**	ESTADISTICOS, MATEMATICOS, ECONOMISTAS,CONTADORES,JEFES,EMPLEADOS DE OFICINA, ANALISTAS SISTEMAS Y
Dirección:	LOS GUAMOS Mz 6 Cs 1	**Teléfono:**	3122309148
Nombre del Cliente:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS EN INTERVENCION BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESION	**Convenio:**	CAPITADO SUB SANITAS
Fecha registro :	28/05/2024 12:17	**Fecha atención:**	28/05/2024 12:17

Estado civil: Soltero **Nivel educación:** Ninguno **Tipo de usuario:** Subsidiado **Tipo de vinculación:** Otro **Nombre responsable:** JOSE RUBIEL
Parentesco responsable: Hijo(a) **Teléfono responsable:** 3122309148

POBLACIÓN

Población general: Si
Migrante: No
Habitante de calle: No
Personas que se inyectan drogas: No
Trabajadores Sexuales : No
Población privada de la libertad: No

ANAMNESIS

Tipo de Atención:: Presencial Prioritaria
Ambito de atención: Ambulatorio
¿Sintomático Respiratorio?: NO
Nº de días de la sintomatología Respiratoria::
Motivo de consulta: " DESDE AYER TENGO MUCHO DOLOR DE CABEZA "
Enfermedad actual: PACIENTE DE 73 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS ACOMPAÑADO NIETA JULIANA GOMEZ, REFIERE ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA HIPENTESION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO II NO INSULINOREQUIRIENTE, DISLIPIDEMIA, Alergia a la penicilina; QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 1 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CEFALEA HOLOCRANEANA, REFIERE DOLOR EN CUELLO NREGION CERVICAL, NIEGA FIEBRE, NIEGA NAUSEAS, NIEGA EMESIS, NIEGA DIARREA, NIEGA SINTOMAS GRIPALES, NIEGA CONGESTION NASAL, NIEGA ANOXMIA, NIEGA AGEUSIA, NIEGA LESIONES EN PIEL, NIEGA DISARTRIA, NIEGA PARALISIS, NIEGA DEPERTARES BRUSCOS EN LA NOCHE DE LA CEFALEA, NIEGA EMESIS EN PROYECTIL, NIEGA CONVULSIONES, NIEGA DOLOR TORÁCICO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, NIEGA CAIDAS, GOLPES, TRAUMAS; NIEGA ALGUN OTRO SINTOMA SUGESTIVO DE ENFERMEDAD EVIDENTE.

ANTECEDENDES FAMILIARES

Observaciones antecedentes familiares (especifique citando numeral): NO RECUERDA

ANTECEDENTES PERSONALES

2) HTA.: SI
14) Gastrointestinales: SI
16) Alergicos: SI
22) Consumo de cigarrillos: NO
Número de años que ha fumando:
Número de cigarrillos al día: IPA:
Riesgo de EPOC:
Observaciones antecedentes personales (especifique citando el numeral): 2 -3 ENALAPRIL X 20 MG 1V/DÍA METFORMINA X 850 MG DIA 14) gastritis cronica tto con omeprazol DX EVDA 16) Alergia a la penicilina 17) Salpinguectomía por ectópico, colesistectomía 23) Niega hábito tabáquico, cocinó con leña por mas de 10 años DM DX MAYO 2023 HIPERTG DX MAYO 2023 MAMOGRAFIA 2021 VIVE CON DOS HIJOS, ES VIUDA AM DE CASA ESCOLARIDAD 2 GRADO, CONTROL DE LA VEJEZ 02/05/2023 --EDAD 72 AÑOS 11/12/2023 glicemia basal 94, creatinina en suerio 1.03 creatinina orina ocasional 23.3 disminuida, microalbuminuria en orina 16, relacion 69, glicosilada 6.8%, perfil lipidico ct 230 hdl 36, tag 242, ldl 145.6, tsh 4.23

t4 libre 1.07,

HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

Vida sexual: No
Número de compañeros sexuales último año: 0
88.Citología Cervico uterina Resultados según Bethesda: 0.NO APLICA
¿Riesgo de ETS?: NO
¿Tiene Reporte de Laboratorios?: NO
Fecha Serología para Sífilis:
81.Resultado Serología para Sífilis:
83.Resultado Elisa para VIH:
74.Nro. Preservativos entregados a pacientes con ETS:
Observaciones:

