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: Martha Lucia Ramirez

GRUPO: Rojo JORNADA: AM
TELEFONOS: 3122592701

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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 18 | Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q | X | | |
| 19 | Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular | NA | | |
| | **VALORACION – AREA FISIOTERAPIA** | | | |
| 20 | Cuestionario - Mini-BESTest | X | | |
| 21 | Escala Medical Research Council (MRC) | X | | |
| 22 | Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit | - | | |
| | **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 | X | | |
| 26 | Prueba de entrada - Área Educación | X | | |
| 27 | ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia. | X | | |

## FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 26 MES: 11 AÑO: 2024.

35 541 838

**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 62

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 28 MES 05 AÑO 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Martha Lucia Ramirez Gutierrez

LUGAR DE NACIMIENTO: Pereira FECHA: DIA 19 MES 07 AÑO 1957

DIRECCIÓN: Mz 8 Cs 4 Intermedio

TELEFONO: 3122522701

EDAD: 66 CATEGORIA SISBEN: B5 DESPLAZADO — EPS Asmet salud

RH At

| NOMBRE DE UN FAMILIAR |
| --- |
| Augusto Ramirez |
| DIRECCIÓN Mz 8 Cs 4 Intermedio<br>TELEFONO 3122522701 |

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario: Carolina Rodriguez R.

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 Martha Lucia | Apellidos Ramirez Gutierrez |
| Documento de identidad 25.192.270 | Expedida Santuario |

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 X | C | Enfermedad mental | Si | Alcohol | — |
| | Inferior | Igual | Superior | Sustancias psicoactivas | — | Soledad | — |
| Edad superior o igual a 55 años | — | — | X | Abandono familiar | — | Sedentarismo | — |
| Ingresos económicos 1smlv | — | — | — | 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 28 Mes 05 Año 2024

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

Alba Lucia Alzate Gonzalez
**Nombre Gerontólogo(a)**

Carolina Rodriguez
**Nombre Psicólogo(a)**

**Firma**

Carolina R

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

ENCUESTA No. _____

## DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA: DÍA 28 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Martha Ramirez PARENTESCO ——

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Martha Lucia Ramirez C.C 25.192.270

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 19 / M 07 / A 1957 / Pereira / EDAD 66 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz 8 CS 4 / BARRIO Intermedio

EPS Asmet salud / PUNTAJE SISBEN B5 / TIPO SANGRE A+ /

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

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

COMUNA V Santag / TELÉFONO FIJO —— / CELULAR 3122522701 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ama de Casa / ANTERIOR ——

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

CUÁL: —— / NINGUNO: —

PERSONA DE CONTACTO Walter Arley Gallego R

DIRECCIÓN Mz 8 CS 4 TELÉFONO 3008909192 PARENTESCO Hijo /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: Artrosis Degenerativa

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

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS X / ANSIEDAD X / 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 | Pedro Pablo Ramirez | 70 | Hermano | Ninguna |
| 2 | Augusto Ramirez | 65 | Hermano | Ninguna |
| 3 | Walter Arley Gallego | 45 | Hijo | Ninguna |
| 4 | | | | |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

| | DIARIO | SEMANAL | MENSUAL | ESPORÁDICAMENTE |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIARES | — | — | — | X |
| PARIENTES | — | — | — | — |
| VECINOS | — | — | — | — |
| 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?

Pintura, Dibujo, Arte. /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

## 4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

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

FAMILIARES X/ 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 —/ 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 —/ PISOS CON DESNIVEL —/

PUERTAS X/ VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO —/ DIVISIONES X/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

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:** Trabajadora Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1225092595

| C.T.A. MULTISER | FICHA DE INSCRIPCION<br>PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR<br>CENTRO VIDA ORIENTE | Alcaldía de PEREIRA | Código: FO-DS-04-009<br>Versión: 01<br>Fecha de Creación: 17/08/2017 |
|---|---|---|---|

**IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

PRIMER NOMBRE: Marta

SEGUNDO NOMBRE: Lucia

PRIMER APELLIDO: Ramirez

SEGUNDO APELLIDO: Gutierrez

**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: Julio 19-1957

No. Documento 25.192.270

**RANGO DE EDAD:**

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

AÑOS CUMPLIDOS: 66

**SEXO:**

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

**DATOS SISBEN:**

Esta
1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B5

**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 [X] VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
2 [ ] REINCORPORADO(A)
3 [ ] PUEBLOS INDIGENAS
4 [X] MADRE CABEZA DE FAMILIA
5 [X] 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 [ ] NINGUNO
2 [X] 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 [ ] SI
- [ ] GOBIERNO
- [ ] SECTOR PRIVADO

2 [X] NO

¿CUAL(ES)?: 1 ———
2

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

Realiza Labores Domesticas, escucha Música

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)**

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

DEPARTAMENTO: ———

MUNICIPIO: Mz 8 Cs 4

1 [ ] RURAL: VEREDA: ———

NOMBRE DE LA FINCA: ———

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: ———

BARRIO: Intermedio

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

TELÉFONO FIJO: ———

TELÉFONO MÓVIL: 3122522701

EMAIL: ———

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

NOMBRE: Augusto Ramirez

TELÉFONO DE CONTACTO: Maneja el mismo número.

PARENTESCO: Hermano

**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**

Pintar, hacer dibujos, jugar domino, Parqués, Domino.

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

Doña Marta refiere tener discapacidad mental, esta formulada con litio,

**INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA**

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Carolina Rodriguez R

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 28 | 05 | 2024 |

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

Marthalucia 126

**OBSERVACIONES:** Doña Marta refiere estar medicada con litio, pero no tiene conocimiento del Dx.

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

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Martha Lucia

APELLIDOS: Ramirez Gutierrez

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 19 / MES: Julio / AÑO: 1957

EDAD: 66 SEXO F / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 25192270 / TIPO SANGRE: A+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Mz 8 Cs 4 / BARRIO: Intermedio

COMUNA: Villa Santana / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3122522701 / PLAN FUNERARIO: Mapfre

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN 65

ENFERMEDADES: H.T.A: — / DIABETES: — / OSTEOPOROSIS: — / ARTRITIS: — / EPOC: — / OTRA: Artrosis degenerativa

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Ltho

ALERGIA A MEDICAMENTOS: NO

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Walter Arley Gallego

PARENTESCO: Hijo / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3008909192

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

DIRECCIÓN: Cra 13 # 2E 04 / TELÉFONOS: 3127797798

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac612008@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: (X) SISBEN: (X) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO: (X) CONSENTIMIENTO INFORMADO: (X) OTRO: CUAL HC

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

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

1. Multiser actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.
2. Que la información ´suministrada podrá ser verificada por los colaboradores de 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 28 días del mes de 05 del año 2024.

Firma: Martha Lucia Ramirez G.

Nombre: Martha Lucia Ramirez G

Identificación: 25192270





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.192.270
RAMIREZ GUTIERREZ
APELLIDOS
MARTHA LUCIA
NOMBRES

Martha Lucia Ramirez G.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1957
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-DIC-1977 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2400100-00194916-F-0025192270-20091108 0017814652A 1 4560005620

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 24/05/2024

**Ficha:** 66001079570600000083

# B5

**Pobreza moderada**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** MARTHA LUCIA

**Apellidos:** RAMIREZ GUTIERREZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 25192270

**Municipio:** Pereira

**Departamento:** Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 08/10/2019

**Última actualización ciudadano:** 08/10/2019

**Última actualización via registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

**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 | 25192270 |
| NOMBRES | MARTHA LUCIA |
| APELLIDOS | RAMIREZ GUTIERREZ |
| 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 | 01/10/2016 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| **Fecha de Impresión:** | 05/24/2024 11:37:50 | **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

