ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	24764834
NOMBRES	MARIA LEONILDE
APELLIDOS	ROMERO RIOS
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/14/2025 15:18:12	**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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Romero Rios Nombre: Maria Leonilde

Sexo: F Edad: 68 Peso, kg 74,5 Altura, cm: 1,55 Fecha: 13/6/25

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

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual — 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 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 Vigencia: 12-2024
Versión: 0		

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

PESO 74,5 TALLA: 1,55 IMC: 31

DX NUTRICIONAL: Obesidad grado 1
Niega Antecedentes Patologicos

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

ENCUESTA DE SATISFACCION - CALIFICACION DE LOS SERVICIOS

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

Nombre del Usuario: maría Leonil de Romero

N° Identificación: 2H 76H 831

Fecha	14-08-2025	HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	a m

Tipo de usuario

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

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

ASPECTOS A EVALUAR

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES:
super bien gracias a todos los profesionales muy queridos todos este lugar es muy agradable

Gracias por su colaboración

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO: María Lanilde Romero	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24764834
GRUPO: Amarillo - AM	EVALUADO POR: [illegible]
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 27 / MES: noviembre / AÑO: 2023	

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

Información obtenida del:

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

Powered by CamScanner

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

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

TOTAL 12 **TOTAL** _____

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

ANALISIS: Usuaria con independencia total para realizar actividades cotidianas.

NOMBRE PERSONA EVALUADORA

María Yesenia Romero
FIRMA PERSONA EVALUADA

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

Powered by CamScanner

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

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Maria Leonilde Romero	24764834
GRUPO: Amarillo - AM	**EVALUADO POR:**

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 27 / MES: noviembre / AÑO: 2025 /

EVALUACION DEL EQUILIBRIO

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

1. AL SENTARSE:

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

2. EQUILIBRIO MIENTRAS ESTÁ SENTADO:

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

3. AL LEVANTARSE:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

5. EQUILIBRIO CON PIES LADO A LADO:

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

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

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

7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:

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

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

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

9. POSICIÓN DE SEMI-TÁNDEM:

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

Powered by CamScanner

10. POSICIÓN TÁNDEM:

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

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

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

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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



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

Powered by CamScanner

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

EVALUACION DE LA MARCHA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

INTERPRETACIÓN

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

9-9
25-26
34-35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuaria con riesgo de caida bajo. Su equilibrio estatico y marcha es excelente. Recomendación AF general para mejorar y mantener condiciones actuales.

Puntuacion 34 de 35

Victoria.

Maria Soenilde Romero

FIRMA – EVALUADOR ***FIRMA PERSONA EVALUADA***

Powered by CamScanner

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

FECHA DE EVALUACION: DIA: 12 / MES: Noviembre AÑO: 2025

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Leonilde Romero R. C.C: 24764834

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:

Usuaria manifiesta tener buena relación familiar refleja un buen estado emocional y siente que la tienen en cuenta en todas las decisiones que se deben tener en su hogar

Dayana Lorena Hinestroza

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 1088251475

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

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS – USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 15 M: 09 A: 25.	Maria Leonilde Romero	Mariana Vargas L.

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	Der	Izq
Abducción de hombro	4	4
Flexión de codo	5	5
Extensión de muñeca	5	5
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	4	4
Extensión de rodilla	4	4
Dorsiflexión de tobillo	3	3
PUNTAJE TOTAL	50	

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

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

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Fuerza muscular conservada. Fuerza muscular suficiente para realizar la mayoria de AVD sin ayuda, aunque con limitacion en esfuerzos intensos.