PARACLÍNICOS RIA RCV

Fecha de toma de Creatinina: 12/12/2023
Creatinina.: 1,03
Fecha de toma de la Glicemia Basal.: 29/03/2023
Glicemia Basal.: 97
Fecha de toma del Perfil Lípidico: 12/12/2023
Colesterol Total.: 230
Triglicéridos.: 242 **Colesterol HDL.:** 36,0 **Colesterol LDL.:** 146 **LDL Corregido:** 146
Fecha de toma de la Microalbuminuria.:
Microalbuminuria.:
Diagnóstico de DM: Si
2. Fecha de toma de HbA1c Actual:: 27/03/2024
2. Resultado HbA1c Actual:: 6,36
¿Tiene Ecocardiograma?: No
Fecha de Ecocardiograma:
Adherencia al Tratamiento: Si
Observaciones del Ecocardiograma:
Clasificación Riesgo
Cardiovascular:: Alto
Clasificación del
Riesgo Metabólico:: Alto
Observaciones y/u Otros Paraclínicos: ..PARACLINICOS DEL 10/04/2022 GLICEMIA 112 MG/DL ALTERADA , CREATININA 0.89 MG/DL NORMAL COLESTEROL TOTAL 199 NORMAL, HDL 34.8 BAJAS , TRIGLICERIDOS 248 ALTOS,CH NORMAL

TAMIZAJE

Fecha próximo tamizaje de seno:

REVISIÓN POR SISTEMAS

Observaciones y/o especifique citando el numeral: No Refiere.

EXAMÉN FÍSICO

SIGNOS VITALES

TAS (mmHg):: 120
TAD (mmHg):: 70 **TAS (acostado mmHg)::** 120 **TAD (acostado mmHg)::** 70 **FC (xm)::** 89 **FR (xm)::** 18 **Temperatura::** 36,2
Perímetro abdominal M(cm): 80,00
Riesgo por perímetro abdominal M: <90 cms No Obesidad
Peso: 46,50 Kilogramos
Talla: 137,00 Centimetros **I.M.C::** 24,77
Clasificación riesgo IMC: >18.5 y <25 Normal

CALCULO ESCALA DE FINDRISC

Rango de edad paciente: Más de 64 años
Ha habido algún diagnóstico de DM en su familia: No
Realiza normalmente al menos 30 minutos diarios de actividad física: No
Toma medicación para la hipertensión regularmente: No
Con qué frecuencia consume frutas verduras y hortalizas: No a diario
Le han detectado alguna vez niveles altos de glucosa en sangre: Si

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Arias de Rios Nombre: Maria Gloria

Sexo: F Edad: 73 Peso, kg: 47.8 Altura, cm: 142 Fecha: 9/07/24

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 falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual — 2

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

C Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio — 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 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 sí
0.5 = 2 sí
1.0 = 3 sí — ☐.☐

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 Gloria Arias. FECHA 9/07/24

PESO 47.8 TALLA: 142 IMC: 23.7

Peso Adecuado.

PP: 33cm
PB: 24cm

FIRMA USUARIO: Gloria Arias

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: Yara Gloria Arias
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 66700117
GRUPO: Yañana
EVALUADO POR: Carolina R
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 23 / MES: Septiembre / AÑO: 2024.1

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año — 3/5
- 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

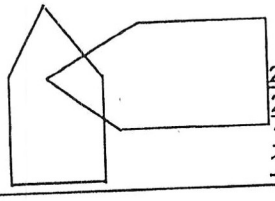
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 0/5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 2/3

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 — 1/1
- Copie este dibujo — 1/1



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

23: Deterioro Capacidad cognitiva.

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	
ESCALA DEPRESION GERIATRICA – YESAVAGE		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA DE APLICACION:	DIA: 17 /	MES: 11 /	AÑO: 2024 /
NOMBRE COMPLETO: Gloria Arias		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 66 700 117	
GRUPO: ROJO		ENTREVISTADO POR: Cristina Bedoya	

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

#	PREGUNTA	SI	N
1	¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	SI	N
2	¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	SI	N
3	¿Siente usted que su vida está vacía?	SI	N
4	¿Se aburre a menudo?	SI	N
5	¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	N
6	¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SI	N
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	N
8	¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	SI	N
9	¿Prefiere usted quedarse en la casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI	N
10	¿Con respecto a su memoria: ¿siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI	N
11	¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	SI	N
12	¿De la forma como se siente usted en este momento, se siente usted inútil?	SI	N
13	¿Se siente usted con mucha energía?	SI	N
14	¿Siente usted que su situación es irremediable?	SI	N
15	¿Piensa usted que la mayoría de personas está en mejores condiciones que usted?	SI	N

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

CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango saludable.	0
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: Cristina Bedoya

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

FECHA DE EVALUACION: DIA: 09 / MES: Septiembre AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Gloria Arias / C.C: 66700117

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

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

ANALISIS RESULTADO:

Basada en la puntuación de 19 se analiza un buen Funcionamiento Familiar y cohesion Fuerte. Hay un buen Funcionamiento Familiar que se basa en la comunicación, el respeto mutuo estas caracteristicas Fortalecen los Lazos Familiares y crea un ambiente seguro.