Salud Pereira

# ESE SALUD PEREIRA

NIt: 816.005.003-5

## FORMULA MEDICA CONSULTA EXTERNA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | CC 25.192.270 | | | | |
| Apellidos y Nombres: | RAMIREZ GUTIERREZ MARTHA LUCIA | | Tipo: OM26 | Consecutivo: 240254 | Fecha: Ene.25/2024 |
| Edad: | 66 Años | Dirección: | MAN ZA 8 CASA 4 INTERMEDIO | No. Historia Clinica: 25192270 | 79 |
| Entidad. | ASMETSALUD EPS SAS | | | | Sexo: FEMENINO |
| Nivel: | Nivel 1 | | | Contrato: RIS-233-S20 | |
| Principal: | F318 | Tipo afiliación: | REGIMEN SUBSIDIADO | | Teléfono: 3217516064 |
| Relacionados: | Z000 | | | | |

| Descripción del medicamento | Concentración | Forma farmacoutica | Dosis / Via de administración/indicaciones | Cantidad Formulada |
|---|---|---|---|---|
| ACETAMINOFEN 500MG TABLETA | 500mg | TABLETA | 1 TABLETA VIA ORAL 2 TAB CADA 8 HORAS SI DOLOR | 30 (TREINTA ) |
| CARBONATO DE LITIO 300MG TABLETA | 300MG | TABLETA | 1 TABLETA VIA ORAL 2 TAB CADA 12 HIRAS PRO 3 MESES | 300 (TRESCIENTOS SESENTA ) |
| HIDROCORTISONA 0.5% LOCION TOPICA | 0.5% | LOCION TOPICA | 1 MILILITROS VIA TOPICA APLIICAR EN LESIONES | 1 (UN ) |
| LORATADINA 10MG TABLETA | 10MG | TABLETA | 1 TABLETA VIA ORAL 1TAB CADA 8 HORAS SI PICAZON | 15 (QUINCE ) |
| TRAMADOL CLORHIDRATO (1ML 20GOTAS) 100MG/ML | 100MG/ML | SOLUCION ORAL | 1 GOTAS VIA ORAL TOMAR 4 GPTAS SI DOLOR INTENSO | 1 (UN ) |

Observaciones:

Tatiana Rodriguez Molina
Médica General
RM 1088338569

26 ENE 2024

Tatiana Rodriguez Molina
Médica General
RM. 1088338569

TATIANA ALEJANDRA RODRIGUEZ MOLINA
CC 1.088.338.569 Registro: 1088338569
MEDICINA GENERAL

Firma Usuario

# Mini Nutritional Assessment

# MNA®

Nestlé NutritionInstitute

Apellidos: Ramirez Nombre: martha Lucia

Sexo: F Edad: 66 Peso, kg: 69.5 Altura, cm: 158 Fecha: 19/06/24

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 → 2
Dolor en la Rodilla

**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) → 12

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

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

**NOMBRE** _____. **FECHA** _____

**PESO** 69.5 **TALLA:** 158 **IMC:** 27.8

Sobrepeso, Adecuada
PP 35
PB 32.5

FIRMA USUARIO: *Martha Lucia Ramirez G.

**FECHA SEGUIMIENTO** _____

**PESO**_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

**FECHA SEGUIMIENTO** _____

**PESO**_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

Alcaldía de PEREIRA

# TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01

Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

**FECHA:**

| | |
|---|---|
| Nombre completo Marta Ramirez | Documento de identidad 25 192 270 |
| Grupo Manana | Examinado por Carolina R 67 |

**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**

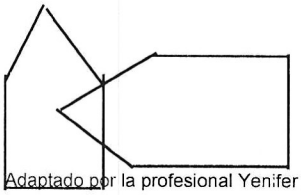
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? — 3 / 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3 / 3

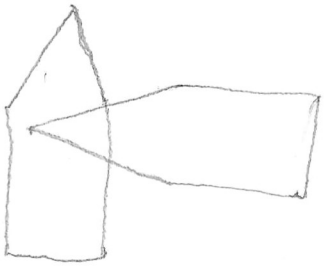
**MEMORIA**

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 1 / 3

**LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**

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





30-27 sin deterioro
26-25 deterioro cognitivo leve
24-10 demencia leve
9-0 demencia

Adaptado por la profesional Yenifer Peña Pérez, para el programa Centro Vida 2019

31-D Sin Deterioro Cognitivo

T.A.B.