Scanned with CamScanner

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS – USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 17 M: 10 A: 27	Maria Leonilde Lomelo	Mariana Vargas

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

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

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

2. PONERSE DE PUNTILLAS

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

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

3. APOYO MONOPODAL

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

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

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

Scanned with CamScanner

CONTROL POSTURAL REACTIVO SUBPUNTUACIÓN: /6

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

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

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

5. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA ATRÁS

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

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

6. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- LATERAL

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

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

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

Scanned with CamScanner

ORIENTACIÓN SENSORIAL **SUBPUNTUACIÓN: /6**

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

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

Tiempo en segundos:

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

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

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

Tiempo en segundos:

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

9. INCLINADO - OJOS CERRADOS

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

Tiempo en segundos:

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

MARCHA DINÁMICA **SUBPUNTUACIÓN: /10**

10. CAMBIO EN LA VELOCIDAD DE MARCHA

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

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

Scanned with CamScanner

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

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

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

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

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

TUG: 07,66 **segundos** **TUG doble tarea:** 08,26. **segundos**

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 23 /28

Scanned with CamScanner

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

FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
12	09	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	María Soraida Romero
DOCUMENTO	2H76H53H
GRUPO	Amatillo

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

1. Encierre en un circulo las letras.

U 6 ¿ m @ t # 200 b 3 + v 4 Y 7 %

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

uvo _____ baso _____

mamá _____ vaca _____

TeTero _____ Yuca _____

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

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

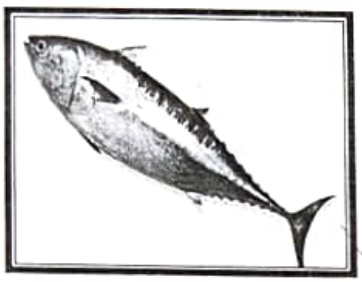
4. Resuelve las Operaciones.

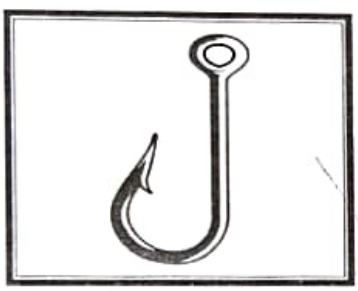
7 +2 9	17 +39 56	9 -3 6	51 -35 24

5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

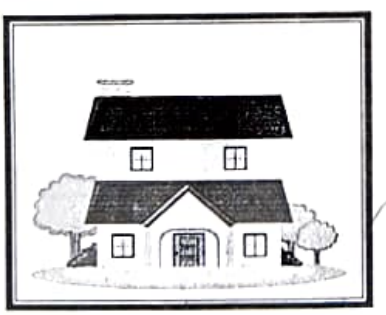
13	68	4	19	25	11	5	7	46	34
4	5	7	11	13	25	34	46	68	

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









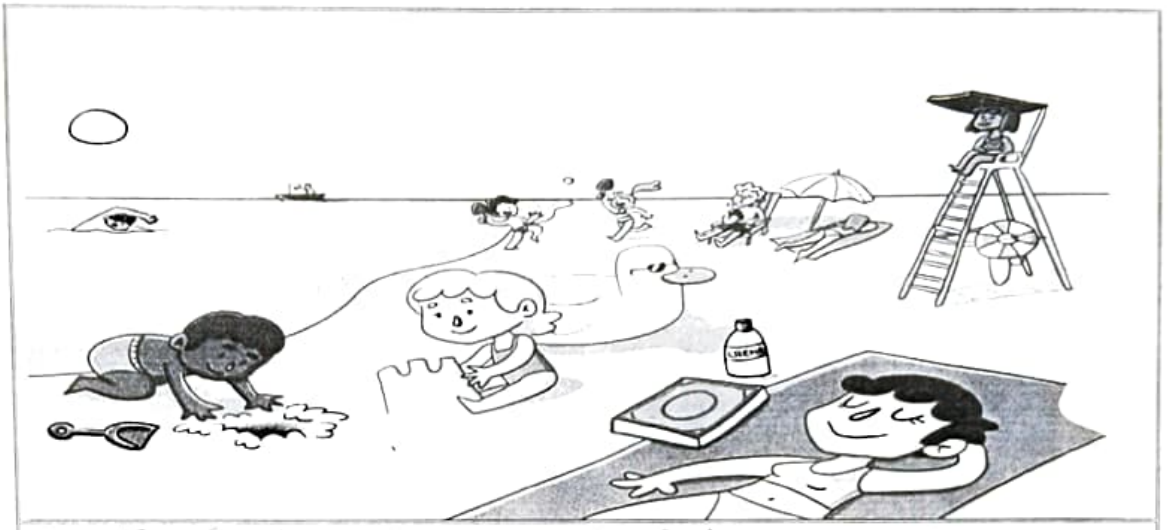
ESTATUA

CASA

PESCADO

ANZUELO

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



es niña juega en la arena el perro en el agua
la niña en el juego en la silla y este tiene el Sol
y el niño está acostado y el barco hace por el mar
y la niña en la escalera y los niños juegan
PinPon

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

PROCEDIMIENTO	RESPUESTA
40 - 10 30	30

EXITOS!

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

PROFESIONAL	FIRMA
Claudia Patricia Corrales Andrea Arias Quintero	Claudia Corrales Andrea Arias
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	12/09/2025.

NOTAS Y OBSERVACIONES:

La usuaria muestra un buen nivel en su lecto-escritura. Sin embargo, debe reforzar sus conocimientos matemáticos.

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

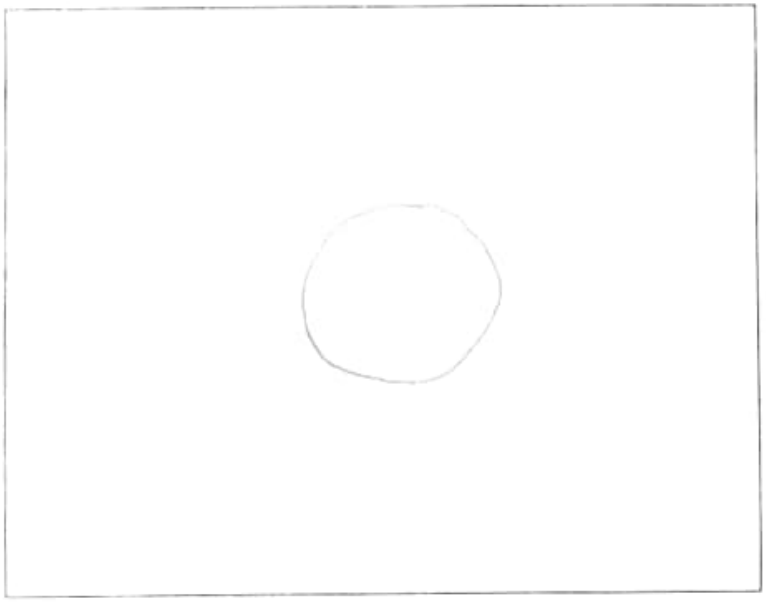
FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	**MES**	**AÑO**
12	9	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

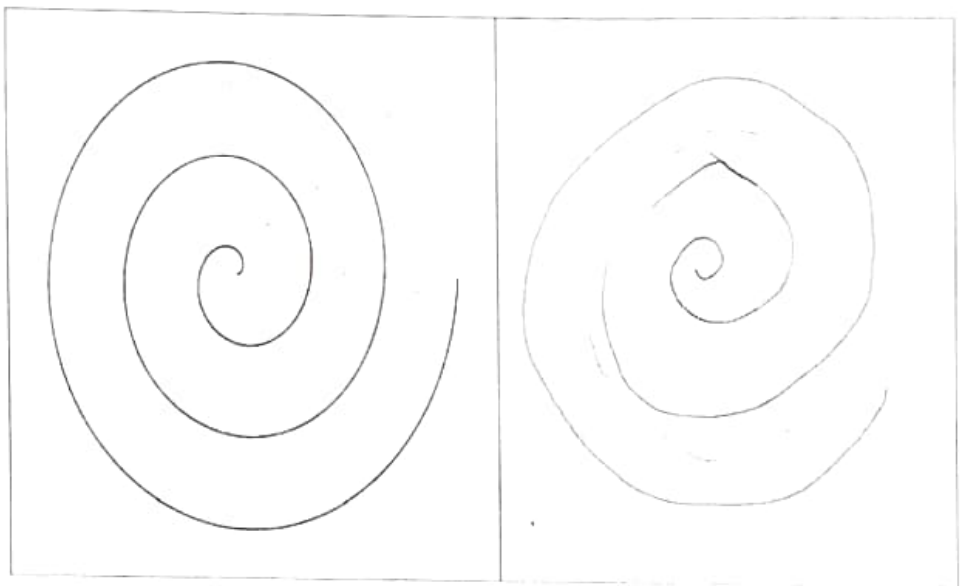
NOMBRES - APELLIDOS	María Leonilde Romero
DOCUMENTO	24764834
GRUPO	Amarillo

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

1. Dentro del siguiente espacio dibuje un círculo



2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.

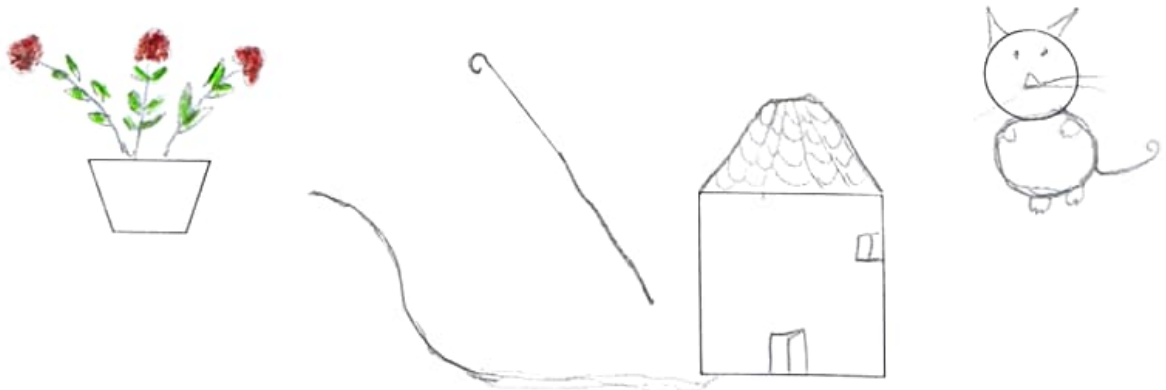


3. Escriba 2 usos que usted le daría a los siguientes objetos:

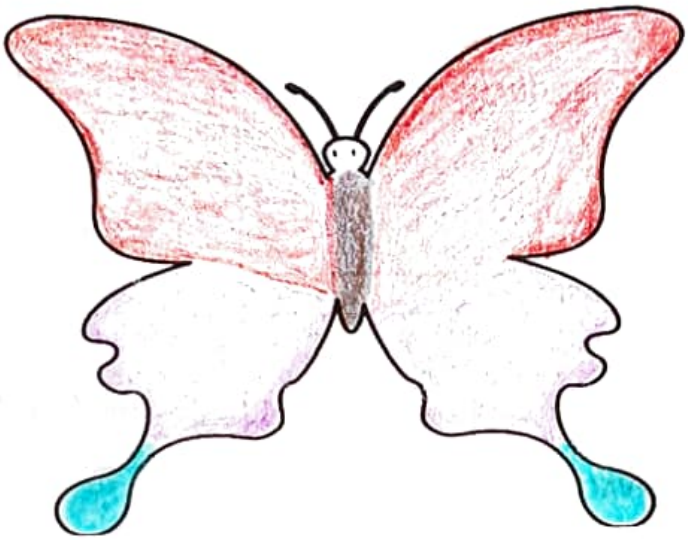
Periódico
Para Leer
Para los Lapos

botella plástica
Materos
Se echa agua en ellos

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:



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



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



7. Señale con una x los colores primarios :



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

☐ Falso

☒ Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
Claudia Patricia Carvajal Andrea Arias Quintero.	Claudia Carvajal. Andrea Arias
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	12/09/2025.

NOTAS Y OBSERVACIONES:

La usuaria presenta un buen nivel (bueno) en su saber, creatividad y conocimientos básicos

Adaptada por: Claudia Azucena Batero Gómez
Área Actividades Productivas.

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

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

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO: María Lucinda de Romero	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24764854
GRUPO: Amarillo	EVALUADO POR: Cristina Bedoya
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 22 / MES: 10 / AÑO: 2025	

ORIENTACIÓN

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

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

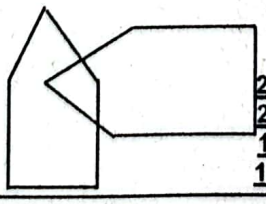
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5/5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3/3

MEMORIA

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

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj — 2/2
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros — 1/1
- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? — 1/2
- ¿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.

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

Adecuada capacidad cognitiva

Powered by CamScanner

Alcaldía de 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: 22 /	MES: 10 /	AÑO: 2025 /
NOMBRE COMPLETO: María Lechilde Romero		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24764834	
GRUPO: Amarillo		ENTREVISTADO POR: Cristina Bedoya	

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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

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

CALIFICACIÓN	PUNTUACION TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	4
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

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

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Maria Leonilda Romero **EAPB:** Nueva EPS

N° identificación del adulto: 24724834 **Nivel de Riesgo:**

Dirección domicilio: Mz 39 Cs 5 Remanzo **Cel:** 3136439075

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
24-09-25	10+35	115/75	78	93	17	35.7	Toma signos vitales	Sandra M. Ibarra
29-10-25	8+50	130/80	63	98	18.	36.0	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
05-11-25	11+05	122/62	69	96	16	36.1	Toma Signos Vitales	Sandra Ibarra

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

Nombre del adulto: Maria Leonilde Romero
EAPB: Nueva EPS
N° identificación del adulto: 24724834
Nivel de Riesgo:
Dirección domicilio: Mz 39 Cs 5 Remanso
Cel: 3136439079

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
24-09-25	10+35	115/75	78	93	17	39.7	Toma signos vitales	Sandra M. Ibarra
24-10-25	8+50	130/80	63	98	18.	36.0	Toma signos vitales	Sandra Ibarra.

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

Nombre del adulto: Nana Leonilda Romero
EAPB: Nueva EPS
N° identificación del adulto: 24724834
Nivel de Riesgo:
Dirección domicilio: Mz 39 Cs 5 Remanso
Cel: 3136439075

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
24-09-25	10+35	115/75	78	93	17	35.7	Toma signos vitales	Sandra M. Ibarra
29-10-25	8+50	130/80	63	98	18	360	Toma signos vitales	Sandra Ibarra.
05-11-25	11+05	122/62	69	96	16	361	Toma Signos Vitales	Sandra Ibarra
10-12-25	9+15	120/70	73	94	18	35.5	Toma signos vitales	Sandra Ibarra.

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

Nombre del adulto: Maria Leonilde Romero

EAPB: Nueva EPS

N° identificación del adulto: 24724834

Nivel de Riesgo: ____

Dirección domicilio: MZ 39 CS 5 Remanso

Cel: 313 643 9075

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
24-09-25	10+35	115/75	78	93	17	35.7	Toma signos vitales	Sandra M. Ibarra

Powered by CamScanner

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

Fecha de valoración: 24 Septiembre 2025

Nombre del paciente: Maria Leonilde Romero.

Identificación del Paciente: 24.764.834 **Ocupación:** Ama de casa

Fecha de Nacimiento: 14 marzo 1957. **Edad:** 68 años.

- Quienes forman su hogar 4 personas.
- Antecedentes Patológicos No reporta patologias - catarata.
- Discapacidad Mental NO.
- Antecedentes Familiares cancer - Cardiopatia.
- Ultimo control médico 20 - Septiembre 2025.
- Ayudas técnicas: audífono — lentes X Placa dentaria 2 Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis — Marcapasos — Otro: —
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol — tabaco — drogas — frecuencia: —
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Acetaminofen
Dosis: A necesidad.
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____
Nombre del medicamento_____
Dosis: _____
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____
Nombre del medicamento_____
Dosis: _____
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____

• SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD						
¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural __ Buena X Muy Buena __					
¿Por qué suele acudir al médico?	Revisiones - controles.					
¿Confía en las opiniones médicas?	Si					
• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES						
PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	X	FRECUENCIA	
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	X	FESCUENCIA	
¿Se diente apoyado y comprendido por su familia?	SI	X	NO		¿POR QUÉ?	
FAMILIARES						
¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Buena.					
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Buena.					
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Si					
¿Participa de reuniones familiares?	Si					
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	Si					

Powered by CamScanner

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

SOCIALES	
¿Tiene amigos?	Si
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	Diariamente
¿Hace parte de algún grupo?	Centro vida Oriente.

• SEXUALIDAD

MUJER	**HOMBRE**
¿tiene vida sexual activa? Si — No X	¿tiene vida sexual activa? Si ___ No ___
Última menstruación 49 años. (extracción matriz)	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si ___ No ___
Ultima citología 60 años.	¿Presenta secreciones inusuales? Si ___ No ___
¿Se practica examen de seno? Si X No — Por qué control.	¿Se ha realizado examen de próstata? Si ___ No ___ Por qué ___

• ELIMINACIÓN

¿Presenta dificultad para orinar? Si ___ No X	¿Presenta dificultad al defecar? Si — No X
¿Con que frecuencia orina? Normalmente.	¿Con que frecuencia realiza deposición? Todos los días
¿Despierta en la noche para orinar? Si X No — A veces —	¿Salida involuntaira? Si ___ No X A veces ___
¿Color inusual? Si ___ No X cual ___	¿ultiza ayudas para defecar? Si — No X A veces —
¿Olor inusual? Si ___ No X cual ___	Cual ___
¿Presenta retención de la orina? Si — No X A veces —	
¿Salida involuntaria de la orina? Si — No X A veces —	
¿Presenta dolor al orinar? Si — No X A veces —	

• SUEÑO

¿Cuántas horas duerme? 7 a 8 horas.	¿Presenta fatiga? Si — No X ¿con que actividad? ___
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO.	¿Presenta dolor en el tórax? Si ___ No X ¿Cuándo? ___
¿sufre de insomnio? NO.	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si — No X ¿Cuándo? ___

• ACTIVIDAD FISICA

• SIGNOS VITALES

Frecuencia cardiaca	78	Frecuencia respiratoria	17	Presión arterial	115/75

• NIVEL DE MOVILIDAD

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

• CAÍDAS

Teme usted caerse si X no —

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

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

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

Tiempo en segundos de permanencia en el piso ___

Necesitó ayuda para levantarse si — no —

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

Powered by CamScanner

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

OBSERVACIONES: Usuaria tranquila, colaboradora de buen semblante, buen aspecto FISICO, buena presentación personal participativa.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

DX No reporta patologias.

Sin tratamiento farmacologico.

controles de tensiones al dia.

Valoración por enfermeria mensual de signos vitales.

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

Cargo: Auxiliar Enfermeria.

Firma: Sandra M. Ibarra B.

Firma o huella paciente: maria Sconiide Romero

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 14/05/2025

Ficha: 66001074562000000235

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA LEONILDE

Apellidos: ROMERO RIOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24764834

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/09/2019

Última actualización ciudadano: 01/04/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co