Luz Nelly

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 35545888

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

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: ___PRIMARIA DX: FECHA: 20 -12-2024

NOMBRE: MARIA GLORIA ARIAS DE RIOS EDAD: ___

Independiente Necesita Asistencia X Hospitalizado(a)___ SEXO: F

		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?	1	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	0	
D2.3	Moverse dentro de su casa	0	
D2.4	Salir de su casa ?	1	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	2	
	Domain Score	20%	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	Tener relaciones sexuales?	2	
	Domain Score	10%	0%
Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas			
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa ?	1	
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	1	
D5.3	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	1	
D5.4	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ?	1	
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario?	1	
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	16%	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	0	
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	1	
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?	1	
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	0	
	Domain Score	6%	0%
	Overall Score	8,65%	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

EVIDENCIA BUENA COMPRENCION Y COMUNICACIÓN, ESTE DOMINIO NO PRESENTA AFECTACION

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

ES FUNCIONAL. SIN EMBARGO REQUIERE ACOMPAÑAMIENTO EN LOS DESPLAZAMIENTO, DEBIDO A SU DEFICIENCIA VISUAL. ORIGINADO POR CIRUGIA.

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

REFIERE, REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE FORMA INDEPENDIENTE, UTILIZANDO UN TIEMPO CONSIDERABLE DEBIDO A SU DEFICIENCIA EN LA VISION

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

REFIERE MANEJAR EXCELENTES RELACIONES INTERPERSONALES, SU HOGAR LO CONSERVA DESDE HACE 54 AÑOS.

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

APOYA LAS AIVD,EN SU HOGAR DE ACUERDO A SU CAPACIDAD FISICA

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

PARTICIPA UNICAMENTE EN ACTIVIDADES DEL CEVI, LOS CUALES SON SUFICIENTES Y DE SU GRADO.

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 8,65%/26.% - DIFICULTAD LEVE

Se debera preservar la FUNCIONALIDAD DE LOS 6 DOMINIOS, especialmente DOMINO 2. Se debe apoyar en actividades de movilidad, debido a la dificiencia en su vision.

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



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

ACTIVIDAD: La Ley 1276 de 2009, establece nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los Centros Vida. Esta ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de las categorías A1 a C18 del SISBÉN IV, contribuyendo así, a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Los servicios mínimos que ofrecerán los Centros Vida serán los siguientes:

SERVICIO	SI X	NO
1. Alimentación.	X	
2. Orientación Psicosocial.	X	
3. Atención Primaria en Salud.	X	
4. Aseguramiento en Salud.	X	
5. Deporte, Cultura y Recreación.	X	
6. Auxilio Exequial.	X	
7. Manutención de alimentos.	X	
8. Otras.	X	

DESCRIPCIÓN

De los posibles riesgos en las actividades y las que pudieran derivarse:

- Caída, especialmente en la zona húmeda, por lo que se recomienda hacer uso de sandalias.
- Lesión durante la realización de las actividades deportivas, recreativas, culturales y de manualidades, se recomienda seguir todas las indicaciones de los profesionales encargados de las actividades.
- Si presenta una patología de base pueden existir diferentes posibilidades de riesgo en la ejecución de las actividades anteriormente mencionadas, sin embargo, los profesionales tendrán presente estas en el momento de elaborar los planes de intervención y comunicarán las indicaciones pertinentes y/o restricciones de considerarlo necesario, con la intención de prevenir contratiempos.

Yo, María Gloria Arias de Rios, con cedula N° 66700717, entiendo que las actividades a realizar arriba descritas implican tener beneficios para mi salud además de la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas, según fui informado en detalle por parte de los orientadores de las actividades. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante las actividades y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo posible.

Firmado en la ciudad de: Pereira a los 27 del mes de 05 del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: Gloria Arias 66700717

Firma – cedula - huella del acudiente: _____

Firma - cedula del orientador: Valentina Bermejo