29-07-2024

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

| FECHA DE APLICACION: DIA: 23 / MES: 11 / AÑO: 2024 | |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Martha Lucia Ramirez | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25192270 |
| GRUPO: Rojo. | ENTREVISTADO POR: Cristina Perez |

## ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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

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

| CALIFICACIÓN | PUNTUACION TOTAL |
|---|---|
| Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**. | |
| Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento. | 6 |
| 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 Perez

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

FECHA DE EVALUACION: DIA: 23 / MES: 12 / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Lucia Ramirez C.C: 25 192 270

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:

Puntuación de 19 en evaluación de Family Apgar. Se expresan emociones positivas, si refleja apoyo emocional y se fomenta la cercanía. "Integración"

Luz Neira

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 35 145 884

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

Rojo - 10 mg (N)

**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: 5 DX: MANGUITO ROTADOR D, ARTROSIS RODILLA D, PSICOSOCIAL MENTA

NOMBRE: MARTHA LUCIA RAMIREZ GUTIERREZ

1. independiente_X__necesita asistencia___Hospitalizada___

2. independiente___necesita asistencia___Hospitalizada___

| | | Score 1 | Score 2 |
|---|---|---|---|
| **Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación** | | | |
| D1.1 | Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ? | 1 | |
| D1.2 | Recordar las cosas importantes que tiene que hacer? | 2 | |
| D1.3 | Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria? | 1 | |
| 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** | 7% | 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? | 3 | |
| D2.2 | Pararse luego de estar sentado? | 3 | |
| D2.3 | Moverse dentro de su casa | 1 | |
| D2.4 | Salir de su casa ? | 2 | |
| D2.5 | Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]? | 4 | |
| | **Domain Score** | 65% | 0% |
| **Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO** | | | |
| D3.1 | Lavarse todo el cuerpo (Bañarse) ? | 1 | |
| D3.2 | Vestirse ? | 0 | |
| D3.3 | Comer? | 0 | |
| D3.4 | Quedarse solo(a) durante unos días? | 0 | |
| | **Domain Score** | 6% | 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 ? | 2 | |
| D4.4 | Hacer nuevos amigos? | 0 | |
| D4.5 | Tener relaciones sexuales? | 4 | |
| | **Domain Score** | 30% | 0% |
| **Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas** | | | |
| D5.1 | Cumplir con sus quehaceres de la casa ? | 2 | |
| D5.2 | Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes? | 2 | |
| D5.3 | Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario? | 2 | |
| D5.4 | Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ? | 2 | |
| D5.5 | Llevar a cabo su trabajo diario? | 0 | |
| D5.6 | Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo? | 0 | |
| D5.7 | Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer? | 0 | |
| D5.8 | Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ? | 0 | |
| | **Domain Score** | 25% | 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 | 2 | |
| 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? | 3 | |
| D6.5 | Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ? | 1 | |
| 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? | 3 | |
| D6.8 | Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar? | 2 | |
| | **Domain Score** | 38% | 0% |
| | **Overall Score** | 30,07% | 0,00% |

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

PLAN INDIVIDUAL

| | |
|---|---|
| **Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación** | |
| REALIZAR ESTIMULACION COGNITIVA ENFOCAR EN MEMORIA. | |
| | |
| **Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)** | |
| REQUIERE VALORACION Y MANEJO POR FISIOTERAPEUTA, DOLOR EN RODILLAS, LIMITA SU MOVILIDAD. | |
| | |
| **Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO** | |
| ESTIMULAR SU AUTOCUIDADO Y AUTONOMIA | |
| | |
| **Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos** | |
| GENERAR ESPACIOS CON SUS HERMANOS, FOMENTANDO BUENA COMUNICACIÓN | |
| | |
| **Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas** | |
| IMPULSAR LA REALIZACION DE AVD | |
| | |
| **Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD** | |
| VALORACIÓN Y MANEJO POR FISIOTERAPEUTA ( MANGUITO ROTADOR) Y APOYO DE PSICOLOGIA.DIFICULTAD FAMILIA HERMANOS E HIJO, HABLAN LO NECESARIO. | |
| | |

**Nombre evaluador: ALBA LUCIA ALZATE GONZALEZ**

**Profesión: GERONTOLOGA.** ID: 1679/64

| C.T.A. MULTISER | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>C.T.A. MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>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 | 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, Martha Lucia Ramirez G., con cedula N° 25192270, 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 28 del mes de Mayo del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: Martha Lucia Ramirez G CC 25192270

Firma – cedula - huella del acudiente: _____

Firma - cedula del orientador: Carolina R CC: 25.172.156
TP: 100166.

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

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 26 MES: 12 / AÑO: 2024 /

NOMBRES – APELLIDOS: MARTHA LUCIA RAMIREZ GUTIERREZ

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

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

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

## INTERPRETACION

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

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

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

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

***ANALISIS DEL RESULTADO:***

Diana S. Galeano L
***FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO***

Martha Lucia Ramirez
***FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO***

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

| | | |
|---|---|---|
| | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>MULTISER<br><br>CENTRO VIDA ORIENTE<br><br>EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD | Alcaldía de PEREIRA |
| Versión: 0 | | Vigencia: 05-2017 |

Fecha de valoración: 05-07-24.
Nombre del paciente: Martha Lucia ramirez Gutierrez.
Identificación del Paciente: 25192.270 Ocupación: Ama de casa.
Fecha de Nacimiento: 19-julio-51 Edad: 66.

- Quienes forman su hogar Hijo - 2 hermanos
- Antecedentes Patológicos Artritis - sico - sceel Mental.
- Discapacidad Mental sico sceel. Mental.
- Antecedentes Familiares Hipertensión, Diabetes.
- Ultimo control méduico 26-julio-24.
- Ayudas técnicas: audífono ___ lentes X Placa dentaria X Muletas ___ Silla de ruedas ___ bastón___ Prótesis___ Marcapasos ___ Otro:
- Habitos de consumo nocivos: alcohol ___ tabaco ___ drogas ___ frecuencia:
- Medicamentos: SI

Nombre del medicamento Carbamazepina
Dosis: 300mg
Frecuencia 2 cada 12 horas
¿Desde cuándo? 33 AÑOS.
Nombre del medicamento: Fluoxetina.
Dosis: 200mg
Frecuencia 3 - 1 - 1
¿Desde cuándo? 1 vez al mes.
Nombre del medicamento: Tramadol clorhidrato.
Dosis: 30 Gotas.
Frecuencia cada 2 dias
¿Desde cuándo? 5 AÑOS

| 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? | Citas Medicas |
| ¿Confia 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 | | NO | X | ¿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 | | | | | |
| SOCIALES | | | | | | |
| ¿Tiene amigos? | Si | | | | | |
| ¿Con que frecuencia comparte con ellos? | Cuando Puedo | | | | | |
| ¿Hace parte de algún grupo? | No | | | | | |

| SEXUALIDAD | |
|---|---|
| MUJER | HOMBRE |
| ¿tiene vida sexual activa? Si ___ No X | ¿tiene vida sexual activa? Si ___ No ___ |

https://ximeromeroguiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

| | PROGRAMA ADULTO MAYOR MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD | Alcaldía de PEREIRA |
|---|---|---|
| Versión: 0 | | Vigencia: 05-2017 |

Ultima menstruación hace 35 años

Ultima citología

¿Se practica examen de seno? Si X No

Por qué rutina

¿Presenta alguna lesión en los genitales Si No X

¿Presenta secresiones inusuales? Si No X

¿Se ha realziado examen de próstata? Si No X

Por qué —

## • ELIMINACIÓN

¿Presenta dificultad para orinar? Si No X

¿Con que frecuencia orina? Diario

¿Despierta en la noche para orinar? Si No A veces

¿Color inusual? Si No X cual

¿Olor inusual? Si No X cual

¿Presenta retención de la orina? Si No X A veces

¿Salida involuntaira de la orina? Si No X A veces

¿Presenta dolor al orinar? Si No X A veces

¿Presenta dificultad al defecar? Si No X

¿Con que frecuencia realiza deposición? Diario

¿Salida involuntaira? Si No X A veces

¿ulliza ayudas para defecar? Si No X A veces

Cual

## • SUEÑO

¿Cuántas horas duerme? 8 horas

¿Utiliza alguna ayuda para dormir? no

¿sufre de insomnio? no

## • ACTIVIDAD FISICA

¿Presenta faliga? Si No X ¿con que actividad?

¿Presenta dolor en el torax? Si No X

¿Cuándo?

¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si No

¿Cuándo? —

## • SIGNOS VITALES

| Frecuencia cardiaca | 70 | Frecuencia respiratoria | 19x1 | Presión arterial | 120 | 60 |
|---|---|---|---|---|---|---|

## • NIVEL DE MOVILIDAD

Completamente inmóvil

Muy limitado

Ligeramente limitado

No requiere aydua 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

https://ximeromeroquiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

## ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

| | | |
|---|---|---|
| 1. Equilibrio sentado | Se recuesta o resbala de la silla | 0 |
| | Estable y seguro | 1 X |
| 2. Se levanta | Incapaz sin ayuda | 0 |
| | Capaz pero usa los brazos | 1 X |
| | Capaz sin usar los brazos | 2 X |
| 3. Intenta levantarse | Incapaz sin ayuda | 0 |
| | Capaz pero requiere más de un intento | 1 |
| | Capaz de un solo intento | 2 X |
| 4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg) | Inestable (vacila, se balancea) | 0 |
| | Estable con bastón o se agarra | 1 |
| | Estable sin apoyo | 2 X |
| 5.Equilibrio de pie | Inestable | 0 |
| | Estable con bastón o abre los pies | 1 |
| | Estable sin apoyo y talones cerrados | 2 X |
| 6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces) | Comienza a caer | 0 |
| | Vacila se agarra | 1 |
| | Estable | 2 X |
| 7.Ojos cerrados (de pie) | Inestable | 0 |
| | Estable | 1 |
| 8. Giro de 360 ° | Pasos discontinuos | 0 |
| | Pasos continuos | 1 X |
| | Inestable | 0 |
| | Estable | 1 X |
| 9. Sentándose | Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla | 0 |
| | Usa las manos | 1 |
| | Seguro | 2 X |

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos). PUNTAJE: 16

## ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

| | | |
|---|---|---|
| 1. Inicio de la marcha | Cualquier vacilación o varios intentos por empezar | 0 |
| | Sin vacilación | 1 X |
| 2. Longitud y altura del paso | A) Balanceo del pie derecho | |
| | No sobrepasa el pie izquierdo | 0 |
| | Sobrepasa el pie izquierdo | 1 X |
| | No se levanta completamente del piso | 0 |
| | Se levanta completamente del piso | 1 X |
| | B) Balanceo del pie izquierdo | |
| | No sobrepasa el pie derecho | 0 |
| | Sobrepasa el pie derecho | 1 X |
| | No se levanta completamente del piso | 0 |
| | Se levanta completamente del piso | 1 X |

https://ximeromeroquiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

| | | |
|---|---|---|
| 3. Simetría del paso | Longitud del paso derecho desigual al izquierdo | 0 |
| | Pasos derechos e izquierdos iguales | 1 X |
| 4.Continuidad de los pasos | Discontinuidad de los pasos | 0 |
| | Continuidad de los pasos | 1 X |
| 5. Pasos | Desviación marcada | 0 |
| | Desviación moderada o usa ayuda | 1 |
| | En línea recta sin ayuda | 2 X |
| 6. Tronco | Marcado balanceo o usa ayuda | 0 |
| | Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos | 1 |
| | Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda | 2 X |
| 7- Posición al caminar | Talones separados | 0 |
| | Talones casi se tocan al caminar | 1 X |

PUNTAJE: 12

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (máx. 12).

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (máx. 28).

El tiempo aproximado de aplicación de esta prueba es de 8 a 10 minutos. El entrevistador camina detrás del paciente y le solicita que responda a las preguntas relacionadas a la marcha. Para contestar lo relacionado con el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha).
La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación:
A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la marcha es 12, para el equilibrio es 16. La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas.

A mayor puntuación=menor riesgo
Menos de 19 = riesgo alto de caídas
De 19 a 24 = riesgo de caídas

PUNTAJE TOTAL: 28/.

| NIVEL DE RIESGO DE CAIDA (marque con una x) | |
|---|---|
| MENOR RIESGO | X |
| RIESGO ALTO DE CAIDA | |
| RIESGO DE CAIDA | |

https://ximeromeroquiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

| | | |
|---|---|---|
| | PROGRAMA ADULTO MAYOR MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD | Alcaldía de PEREIRA |
| Versión: 0 | | Vigencia: 05-2017 |

## Índice de Barthel

| Actividad | Descripción | Puntaje |
|---|---|---|
| Comer | 1. Incapaz<br>2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.<br>3. Independiente (la comida está al alcance de la mano) | 0<br>5<br>10 X |
| Trasladarse entre la silla y la cama | 1. Incapaz, no se mantiene sentado<br>2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado<br>3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)<br>4. Independiente | 0<br>5<br>10<br>15 X |
| Aseo personal | 1. Necesita ayuda con el aseo personal<br>2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse | 0<br>5 X |
| Uso del retrete | 1. Dependiente<br>2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo<br>3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse) | 0<br>5<br>10 X |
| Bañarse o Ducharse | 1. Dependiente<br>2. Independiente para bañarse o ducharse | 0<br>5 X |
| Desplazarse | 1. Inmóvil<br>2. Independiente en silla de ruedas en 50 m<br>3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)<br>4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador | 0<br>5<br>10<br>15 X |
| Subir y bajar escaleras | 1. Incapaz<br>2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta<br>3. Independiente para subir y bajar | 0<br>5<br>10 X |
| Vestirse y desvestirse | 1. Dependiente<br>2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda<br>3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc. | 0<br>5<br>10 X |
| Control de heces | 1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)<br>2. Accidente excepcional (uno/semana)<br>3. Continente | 0<br>5<br>10 X |
| Control de orina | 1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa<br>2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)<br>3. Continente, durante al menos 7 días | 0<br>5<br>10 X |

| Puntaje | Clasificación |
|---|---|
| <20 | Dependencia total |
| 20 – 35 | Dependencia severa |
| 40 – 55 | Dependencia moderada |
| 60 – 95 | Dependencia leve |
| 100 | Independencia |

(Señale el nivel de depencia según el puntaje obtenido)

PUNTAJE TOTAL: 100%

https://ximeromeroguiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

| | PROGRAMA ADULTO MAYOR MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD | Alcaldía de PEREIRA |
|---|---|---|
| Versión: 0 | | Vigencia: 05-2017 |

DIAGNOSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Paciente Orientada con Medicamentos. con trastorno Afectivo Bipolar tiene dificultad al quedarse Mucho tiempo de pie ya que refiere le aguantar (a) rodillas. va a control cada Mes esta a la Espera de cirugia.

Profesional: Angie Montero

Firma o huella paciente: xMartha Lusia Ramirez



https://ximeromeroquiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti