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: 2DO PRIMARIA **DX: HTA** **FECHA: 2 - 12 - 2025**

NOMBRE: MIRIAN DE JESUS CALVO MUÑOZ EDAD: 72 **SEXO: F**

Independiente _X__ **Necesita Asistencia ____** **Hospitalizada___**

0		Score 1	Score 2
Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación			
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ?	0	
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	0	
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	0	
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo ?	0	
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	0	
D1.6	Comenzar y mantener una conversacion?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)			
D2.1	Estar de pie por largos periodos de tiempo como por ejemplo 30 minutos?	4	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	3	
D2.3	Moverse dentro de su casa	0	
D2.4	Salir de su casa ?	0	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro o algo equivalente?	0	
	Domain Score	35%	0%
Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO			
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse) ?	0	
D3.2	Vestirse ?	0	
D3.3	Comer?	0	
D3.4	Quedarse solo(a) durante unos días?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos			
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce ?	0	
D4.2	Mantener una amistad ?	0	
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted ?	0	
D4.4	Hacer nuevos amigos?	0	
D4.5	Relaciones sexuales	4	
	Domain Score	20%	0%
Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas			
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa ?	1	
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	1	
D5.3	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	1	
D5.4	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ?	1	
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario?	1	
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?	1	
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	1	
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ?	1	
	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 religiosas u otras actividades) ?	0	
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	0	
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	0	
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	0	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ?	0	
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ?	0	
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	0	
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	0	
	Domain Score	0%	0%
	Overall Score	13,33%	0,00%

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

ANALISIS INDIVIDUAL

Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación

Presenta buena comprension en la comunicación, se encuentra ubicada en tiempo, espacio y persona.

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

Es independiente en su movilidad, argumenta caminar largas distancias, se caracteriza por su dinamismo.

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta realizar de forma independiente sus actividades de la AVD y de cuidado personal. Lo cual se evidencia en sus presentacion personal.

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con famila amigos y vecinos, argumenta que el ingreso al programa Centro Vida le trae grandes beneficios.

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

Argumenta realizar continuamente sus AVD , realiza en el hogar todas las actividades domesticas.

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

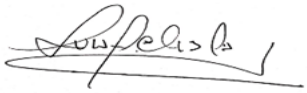
Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Argumenta tener buena relaciones interpersonales con familiares amigos y vecinos. , Lleva 2 años en el programa Centro Vida.

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL 13,33%/26,00% -DIFICULTAD LEVE

Preservar y potenciar la FUNCIONALIDAD EN LOS DOMINIOS 6. Se recomienda continuar su participacion de las actividades sociales, participa activamente en las actividades ocupacionales, culturales, fisicas y cognitivas.

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



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

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	34044001
NOMBRES	MYRIAM DE JESUS
APELLIDOS	CALVO DE OROZCO
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/14/2025 15:41:27	**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

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: Myriam de Jesus Galvo

N° Identificación: 34022038

Fecha	18-06-2025	HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	mañana Rojo

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:

Gracias por su colaboración

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: 10 / MES: septiembre AÑO: 2025

NOMBRES Y APELLIDOS: Myriam de jesus Calvo C.C: 34044001

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:

(15) Disfuncion familiar leve
La usuaria carece del soporte primario que deberia brindar la familia lo que muestra la situación como una situación de vulnerabilidad. La familia parece estar estancado en un ciclo de crisis sin herramientas para poder salir de él

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	
EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO Miriam Calvo Muñoz	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 34044001
GRUPO Rojo- AM	EVALUADO POR Juan Bautista S.
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 /	MES: Octubre / AÑO: 2025 /

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

Información obtenida del:

USUARIO	ACOMPAÑANTE	ACTIVIDAD	GUIA PARA LA EVALUACION I=2 A=1 D=0
I A D 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

I A D Puntuación: 1	I A D 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
I A D Puntuación: I	I A D 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 actividades cotidianas.

NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Miriam. calvo

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
Miriam Calvo Muñoz	34044001
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Rojo - AM.	Juan Bautista Sanchez

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 / MES: Octubre / 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.
X = 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).
X = 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, ___ 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, ___ 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, ___ 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: ___ 4, 2 segundos

Powered by CamScanner

10. POSICIÓN TÁNDEM:

X = 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.
0 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: ___ 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:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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



Pies lado a lado



Posición Semi-tándem



Posición Tándem

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.
X = sin vacilación.

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

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

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

0 = sí, y hubiera caído **o** perdió el paso más de 2 veces.
X = 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.
X = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

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

X = 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

4 - 9
7 - 26
11 - 35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuaria con alto riesgo de caida. Presenta equilibrio estatico deficiente lo que la hace Vulnerable ante posibles caidas. La usuaria en marcha pierde el paso, tambalea y es incapaz de sobrepasar obstaculos. En todo momento requiere baston; adicional refiere dolor en pierna derecha, esta en sobrepeso y sus movimientos son lentos. Recomendación AF de leve a moderada intensidad dada su condición.

Puntuación general obtenida 11 de 35.

FIRMA – EVALUADOR

Miriam Calvo

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

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

Nombre del adulto: Miriam de Jesus cano
N° identificación del adulto: 34022038
Dirección domicilio: C.U.O.P

EAPB: coosalud
Nivel de Riesgo: Alto
Cel: 3216816638

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
19/11/24	10:44	126/81	67	94	16	36.1°	Signos vitales	Mariana Arcos
21/05/25	10:24	114/64	64	98	20	35°1	Signos vitales	Mariana Arcos
06-08-25	11:00	150/100	66	95	18	36.0	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
23-09-25	11:30	134/92	60	96	20	35.9	Toma signos vitales	Sandra Ibarra

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

Versión: 1
Código: MGO-02-48
Vigencia: 03-2025

Fecha de valoración: 06 Agosto 2025

Nombre del paciente: Miriam de Jesús Calvo

Identificación del Paciente: 34'022.038 **Ocupación:** Ama de casa.

Fecha de Nacimiento: 23 Febrero 1953 **Edad:** 72 años.

- Quienes forman su hogar 3 personas
- Antecedentes Patológicos Hipertensión, Dislipidemia, Diabetes.
- Discapacidad Mental NO.
- Antecedentes Familiares hipertensión
- Ultimo control médico Marzo 2025.
- Ayudas técnicas: audífono — lentes — Placa dentaria X Muletas — Silla de ruedas — bastón X Prótesis — Marcapasos — Otro: ——
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol — tabaco — drogas — frecuencia: ——
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Losartán
Dosis: 1 diaria
Frecuencia__
¿Desde cuándo? Aproximadamente
Nombre del medicamento_____
Dosis: 1 diaria
Frecuencia__
¿Desde cuándo? Metformina.
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?	Revisión, controles.
¿Confía en las opiniones médicas?	Si.

• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO		FRECUENCIA	A veces.
¿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?	Buena. Si
¿Participa de reuniones familiares?	Si
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	NO.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: MGO-02-48
Vigencia: 03-2025

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

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

• SEXUALIDAD

MUJER	**HOMBRE**
¿tiene vida sexual activa? Si___ No X	¿tiene vida sexual activa? Si___ No___
Última menstruación 49 años.	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No___
Ultima citología 50 años	¿Presenta secreciones inusuales? Sí___ 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? Normal	¿Con que frecuencia realiza deposición? Cada 2 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? 9 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 X No__ ¿Cuándo? Presenta problema rodilla derecha

• ACTIVIDAD FISICA

• SIGNOS VITALES

Frecuencia cardiaca		Frecuencia respiratoria		Presión arterial	

• NIVEL DE MOVILIDAD

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

• CAÍDAS

Teme usted caerse si___ no X

Ha presentado caídas en el último año si___ no ___ 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 y buen aspecto físico, buenas condiciones aparentes.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Dx hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus.
Con tratamiento Farmacologico oral al dia.
Usuaria refiere estar en controles de rodilla izquierda porque se le acabo la babilla, se observa usuaria con obesidad, manejo de baston movilidad reducida.
Valoración mensual con enfermeria de signos vitales.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Sandra Milena Ibarra.

Cargo: Auxiliar Enfermeria

Firma: Sandra M. Ibarra B.

Firma o huella paciente: Miriam Calvo

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Miriam de Jesus cano | EAPB: coosalud

N° identificación del adulto: 34022038 | Nivel de Riesgo: Alto

Dirección domicilio: C.U.O.P | Cel: 3216816 38

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
9/11/24	10:44	126/81	67	94	16	36.1°	Signos vitales	Mariana Alcalá
21/05/25	10:24	114/64	64	98	20	35°1	Signos vitales	Mariana Alcalá
06-08-25	11:00	150/100	66	95	18	36.0	Toma signos vitales	Sandra Ibarra

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Miriam de Jesús calvo
CEDULA: 34.022.038 EDAD: 72 años.
DIRECCION RESIDENCIA: Mz 7 CS25 Interme TELEFONOS:
EAPB: Coosalud. GRUPO: Rojo JORNADA: Mañana.

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
06-08-2025	Usuaria se realiza toma de signos vit Les con TA 155/100, refiere haber tomado medicamento + realizar actividad física con área de deportes, se registra en su formato + se hace compromiso verbal para valoración frecuente de TA. —— 11 —— 11 ——	Santa M. Ibarra B. CC. 89.996

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO

Documento:	CC 34.044.001	**H.C.**	34044001	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Feb.23/1953	**Edad:**	72 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS,	**Télefono:**	3216681638	**Estado Civil:**	Casado
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			**Ocupación:**	Miembros del poder le
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	INTERMEDIO (VILLA SAN
Atención:	85	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	11:10
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:** MARTHA			**Télefono:**	3318790
Parentesco:					

Motivo consulta: " REVISION" REFIERE PACIENTE.

Enfermedad actual: PACIENTE ADULTO ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR PRIMERA VEZ PARA REVISION.

Acompañante: NO APLICA **Parentesco:** **Télefono:** 3216681638

Revisión por sistemas:

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

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	Desde 1993 30-10-2018 08:13 Desde 1993 19-08-2025 11:32 Si 14- Si 14-01-2021 09:14 Si 25-08-2025 11:11 Si En Too 14-05-2025 14: Si En Too 14-05-2025 14:33
Diabetes mellitus	Desde 2012 30-10-2018 08:13 Desde 2012 19-08-2025 11:32 Si 14- Si 14-01-2021 09:14 Si 25-08-2025 11:11 Si En Too 14-05-2025 14: Si En Too 14-05-2025 14:33
Otros	Insuficiencia Venosa. Niega Cualquier Otro Antecedente Personal Patolo gico De Relevancia 14-01-2021 09:14 Obesidad Insu Venosa 30-10- Obesidad Insu Venosa 30-10-2018 08:13
Dislipidemias	Desde 1993 30-10-2018 08:13 Si 14-01-2021 09:14 Si 25-08-2025 1 Si 25-08-2025 11:11 Si En Tto 14-05-2025 14:33

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	Niega 14-01-2021 09:14 Niega 30-10-2018 08:06 Niega 14-05-2025 Niega 14-05-2025 14:33

Antecedentes Traumáticos

Fracturas	Niega 14-05-2025 14:33
Otros	Niega 30-10-2018 08:06 Niega 14-05-2025 14:33
Intoxicaciones	Niega 14-05-2025 14:33

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos	Niega 14-05-2025 14:33

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO
Documento: CC 34.044.001 H.C. 34044001 Sexo: Femenino
Fecha nacimiento: Feb.23/1953 Edad: 72 Años Etnia: Otros
Dirección: MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS, Télefono: 3216681638 Estado Civil: Casado
Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Ocupación: Miembros del poder le
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda Ciudad: PEREIRA Barrio: INTERMEDIO (VILLA SAN
Atención: 85 Fecha: Ago.25/2025 Hora: 11:10
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: Télefono:
Información Persona Responsable: Nombre: MARTHA Télefono: 3318790
Parentesco:

Polvo	Si 25-08-2025 11:12
Medicamentos	Niega 14-05-2025 14:33 Niega Alergias O Reacciones Adversas A Cua lquier Medicamento Recibido Hasta Ahora 14-01-2021 09:12
Otros	Niega 30-10-2018 08:06

Antecedentes familiares

Otros	La Mayoria Corazon 30-10-2018 08:13 Niega 14-05-2025 14:33
Enfermedad coronaria	Madre Fallecio 25-08-2025 11:12 Padres 14-01-2021 09:14 Padres 1 Padres 14-05-2025 14:33

Antecedentes ocupacionales

Ocupaciones que ha desempeñado el paciente	Escolaridad 1 G Rado Oficos Domesticos Ama De Casa Ahora 30-1 0-2018 08:06

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive	2 Personas 14-05-2025 14:35 2 Personas, Esposo E Hija 25-08-2025 2 Personas, Esposo E Hija 25-08-2025 11:12 Vive Con Su Esposo Y S Vive Con Su Esposo Y Su Hija 14-01-2021 09:18
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	Niega 14-05-2025 14:35 No 14-01-2021 09:18
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	Niega 14-05-2025 14:35 No 14-01-2021 09:18
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	Niega 14-05-2025 14:35 No 14-01-2021 09:18
Vida sexual activa	Niega 14-05-2025 14:35 No 14-01-2021 09:18
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	Urbana, Todos Los Servicios Publicos 14-05-2025 14:35 Urbana, Todo s Los Servicios Publicoes, Piso De Baldosa 14-01-2021 09:18 Urbana, Urbana, Villasantana 25-08-2025 11:12
Convivencia con animales (mascotas)	1 Perro 14-01-2021 09:18 Gato Vacunado 14-05-2025 14:35 No 25- No 25-08-2025 11:12
Sabe leer	Niega 14-05-2025 14:35 No 25-08-2025 11:12 Si 14-01-2021 09:18 Si 14-01-2021 09:18
Sabe escribir	Niega 14-05-2025 14:35 No 25-08-2025 11:12 Si 14-01-2021 09:18 Si 14-01-2021 09:18
Actividad física	No 14-01-2021 09:18 Sedentarismo 14-05-2025 14:35
Mas de un compañero sexual en el último año	Niega 14-05-2025 14:35 No 14-01-2021 09:18
Pareja sexual estable	Si 14-01-2021 09:18 Si 14-05-2025 14:35
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	Ama De Casa 14-01-2021 09:18 Ama De Casa 14-05-2025 14:35
Método de planificación (vasectomia, barrera, otros)	No 14-01-2021 09:18 No Aplica 14-05-2025 14:35
Violencia y maltrato	Niega Y No Se Evidencia 14-05-2025 14:35 No 14-01-2021 09:18
Edad inicio de vida sexual	16 Años 14-01-2021 09:18 16 Años 14-05-2025 14:35

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO

Documento:	CC 34.044.001	**H.C.**	34044001	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Feb.23/1953	**Edad:**	72 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS.	**Télefono:**	3216681638	**Estado Civil:**	Casado
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			**Ocupación:**	Miembros del poder le
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	INTERMEDIO (VILLA SAN
Atención:	85	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	11:10
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:** MARTHA			**Télefono:**	3318790
Parentesco:					

Otros	Escolaridad 2 Grado Ama De Casa 30-04-2019 07:58 Escolaridad Se Escolaridad Segundo Primaria 14-05-2025 14:35
Tratamiento en el cuello	
Otros	Niega Antecedentes 14-02-0022 00:00
Síntomas Actuales	
Ninguno	No Refiere 15-11-0019 00:00
Aspecto del cuello	
Sano	Sin Presencia De Flujo 14-02-0022 00:00
TABAQUISMO	
Fuma	Niega 14-02-2022 09:58 No 15-11-2019 12:23
Cantidad	No Aplica 14-02-2022 09:58
Otros antecedes	
Ha utilizado DIU alguna vez	No 15-11-2019 12:23 Si, Hace 30 Años 14-02-2022 09:58
Existe en su familia antecedente de cancer ginecológico	Niega 14-02-2022 09:58 No 15-11-2019 12:23
PRE - POS TEST	
PRETEST VIH-SIDA	Si 27-07-2023 18:52
Ha recibido información sobre el VIH-SIDA?	Si 27-07-2023 18:52
Tiene en cuenta las consecuencias negativas?	Parcialmente 27-07-2023 18:52
Con que frecuencia usa el condon?	Nunca 27-07-2023 18:52
Por qué no lo utiliza?	Confia En Pareja Desde Hace 34 Años 27-07-2023 18:52
Tiene pareja estable?	Si 27-07-2023 18:52
Cuantas parejas ha tenido en los últimos cinco años?	1 27-07-2023 18:52
Posibles mecanismos de transmisión?	Heterosexual 27-07-2023 18:52
Enfermedades asociadas al VIH?	Niega 27-07-2023 18:52
Qué haría al recibiera un resultado positivo?	Iniciar Tratamiento 27-07-2023 18:52
Si recibiera un resultado positivo con quién se gustaría compartirlo?	A Nadie 27-07-2023 18:52
Qué haría al recibiera un resultado negativo ?	Seguirse Cuidando 27-07-2023 18:52
Cómo se encuentra emocionalmente el paciente ?	Animada 27-07-2023 18:52
Debe tomarse la prueba para VIH?	Si 27-07-2023 18:52
Por qué debe tomarse la prueba de VIH?	Orden Medica 27-07-2023 18:52
Estado mental	Consciente Orientado 27-07-2023 18:52
Conducta a seguir	Se Direcciona Al Laboratorio Para Toma De Muestra 27-07-2023 18:52
Se le ha realizado PRETEST anteriormente?	No 27-07-2023 18:52

TECNOLOGIA BLANDAS

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO

Documento: CC 34.044.001 H.C. 34044001 Sexo: Femenino

Fecha nacimiento: Feb.23/1953 Edad: 72 Años Etnia: Otros

Dirección: MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS. Télefono: 3216681638 Estado Civil: Casado

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Ocupación: Miembros del poder le

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda Ciudad: PEREIRA Barrio: INTERMEDIO (VILLA SAN

Atención: 85 Fecha: Ago.25/2025 Hora: 11:10

Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: Nombre: Télefono:

Información Persona Responsable: Nombre: MARTHA Télefono: 3318790

Parentesco:

Hábitos

Otros Paciente Niega 25-08-2025 11:12

Odontológicos

Fecha de último tratamiento odontológico Hace Un Año 25-08-2025 11:12

Rehabilitación removible Si 25-08-2025 11:12

Histórico por seguimiento

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
May.14/2025	14:28	20	APGAR FAMILIAR	Funcion familiar adecuada.	MELISSA GONZALEZ MONTOYA

HIGIENE ORAL:

Frecuencia Cepillado: Tres

Uso seda dental: Cero

Uso enjuague bucal: No

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO

Documento: CC 34.044.001 **H.C.** 34044001 **Sexo:** Femenino

Fecha nacimiento: Feb.23/1953 **Edad:** 72 Años **Etnia:** Otros

Dirección: MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS, **Télefono:** 3216681638 **Estado Civil:** Casado

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA **Ocupación:** Miembros del poder le

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** INTERMEDIO (VILLA SAN

Atención: 85 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 11:10

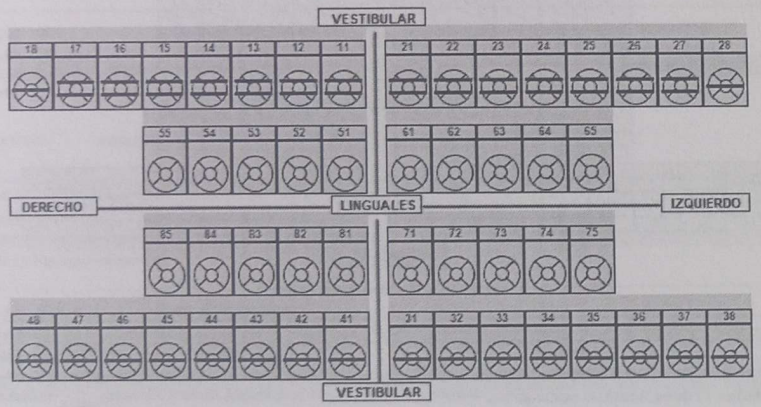
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**

Información Persona Responsable: Nombre: MARTHA **Télefono:** 3318790

Parentesco:

DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO



Tipo Dentición: Permanentes

Diente	Superficie	Convención	Observaciones
11	TODO	ReemplazadoCaries	
12	TODO	ReemplazadoCaries	
13	TODO	ReemplazadoCaries	
14	TODO	ReemplazadoCaries	
15	TODO	ReemplazadoCaries	
16	TODO	ReemplazadoCaries	
17	TODO	ReemplazadoCaries	
18	TODO	Extraido	
21	TODO	ReemplazadoCaries	
22	TODO	ReemplazadoCaries	

XENCO S.A:<vfconsultaodontologica>

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO

Documento: CC 34.044.001 **H.C.** 34044001 **Sexo:** Femenino

Fecha nacimiento: Feb.23/1953 **Edad:** 72 Años **Etnia:** Otros

Dirección: MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS, **Télefono:** 3216681638 **Estado Civil:** Casado

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA **Ocupación:** Miembros del poder le

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** INTERMEDIO (VILLA SAN

Atención: 85 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 11:10

Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**

Información Persona Responsable: Nombre: MARTHA **Télefono:** 3318790

Parentesco:

Diente	Superficie	Convención	Observaciones
23	TODO	ReemplazadoCaries	
24	TODO	ReemplazadoCaries	
25	TODO	ReemplazadoCaries	
26	TODO	ReemplazadoCaries	
27	TODO	ReemplazadoCaries	
28	TODO	Extraido	
31	TODO	Extraido	
32	TODO	Extraido	
33	TODO	Extraido	
34	TODO	Extraido	
35	TODO	Extraido	
36	TODO	Extraido	
37	TODO	Extraido	
38	TODO	Extraido	
41	TODO	Extraido	
42	TODO	Extraido	
43	TODO	Extraido	
44	TODO	Extraido	
45	TODO	Extraido	
46	TODO	Extraido	
47	TODO	Extraido	
48	TODO	Extraido	

PREVALENCIA DE CARIES:

Cariados: 0 Obturados: 0 Caries no Cavitacional: 0Perdidos otras causas: 0Perdidos: 28 Sano: 0

Total Dientes presentes en boca: 54

Total Dientes Cariados, Obturados y Perdidos (C.O.P): 27

Total Dientes Cariados, Extraídos y Obturados (C.E.O): 0

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO

Documento: CC 34.044.001 **H.C.** 34044001 **Sexo:** Femenino

Fecha nacimiento: Feb.23/1953 **Edad:** 72 Años **Etnia:** Otros

Dirección: MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS, **Télefono:** 3216681638 **Estado Civil:** Casado

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA **Ocupación:** Miembros del poder le

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** INTERMEDIO (VILLA SAN

Atención: 85 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 11:10

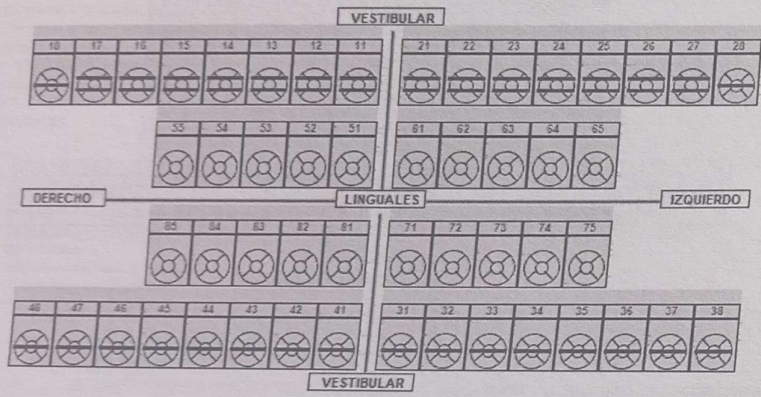
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**

Información Persona Responsable: Nombre: MARTHA **Télefono:** 3318790

Parentesco:

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



Diente	Superficie	Procedimiento	Cantidad	Evolución

Diente	Superficie	Convención	Evolución
11	TODO	ReemplazadoCaries	
12	TODO	ReemplazadoCaries	
13	TODO	ReemplazadoCaries	
14	TODO	ReemplazadoCaries	
15	TODO	ReemplazadoCaries	
16	TODO	ReemplazadoCaries	
17	TODO	ReemplazadoCaries	
18	TODO	Extraido	
21	TODO	ReemplazadoCaries	
22	TODO	ReemplazadoCaries	

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO

Documento: CC 34.044.001 **H.C.** 34044001 **Sexo:** Femenino

Fecha nacimiento: Feb.23/1953 **Edad:** 72 Años **Etnia:** Otros

Dirección: MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS, **Télefono:** 3216681638 **Estado Civil:** Casado

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA **Ocupación:** Miembros del poder le

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** INTERMEDIO (VILLA SAN

Atención: 85 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 11:10

Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**

Información Persona Responsable: Nombre: MARTHA **Télefono:** 3318790

Parentesco:

Diente	Superficie	Convención	Evolución
23	TODO	ReemplazadoCaries	
24	TODO	ReemplazadoCaries	
25	TODO	ReemplazadoCaries	
26	TODO	ReemplazadoCaries	
27	TODO	ReemplazadoCaries	
28	TODO	Extraido	
31	TODO	Extraido	
32	TODO	Extraido	
33	TODO	Extraido	
34	TODO	Extraido	
35	TODO	Extraido	
36	TODO	Extraido	
37	TODO	Extraido	
38	TODO	Extraido	
41	TODO	Extraido	
42	TODO	Extraido	
43	TODO	Extraido	
44	TODO	Extraido	
45	TODO	Extraido	
46	TODO	Extraido	
47	TODO	Extraido	
48	TODO	Extraido	

Placa: 0 **Extraidos:** 32 **Total Dientes:** 0 **Resultado:** 0 **Indice de Placa:** 0

OTROS PROCEDIMIENTOS:

CUPS	Nombre Procedimiento	Hallazgo
990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODC	

ALTERACIONES PULPARES:

Todos los hallazgos normales: No

TEJIDOS DENTARIOS:

Pregunta	Resultado

TIPO OCLUSION:

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO

Documento:	CC 34.044.001	**H.C.**	34044001	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Feb.23/1953	**Edad:**	72 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS,	**Télefono:**	3216681638	**Estado Civil:**	Casado
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			**Ocupación:**	Miembros del poder le
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	INTERMEDIO (VILLA SAN
Atención:	85	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	11:10
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:** MARTHA			**Télefono:**	3318790
Parentesco:					

Alteracion	Observaciones

DIAGNOSTICOS:

			TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	Z012	EXAMEN ODONTOLOGICO	Confirmado nuevo
Relacionado 1	K050	GINGIVITIS AGUDA	Confirmado nuevo
Relacionado 2	K081	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	Confirmado nuevo

PRONÓSTICO: REGULAR.

PLAN DE TRATAMIENTO

Promoción y prevención :

Fases del plan de tratamiento

Motivacion y Educacion al paciente,

 # Sesiones: 2 **Grado de Riesgo:**Medio

INDUCCIÓN A LA DEMANDA:

Programa promoción y prevención	
07	Adulto
09	Hipertensión arterial
11	Diabetes
15	Demanda Inducida a la Identificación Personal (RC ¿ TI ¿ CC)
16	Salud Oral

REMISIONES:

Especialidad: REHABILITADOR ORAL
Diagnóstico: EXAMEN ODONTOLOGICO
Diagnóstico: PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL

INDICACIONES:

Cepille los dientes tres veces al día o después de cada comida
Utilizar seda dental mínimo una vez por día
Usar en lo posible crema dental y enjuague bucal

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO

Documento:	CC 34.044.001	**H.C.**	34044001	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Feb.23/1953	**Edad:**	72 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS,	**Télefono:**	3216681638	**Estado Civil:**	Casado
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			**Ocupación:**	Miembros del poder le
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	INTERMEDIO (VILLA SAN
Atención:	85	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	11:10
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:** MARTHA			**Télefono:**	3318790
Parentesco:					

Visita regularmente al odontólogo.
Se enseña a los padres o acudientes buenas practicas de higiene oral del menor.
Cambiar el cepillo de diente máximo cada 4 meses.
Tener una buena higiene oral
Nunca se acueste a dormir con los dientes sucios, el cepillado de la noche es el mas importante.
Topicacion del flúor según las indicaciones del odontólogo
Aplicación de sellantes según indicaciones del odontólogo
No realizar enjuagues con sustancias que no le ha recomendado el odontólogo. (tomatera, piedra lumbre, etc.)'
RECOMENDACIONES POST DETARTRAJE
Puede presentar dolor, sangrado, inflamación e irritación de las encías.
Utilizar el cepillo y seda dental después de cada comida.
Es posible que se genere sensibilidad dental durante las siguientes 48 horas después del procedimiento.
puede presentar movilidad dental asociada a la enfermedad de los tejidos de sostén del diente ya que al retirar los cálculos dentales este se puede aumentar.
Es posible presentar sabor diferente de la cavidad oral el día del procedimiento por el sangrado generado.
si la inflamación persiste se recomienda enjuagues con calendula para ayudar a disminuirla.
La higiene oral es indespensable en pacientes portadores de prótesis,estas deben limpiarse constantemente luego de cada comida, tanto la prótesis como la cavidad bucal.
Debemos quitar las prótesis removibles para dormir, y dejar descansar las mucosas.
Se pueden sumergir las prótesis en un vaso de agua en la noche con 3 gotas de hipoclorito de sodio.
Si observa cualquier hecho anormal o dolores intensos, acuda al odontólogo.
Debe visitar al odontólogo una vez al año.

EVOLUCIÓN GENERAL SE VERIFICA PACIENTE CORRECTO. ATENCION CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE PACIENTE ADULTO MAYOR DE CENTRO VIDA ORIENTE ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR PRIMERA VEZ. SE REALIZA ACTUALIZACION DE HISTORIA CLINICA Y REVISION. PACIENTE SE ENCUENTRA ENDENTULO TOTAL TANTO EN EL MAXILAR SUPERIOR COMO EL INFERIOR, PACIENTE PRESENTA COMPROMISO DE LAS FUNCIONES BUCALES COMO LO ES LA DEGLUCION FONACION, MASTICACION Y ESTETICA, PRESENTANDO AFECCION DE LA DIMENSION VERTICAL, REABSORCION DEL HUESO DEBIDO A LA PERDIDA DE LOS DIENTES POR ENDE SE VE COMPROMETIDO Y AFECTADA LAS ESTRUTURAS FACIALES ENTRE OTRAS. PACIENTE PRESENTA PROTESIS TOTAL SUPERIOR DESGASTADA, REFIERE QUE LA TIENE HACE 5 AÑOS. EN EL MAXILAR INFERIOR SE ENCUENTRA EDENTULO TOTAL PERO NO TIENE SUFICIENTE REBORDE ALVEOLAR PARA REALIZAR UNA PROTESIS. SE REALIZA MOTIVACION Y REFUERZO DE HIGIENE ORAL, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.SE PROCEDE A REALIZAR REMISION CON REHABILITACION ORAL PARA CONFECCION DE PROTESIS TOTAL SUPERIOR. PACIENTE CONTROLADO. SE SOCIALIZA DERECHO Y DEBER DEL MES.

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MYRIAM DE JESUS CALVO DE OROZCO**				
Documento:	CC 34.044.001	**H.C.**	34044001	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Feb.23/1953	**Edad:**	72 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 7 CS 25 .intermedio VILLAS,	**Télefono:**	3216681638	**Estado Civil:**	Casado
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			**Ocupación:**	Miembros del poder le
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia		**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	INTERMEDIO (VILLA SAN
Departamento:	Risaralda	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	11:10
Atención:	85				
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:** MARTHA			**Télefono:**	3318790
Parentesco:					

JULIANA MESA MURILLO
CC 1.004.775.786 Registro: 1004775786
ODONTOLOGO

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MYRIAM POLANIA**				
Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Motivo consulta: DETECCIÓN ALTERACIONES EN VEJEZ

SE REALIZA ATENCIÓN CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COMO TAPABOCAS, GUANTES Y BATA PARA EVITAR PROPAGACIÓN DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS ENTRE OTRAS.

Enfermedad actual: PACIENTE FEMENINA DE 82 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO DE:
1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
2. DISLIPIDEMIA
3. TROMBOCITOPENIA EN MANEJO POR HEMATOLOGÍA
4. DISPEPSIA

EN MANEJO CON:
- AMLODIPINO 5 MG CADA 12 HORAS (NO LA TOMA).
- LOSARTÁN 50 MG CADA 12 HORAS (SOLO TOMA EN LA MAÑANA).
- CALCITRIOL 0.5 MG DÍA
- ATORVASTATINA 40MG NOCHE (NO LA TOMA).
- ESOMEPRAZOL 20 MG DÍA

VALORACIÓN REALIZADA EN CENTRO VIDA ORIENTE, EN COMPAÑÍA DE DIANA GALEANO (AUXILIAR ENFERMERÍA), CC 1060586780, TEL 3105926701. QUIEN CONSULTA PARA CONTROL DE VEJEZ, DANDO CUMPLIMIENTO CON RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, NIEGA DESPARASITACIÓN RECIENTE, VISIÓN BORROSA CON SECRECIÓN CRÓNICA EN OJO IZQUIERDO, REFIERE QUE DESDE INFANCIA DIJERON QUE NECESITABA TRANSPLANTE DE CÓRNEA EL CUAL NO SE PUDO REALIZAR, CON DOLOR OCULAR, PENDIENTE DE CÁMARA OFTÁLMICA DERECHA, VACUNA COVID 1 DOSIS, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, ADECUADO CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO, NIEGA TABAQUISMO ACTIVO O PASIVO O EXPOSICIÓN A BIOMASA. NIEGA ALTERACIONES MENTALES, EMOCIONALES Y DEMÁS INDAGADOS. REFIERE ADECUADA FUNCIÓN FAMILIAR. PACIENTE REFIERE SUFRIR DE ARTRISIS, SIN EMBARGO NIEGA LE HAYAN REALIZADO ESTUDIOS. COMENTA POLIARTRALGIAS EN DEDOS DE LAS MANOS. ÚLTIMO CONTROL DE HIPERTENSIÓN EN MARZO 2025 CON INDICACIÓN DE CONTORL EN JUNIO.

ACUDE CON:
- 28.05.2025 ESE SALUD PEREIRA: CREAT 0.8, HDL 54.51, COL 198.00, GLI 89.92, TG 69.000, MICRO 8.0, LDL 129.69, HB 12.76, HCTO 37.19, LEUCOS 5.73, PLT 31.000, UROANÁLISIS CONTAMINADO.

Revisión por sistemas:

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

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MYRIAM POLANIA**

Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Sistema respiratorio — No manifiesta

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	EN MANEJO CON AMLODIPINO 5 MG CADA NOCHE LOSARTAN 100 MG CADA DIA HCTZ 25 MG CADA DIA ESPIRONOLACTONA 25 MG CADA DIA 26-09-2019 10:40 HTA CONTROLADA 30-08-2021 12:58 SI EN TRATAMIENTO 05-02-2021 09:39 hta en controles 15-03-2022 20:34
Otros	NIEGA OTRA 30-03-2021 15:32 PURPURA TROMBICITOPENICA IDEOPATICA 30-08-2021 12:58 PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA (MANEJO POR HEMATOLOGO) 05-02-2021 09:39 PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA EN MANEJO POR HEMATOLOGIA . PROXINMA CITA EL 09 OCTUBRE DE 2019 26-09-2019 10:40
Enfermedad Renal	cistocele ivu 15-03-2022 20:35

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	EN MANO IZQUIERDA POR FRACTURA 05-02-2021 09:40 NEIGA OTRA 30-03-2021 15:32

Antecedentes Traumáticos

Fracturas	EN MANO IZQUIERDA POR CAIDA DE BICICLETA 05-02-2021 09:41
Otros	NIEGA OTRA 30-03-2021 15:32

Antecedentes Alérgicos

Medicamentos	NEGATIVOS . 05-05-2023 12:46 NEGATIVOS . 26-09-2024 16:24 NO 01-09-2023 17:53 NO 08-01-2025 19:32 niega enfermedades 15-03-2022 20:35 no 13-03-2023 19:25
Otros	A LOS OLORES FUERTES 05-02-2021 09:40 NIEGA 30-08-2021 12:55 NIEGA OTRA 30-03-2021 15:32

Antecedentes familiares

Cáncer	MADRE CA DE HIGADO 05-02-2021 09:44 MADRE CANCER 30-08-2021 12:59
Otros	MADRE ARTRITIS 30-08-2021 12:59 MADRE ARTRITISNIEGA OTROS ANTECEDENTES FAMILIARES 30-03-2021 15:33
Epilepsia	niega enfermedades 15-03-2022 20:34

Examen Estomatológico

Encías	GINGIVITIS 30-08-0021 00:00

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MYRIAM POLANIA**

Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive	HERMANA 1 30-08-2021 13:00 SOLA 05-02-2021 09:41
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	NO 05-02-2021 09:41
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NO 05-02-2021 09:41
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	MO 05-02-2021 09:41
Vida sexual activa	NO 05-02-2021 09:41
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	URBANO 30-08-2021 13:00 URBANO, CUENTAN CON TODOS LOS SERVICIOS, PISO CERAMICA 05-02-2021 09:41
Convivencia con animales (mascotas)	1 PERRO 05-02-2021 09:41 SI, PERRO Y GATA 30-08-2021 13:00
Sabe leer	SI 23-02-2023 10:06
Sabe escribir	SI 23-02-2023 10:06
Actividad física	SALE A CAMINAR 05-02-2021 09:41
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	AMA DE CASA 23-02-2023 10:06
Violencia y maltrato	NO 23-02-2023 10:06

Signos y sintomas Adulto

Deprivación Auditiva o Visual	CATARATA DERECHA. 15-10-0025 00:00

ATENCION DEL ADULTO

Se realiza atención integral al adulto?	SI 03-05-0021 00:00 SI 31-05-2021 09:26 SI 24-08-2021 10:48 SI 18-01-2022 13:50 SI 07-03-2022 12:33
Se hace valoración de agudeza visual?	SI 03-05-0021 00:00
Se identifica disminución de la agudeza auditiva?	NO 03-05-0021 00:00
Se solicitan paraclínicos del adulto?	NO 03-05-0021 00:00 NO 31-05-2021 09:26 SI 24-08-0021 00:00
Uso de cigarrillo (inicio, tiempo y cantidad, hace cuanto lo dejo)	NO 03-05-0021 00:00
Consumo de sustancias psicoactivas o alcohol?	NO 03-05-0021 00:00
Tiene buenos hábitos en la alimentación? (consumo habitual de frutas, verduras, proteína, agua)	SI 03-05-0021 00:00 SI 31-05-2021 09:26
¿Realiza actividades físicas, deportivas, culturales o grupales?	SI 03-05-0021 00:00
Presenta síntomas de ansiedad o depresión? (llanto frecuente, insomnio, autoagresión, ideas suicidas, etc.)	NO 03-05-0021 00:00
Se instruye en autoexamen de mama?	SI 03-05-0021 00:00
Se solicita mamografía?	NO 03-05-0021 00:00
Se realizo citología en el último año?	NP 03-05-0021 00:00
Se instruye en autoexamen de testículo?	NP 03-05-0021 00:00
Se solicita examen de próstata? ¿Cual?	NP 03-05-0021 00:00
Asistió a salud oral en el último año?	SI 03-05-0021 00:00
Se brinda al adulto educación en: estilos de vida saludable, buenos hábitos nutricionales, actividad física, protección contra infecciones de trasmisión sexual y abuso, ocupación del tiempo libre y salud mental.	SI 03-05-0021 00:00

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MYRIAM POLANIA**

Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal 15-10-2025 13:48
Ojos	Anormal Ojo Izquierdo Con Deformidad, Con Coloración En Esclera Oscura, Secreción Purulenta Escasa. 15-10-0025 00:00
Boca	Normal 15-10-2025 13:48
Garganta	Normal 15-10-2025 13:30
Cuello	Normal 15-10-2025 13:30
Mamas y axilas	Normal 15-10-2025 13:31
Tórax	Normal 15-10-2025 13:31
Pulmones	Normal 15-10-2025 13:31
Corazón	Normal 15-10-2025 13:31
Abdomen	Normal 15-10-2025 13:31
Genitourinario	Normal 15-10-2025 13:31
Tacto vaginal	No Evaluado 15-10-2025 13:31
Tacto rectal	No Evaluado 15-10-2025 13:31
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal 15-10-2025 13:31
Sistema Vascular periférico	Normal 15-10-2025 13:31
Piel y faneras	Normal 15-10-2025 13:31
Sistema Osteomuscular	Normal 15-10-2025 13:31
Otros	Normal 15-10-2025 13:31
Especuloscopia	No Evaluado 15-10-2025 13:31
Extremidades	Anormal Dedos De Las Manos Con Nódulos En Articulaciones Interfalángicas Distales, Con Desviación Radial De Faánges Distales, Sin Dolor. 15-10-2025 13:48

Total: **0**

Clasificación:

TEST AUDIT (DEPENDENCIA ALCOHÓLICA)

¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	Nunca 15-10-2025 13:32
¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?	Una O Dos 15-10-2025 13:32
¿Con qué frecuencia te tomas seis o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca 15-10-2025 13:32
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que has empezado?	Nunca 15-10-2025 13:32
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?	Nunca 15-10-2025 13:32
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca 15-10-2025 13:32
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca 15-10-2025 13:32
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca 15-10-2025 13:32
Tú o alguna otra persona ¿Ha resultado herida porque habías bebido?	No 15-10-2025 13:32
¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de	No 15-10-2025 13:32

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MYRIAM POLANIA**				
Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

beber?

Total: **0**

Clasificación: No existe dependencia alcohólica.

ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR -ZARIT-

¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Siente que su familiar depende de usted?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32
¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	Nunca	15-10-2025 13:32
En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	Nunca	15-10-2025 13:32

Total: **0**

Clasificación: No se identifica sobrecarga del cuidador.

CUESTIONARIO WHOOLEY (METÓDO DE CRIBADO PARA IDENTIFICAR DEPRESIÓN)

¿Durante el pasado mes se ha sentido con el ánimo decaído o sin esperanza?	No	15-10-2025 13:32
¿Durante el pasado mes se ha sentido con falta de interés o placer en hacer algo?	No	15-10-2025 13:32

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MYRIAM POLANIA**				
Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Total: **0**

Clasificación: **No se identifica riesgo de depresión.**

CONOCE TU RIESGO -FINDRISK-

Edad	Más De 64 15-10-2025 13:31
IMC (Kg/m2)	Menos De 25 15-10-2025 13:31
Perímetro abdominal mujer (medido a nivel del ombligo)	Más De 88 Cms 15-10-2025 13:31
¿Realiza diariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?	Si 15-10-2025 13:31
¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?	Todos Los Días 15-10-2025 13:31
¿Toma medicación para la hipertensión regularmente?	Si 15-10-2025 13:31
¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos? (Ej. en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)	No 15-10-2025 13:31
¿Se le ha diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2) a alguno de sus familiares allegados u otros parientes?	No 15-10-2025 13:31

Total: **10**

Clasificación: **Riesgo ligeramente elevado de desarrollar DM en 10 años (4%)**

CLASIFICACIÓN RIESGO CARDIOVASCULAR A 10 AÑOS (OMS)

¿Tiene ya diagnóstico de una enfermedad cardiovascular (IAM, ACV, RENAL, COLESTEROL >= 320)?	No 15-10-2025 13:31
¿El paciente padece Diabetes Mellitus?	No 15-10-2025 13:31
Seleccione sexo biológico del paciente:	Mujer 15-10-2025 13:31
¿El paciente fuma?	No 15-10-2025 13:31
Seleccione el grupo de edad del paciente:	70 Años Y Más 15-10-2025 13:31
Registre la presión arterial sistólica:	120 Mmhg A 139 Mmhg 15-10-2025 13:31

Total: **1076**

Clasificación:

ESCALA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD2)

¿Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado?	Nunca 15-10-2025 13:32
¿No ha podido dejar de preocuparse?	Nunca 15-10-2025 13:32

Total: **0**

Clasificación: **No se considera probable un trastorno de ansiedad.**

ESCALA DE LAWTON BRODY

Capacidad para usar el teléfono	Iniciativa Propia 15-10-2025 13:31
Capacidad para hacer compras	Realiza Todas Sus Compras 15-10-2025 13:31
Preparación de la comida	Prepara Y Sirve Su Comida 15-10-2025 13:32
Cuidado de la casa	Mantiene La Casa Solo 15-10-2025 13:32

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MYRIAM POLANIA**				
Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Lavado de la ropa	Lava Por Sí Solo Toda Su Ropa 15-10-2025 13:32
Uso medios de transporte	Viaja Solo 15-10-2025 13:32
Responsabilidad respecto a la medicación	Toma Medicación Correctamente 15-10-2025 13:32

Total: 5

Clasificación: Independencia total

CUESTIONARIO FRAIL (DETECCIÓN FRAGILIDAD ADULTO MAYOR)

¿Se siente usted cansado?	No 15-10-2025 13:32
¿Está en capacidad de subir un piso de escaleras?	Si 15-10-2025 13:32
¿Es capaz de caminar de tres a cuatro cuadras (darle la vuelta a una manzana)?	Si 15-10-2025 13:32
¿Tiene más de cinco enfermedades?	No 15-10-2025 13:32
¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?	No 15-10-2025 13:32

Total: 0

Clasificación: Pre-frágil

ÍNDICE DE BARTHEL

Consumir alimentos.	Independiente 15-10-2025 13:32
Trasladarse entre la silla y la cama.	Independiente 15-10-2025 13:32
Aseo personal.	Independiente 15-10-2025 13:32
Uso del sanitario.	Independiente 15-10-2025 13:32
Uso del baño (ducharse).	Independiente 15-10-2025 13:32
Desplazamiento.	Independiente 15-10-2025 13:32
Subir y bajar escaleras.	Independiente 15-10-2025 13:32
Vestirse y desvestirse.	Independiente 15-10-2025 13:32
Control de heces.	Continente 15-10-2025 13:32
Control de orina.	Continente 15-10-2025 13:32

Total: 65

Clasificación: Dependencia leve

MINI MENTAL STATE

¿En qué año estamos?	Respuesta Correcta 15-10-2025 13:32
¿En qué hora estamos?	Respuesta Correcta 15-10-2025 13:32
¿En qué mes estamos?	Respuesta Correcta 15-10-2025 13:32
¿En qué día del mes estamos?	Respuesta Correcta 15-10-2025 13:32
¿Fecha de hoy (día de la semana) estamos?	Respuesta Correcta 15-10-2025 13:32
¿En qué país estamos?	Respuesta Correcta 15-10-2025 13:32
¿En qué Departamento estamos?	Respuesta Correcta 15-10-2025 13:32
¿En qué ciudad estamos?	Respuesta Correcta 15-10-2025 13:32
¿En qué sitio o lugar estamos?	Respuesta Correcta 15-10-2025 13:32
¿En qué piso/barrio/vereda estamos?	Respuesta Correcta 15-10-2025 13:32

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MYRIAM POLANIA**				
Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Diga las siguientes palabras CASA, MESA, ARBOL. Un segundo por cada una. Luego pida a la persona que las repita. Asignándole un ponto por cada una. Si en un primer intento no lo logra repita las palabras, repítalas hasta que las personas las registre.	Recordó 3 Palabras 15-10-2025 13:33
Reste 100-7 en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: 93-86-79-72-65.	Cinco Aciertos 15-10-2025 13:33
En el caso que la persona no sepa restar utiliza la siguiente alternativa: Decir los meses del año al revés Diciembre, noviembre, octubre..	
De las palabras anteriormente mencionadas, diga las palabras que recuerde.	Recordó 3 Palabras 15-10-2025 13:33
Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre los objetos (Denominación)	Nombró Dos Objetos 15-10-2025 13:33
Hay que pedir que repita la siguiente frase: En el trigal habia cinco perros	Si 15-10-2025 13:33
Solicite al paciente que obedezca esta orden: "Coja el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo¿. ¿Cuántas órdenes pudo seguir?	Obedeción Tres Órdenes 15-10-2025 13:33
Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contengan la frase: "cierre sus ojos". Indique	Si 15-10-2025 13:33
Hay que pedir que lea y ejecute lo que dice la frase (Lectura)	
Hay que pedir que escriba la frase que contiene la tarjeta (Escriba)	Si 15-10-2025 13:33
Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo)	Si 15-10-2025 13:33

Total: **30**

Clasificación: **No existe deterioro cognitivo.**

Tipo de población

Paciente LGBTI	No 15-10-2025 13:24

Total: **0**

Clasificación:

TECNOLOGÍAS BLANDAS

Oct.15/2025
13:12

APGAR FAMILIAR

Pregunta / criterio	Respuesta	Puntaje
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema o necesidad?	Siempre	4

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MYRIAM POLANIA**

Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Pregunta / criterio	Respuesta	Puntaje
¿Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite?	Siempre	4
¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?	Siempre	4
¿Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, entre otros?	Siempre	4
Me satisface como compartimos en mi familia: A) el tiempo para estar juntos. B) Los espacios de la casa. C) El dinero.	Siempre	4

Total: **20**

Clasificación: **Función familiar adecuada.**

Histórico para seguimiento

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional

Agudeza Visual

Ojo Derecho sin anteojos :

Ojo Izquierdo sin anteojos

Ambos Ojos sin anteojos:

Ojo Derecho con anteojos:

Ojo Izquierdo con anteojos

Ambos Ojos con anteojos:

Valoración Izquierdo: Mayor o igual de 20/50 hasta 1200 anormal

Valoración Derecho: No percibe luz

Observaciones:

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **MYRIAM POLANIA**

Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

EXAMEN FÍSICO:

Inspeccion General

Estado general: PACIENTE QUIEN INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONSCIENTE, ORIENTADA, ALERTA, COLABORADORA, CON ADECUADO ESTADO GENERAL.

Peso:	61 K	**Talla:**	158 cms	**Índice Masa Corporal:**	24.4 Normal
Presión Arterial Sentada:	142/64	**Parada:**	/	**Acostada:**	/
Temperatura:	36.4° °C Axilar			**Frecuencia Respiratoria:**	15 / min
Frecuencia Cardiaca:	65 / min	**Pulso:**	/ min Rítmico	**Escala Glassgow:**	
Concentración de Oxígeno en el Aíre Inspirado:	%			**Saturación de Oxígeno:**	96 %
Glucometer:	mg/dl			**Perimetro Abdominal:**	98

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal	
Ojos	Anormal	OJO IZQUIERDO CON DEFORMIDAD, CON COLORACIÓN EN ESCLERA OSCURA, SECRECIÓN PURULENTA ESCASA.
Fondo de Ojo	Normal	
Oidos	Normal	
Nariz y senos paranasales	Normal	
Boca	Normal	
Garganta	Normal	
Cuello	Normal	
Mamas y axilas	Normal	
Tórax	Normal	
Pulmones	Normal	
Corazón	Normal	
Abdomen	Normal	
Genitourinario	Normal	
Especuloscopia	No Evaluado	
Tacto vaginal	No Evaluado	
Tacto rectal	No Evaluado	

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MYRIAM POLANIA**				
Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal	
Sistema Vascular periférico	Normal	
Sistema Osteomuscular	Normal	
Extremidades	Anormal	DEDOS DE LAS MANOS CON NÓDULOS EN ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS DISTALES, CON DESVIACIÓN RADIAL DE FAÁNGES DISTALES, SIN DOLOR.
Piel y faneras	Normal	
Otros	Normal	

ANALISIS:

PACIENTE FEMENINA EN NOVENA DÉCADA DE LA VIDA EN CONTRL DE VEJEZ, SIGNOS VITALES CON HIPERTENSIÓN GRADO I, NO ADHERENTE A MANEJO O CONTROLES, CON ALTERACIONES VISUALES, CON EXAMEN FÍSICO CON ALTERACIÓN DESCRITA ENOJO IZQUIERDO Y DEDOS DE LA MANO, POR LO QUE SE REFORMULA MANEJO, SE INDICAN PARACLÍNICOS PARA REINGRESO A PROGRAMA DE C¿RONICOS. SE SOLICITA PERFIL REUMATOIDEO, RADIGOAFÍA DE MANOS Y VALORACIÓN CCON RESULTADOS, SE REMITE POR OFTALMOLOGÍA, SE DA MANEJO SINTOMÁTICO CON IBUPROFENO Y SE FORMULA ANTIBIÓTICO VÍA ORAL. SE DECIDE EVITAR MANEJO OFTÁLMICO DEBIDO A COMPROMISO EN INTEGRIDAD DE OJO, DE MANERA CRÓNICA, POR LO QUE SE DESEA VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA PARA DEFINIR VIABILIDAD Y MANEJO ULTERIOR. POR LO QUE, SIGUIENDO LINEAMIENTOS DE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SE FORMULA DESPARASITANTE, SE SOLICITAN PARACLÍNICOS DE TAMIZAJE DESCRITO Y SE CITA PARA CONTROL CON RESULTADOS. SE INSTRUYE EN ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA CON ADECUADA CANTIDAD DE FRUTAS, VERDURAS, LÁCTEOS Y FIBRA, ADEMÁS DE ACTIVIDAD FÍSICA DE MODERADA INTENSIDAD DE MÍNIMO 30 MINUTOS AL DÍA 3 DÍAS A LA SEMANA, SE DAN PAUTAS PARA CUIDADO DE SALUD VISUAL, MENTAL Y SEXUAL, REALIZAR AUTOEXAMEN MAMA MENSUAL, ASISTIR A CONTROL POR ODONTOLOGÍA, IMPORTANCIA DE TENER ESQUEMA DE VACUNACIÓN AL DÍA Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTA POR URGENCIAS. SIGUIENTE CONTROL EN 3 AÑOS SEGÚN RESULTADOS
SE COMPARTE CONDUCTA CON PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DIAGNOSTICOS:			**TIPO DIAGNOSTICO**
Diagnostico Principal	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	Confirmado nuevo
Relacionado 1	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado repetido
Relacionado 2	M069	ARTRITIS REUMATOIDE NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstic
Relacionado 3	Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	Confirmado nuevo
Relacionado 4	H579	TRASTORNO DEL OJO Y SUS ANEXOS NO ESPECIFICADO	Confirmado nuevo
Relacionado 5	Z136	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	Confirmado nuevo

Rayos X - Imagenologia

RADIOGRAFIA DE MANO - DEDOS DE LAS MANOS CON NÓDULOS EN ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS DISTALES, CON DE

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MYRIAM POLANIA**				
Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE - REALIZAR YCONORL CON RESULTADOS EN 2 MESES O ANTES POR CC

Orden de laboratorio

COLESTEROL TOTAL -

MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL -

TRIGLICERIDOS + -

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS -

PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO -

UROANALISIS -

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU

FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO - DEDOS DE LAS MANOS CON NÓDULOS EN ARTICULACIONE

ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA § -

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO -

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - REALIZAR YCONORL CON RESULTADOS EN 2 MESES O ANTES POR CONTRL HIPERTENSIÓ

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA -

Medicamentos

ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	500mg	TABLETA	1 CADA 6 HORAS SI DOLOR. VIA ORAL	60	(SESENTA)
IBUPROFENO 600MG TABLETA	600MG	TABLETA	1 CADA 8 HORAS SI DOLOR. VIA ORAL	60	(SESENTA)
DOXICICLINA 100MG CAPSULA	100MG	CAPSULA	100 MILIGRAMOS VIA ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 7 DIAS	14	(CATORCE)
LOSARTAN POTASICO 50MG TABLETA RECUBIERTA	50MG	TABLETA RECUBIERTA	50 MILIGRAMOS VIA ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 2 MES	120	(CIENTO VEINTE)
AMLODIPINO BESILATO 5MG TABLETA	5MG	TABLETA	5 MILIGRAMOS VIA ORAL CADA 12 HORAS DURANTE 2 MES	120	(CIENTO VEINTE)
ESOMEPRAZOL 20MG TABLETA RECUBIERTA ENTERICA	20MG	TABLETA RECUBIERTA ENTERICA	1 DIARIA EN AYUNAS VIA ORAL CADA 1 DÍAS DURANTE 2 MES	60	(SESENTA)
CALCITRIOL 0.5MCG CAPSULA	0.5MCG	CAPSULA	.5 MICROGRAMOS VIA ORAL CADA 1 DÍAS DURANTE 2 MES	60	(SESENTA)

Otras Fórmulas

REMISIONES:

Especialidad: OFTALMOLOGIA

Diagnóstico: TRASTORNO DEL OJO Y SUS ANEXOS NO ESPECIFICADO

Justificación: PACIENTE FEMENINA EN NOVENA DÉCADA DE LA VIDA EN CONTRL DE VEJEZ, SIGNOS VITALES CON HIPERTENSIÓN GRADO I, NO ADHERENTE A MANEJO O CONTROLES, CON ALTERACIONES VISUALES, CON

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MYRIAM POLANIA**				
Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

EXAMEN FÍSICO CON ALTERACIÓN DESCRITA ENOJO IZQUIERDO Y DEDOS DE LA MANO, POR LO QUE SE REFORMULA MANEJO, SE INDICAN PARACLÍNICOS PARA REINGRESO A PROGRAMA DE C¿RONICOS. SE SOLICITA PERFIL REUMATOIDEO, RADIGOAFÍA DE MANOS Y VALORACIÓN CCON RESULTADOS, SE REMITE POR OFTALMOLOGÍA, SE DA MANEJO SINTOMÁTICO CON IBUPROFENO Y SE FORMULA ANTIBIÓTICO VÍA ORAL. SE DECIDE EVITAR MANEJO OFTÁLMICO DEBIDO A COMPROMISO EN INTEGRIDAD DE OJO, DE MANERA CRÓNICA, POR LO QUE SE DESEA VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA PARA DEFINIR VIABILIDAD Y MANEJO ULTERIOR. POR LO QUE, SIGUIENDO LINEAMIENTOS DE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SE FORMULA DESPARASITANTE, SE SOLICITAN PARACLÍNICOS DE TAMIZAJE DESCRITO Y SE CITA PARA CONTROL CON RESULTADOS. SE INSTRUYE EN ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA CON ADECUADA CANTIDAD DE FRUTAS, VERDURAS, LÁCTEOS Y FIBRA, ADEMÁS DE ACTIVIDAD FÍSICA DE MODERADA INTENSIDAD DE MÍNIMO 30 MINUTOS AL DÍA 3 DÍAS A LA SEMANA, SE DAN PAUTAS PARA CUIDADO DE SALUD VISUAL, MENTAL Y SEXUAL, REALIZAR AUTOEXAMEN MAMA MENSUAL, ASISTIR A CONTROL POR ODONTOLOGÍA, IMPORTANCIA DE TENER ESQUEMA DE VACUNACIÓN AL DÍA Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTA POR URGENCIAS.
SIGUIENTE CONTROL EN 3 AÑOS SEGÚN RESULTADOS
SE COMPARTE CONDUCTA CON PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Servicio:	890276 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA				
CUPS:	890276	**Cantidad:**	1	**Interno?:**	No

Incapacidad?	No	**Prorroga?**	No

INDICACIONES:

Hacer ejercicio frecuentemente y consumir una dieta saludable con poca grasa y rica en frutas y verduras

Asista al odontólogo

Para las mujeres: realizar autoexàmen de mama cada mes y mamografía cada 2 años a partir de los 50 años y citología cada año hasta los 69 años

Para los hombres: realizar autoexàmen de testiculos cada mes, exámen de próstata cada año a partir de los 50 años.

Es importante tener buenos habitos de vida: ejercicio frecuente, dieta baja en grasas, azucar y sal, dieta rica en frutas y verduras, no fumar, no tomar licor

Procure combatir el estrés realizando actividades recreativas, ejercicios de respiración.

Recuerde presentar siempre la última fórmula de medicamentos.

Consulte inmediatamente si presenta: dolor de cabeza intenso que no cede al consumo de analgésico, visión borrosa, visión doble o ceguera transitoria, sangrado por la nariz, piernas o cara hinchada, mareo constante que le impide realizar las actividades de su vida diaria, dolor fuerte en el pecho, opresivo o con dificultad para respirar.

No falte a sus citas de control, asista a los especialistas a donde sea remitido y realice los exàmenes que el mèdico le solicite.

Si usted presenta obesidad o sobrepeso se recomienda bajar de peso.

Se recomienda automonitoreo de la presión arterial en casa.

USTED TIENE DERECHO A LA REALIZACIÓN DE UN TAMIZAJE VISUAL EN LAS SIGUIENTES EDADES CUMPLIDAS: 4 AÑOS, 11

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MYRIAM POLANIA**				
Documento:	CC 29.379.803			**H.C.**	29379803
Fecha nacimiento:	Jun.09/1943	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 11 N 6-31	**Télefono:**	3148044128	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	29379803			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	128	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	13:12
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

AÑOS, 16 AÑOS, 40 AÑOS Y, A PARTIR DE ESA EDAD CADA 5 AÑOS.
LA DISTANCIA ADECUADA PARA VER TELEVISIÓN ES DE 1.5 A 2 METROS. LA PANTALLA DEBE ESTAR POSICIONADA A LA MISMA ALTURA DE QUIEN LA VISUALIZA.
SI FRECUENTEMENTE PRESENTA RASQUIÑA O ARDOR EN SUS OJOS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.
SI PRESENTA SALIDA DE PUS, LAGRIMEO CONSTANTE O SOBRE PRODUCCIÓN DE LAGAÑAS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.
SI UTILIZA MUCHO EL COMPUTADOR, REALICE PAUSAS ACTIVAS DE 10 A 15 MINUTOS CADA DOS HORAS Y CONTINUE DESPUÉS.
USTED DEBE VER IGUAL POR AMBOS OJOS, EVALÚELOS POR SEPARADO, SI ENCUENTRA QUE VE DIFERENTE POR ALGUNO DE LOS DOS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.
NO SE APLIQUE GOTAS EN SUS OJOS QUE NO HAYAN SIDO ORDENADAS POR SU MÉDICO O ESPECIALISTA.



DANIEL ANDRES HERNANDEZ VELASQUEZ
CC 1.225.090.702 Registro: 1225090702
MEDICINA GENERAL

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: 19 M: 10 A: 23	Myriam de Jesus Calvo	Mariana Vargas L

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	izq	der
Abducción de hombro	3	3
Flexión de codo	4	4
Extensión de muñeca	4	4
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	2	2
Extensión de rodilla	3	3
Dorsiflexión de tobillo	2	2
PUNTAJE TOTAL	36.	

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 suficiente para realizar la mayoría de AVD sin ayuda, aunque con limitaciones en esfuerzos intensos. Mayor independencia funcional, pero con posible lentitud o fatiga.

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: 15 M: 10 A: 25.	Myriam de Jesus Calvo	Mariana Vargas L.

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.

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

2. PONERSE DE PUNTILLAS

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

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

3. APOYO MONOPODAL

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

IZDA: Tipo en S	Prueba 1:	Prueba 2:	DCHA: Tipo en S	Prueba 1:	Prueba 2:
☐	**(2) Normal:** 20 s		☐	**(2) Normal:** 20 s	
☐	**(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

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

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

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

5. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA ATRÁS

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

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

6. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- LATERAL

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

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

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

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."

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

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

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

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

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

TUG: ____ segundos **TUG doble tarea: 12,31 segundos**

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 9 /28

Scanned with CamScanner

Alcaldia 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**

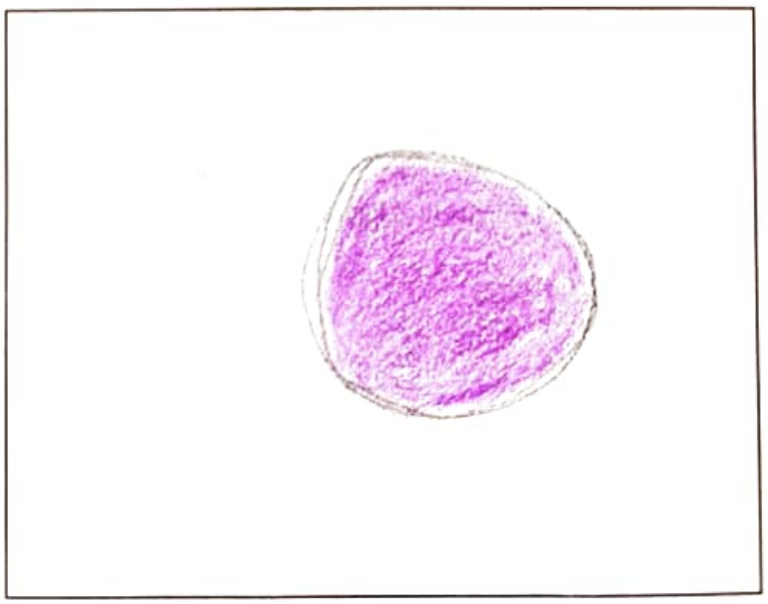
FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	**MES**	**AÑO**
19	09	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

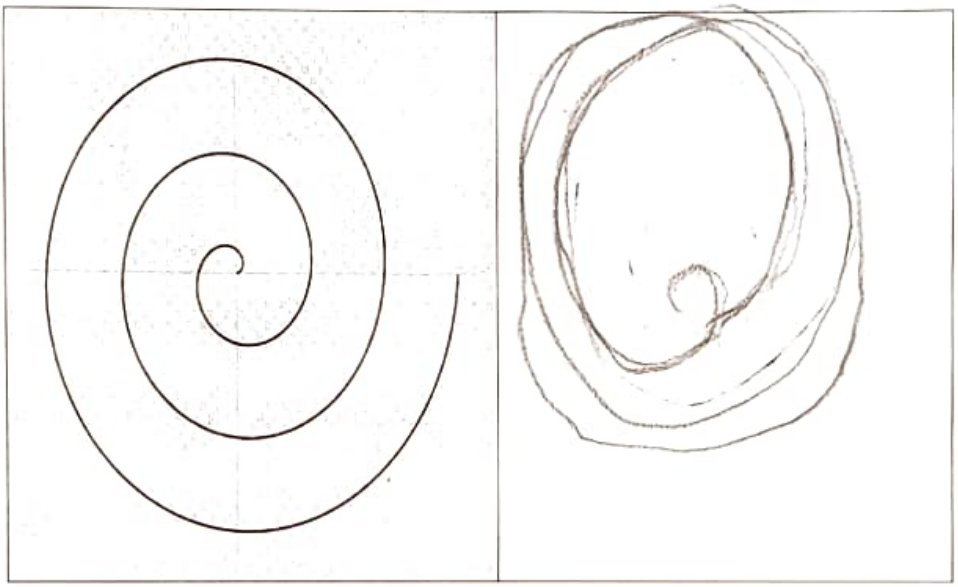
NOMBRES - APELLIDOS	Miriam Cano
DOCUMENTO	34044001
GRUPO	Roja

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

1. Dentro del siguiente espacio dibuje un círculo



2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



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

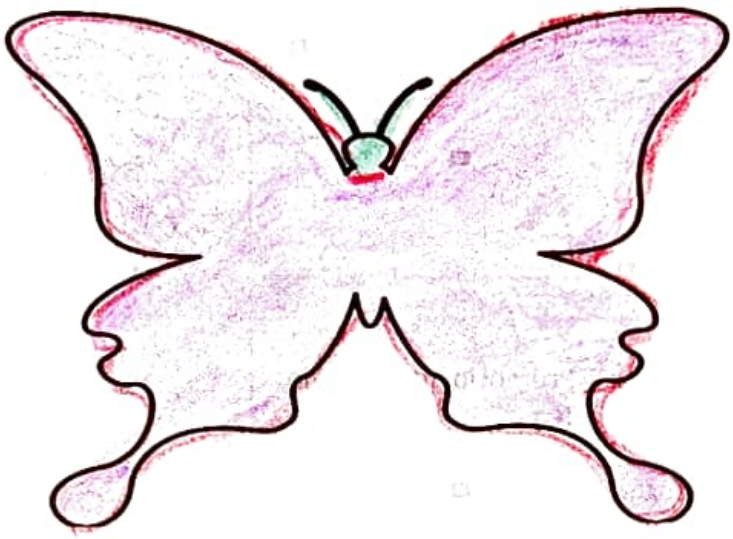
Periódico

botella plástica

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:



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



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



7. Señale con una x los colores primarios :



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

☐ Falso

☒ Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
Claudia Corrobs Andrea Arias O.	Claudia Corrales Andrea
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	19/09/2025.

NOTAS Y OBSERVACIONES:

La usuaria presenta un resultado ACEPTABLE en la prueba. Falta pulso, buena creatividad

Adaptada por: Claudia Azucena Batero Gómez
Área Actividades Productivas.

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

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

NOMBRE COMPLETO: Myriam de Jesus Cano	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34044001
GRUPO: A1d	EVALUADO POR: Gloria Perez
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 18 / MES: 11 / AÑO: 2025	

ORIENTACIÓN

- Digame el dia, fecha, mes, estación, año — 5/5
- Digame 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

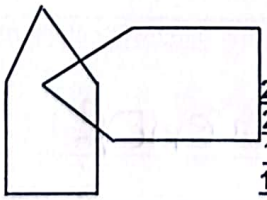
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5/5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3/3

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? — 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 — 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

Powered by CamScanner

Alcaldia 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: 19 / MES: 11 / AÑO: 2025	
NOMBRE COMPLETO: myriam de Jesus ocampo	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34041001
GRUPO: A201	ENTREVISTADO POR: Cristina Buenor

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 Buenor

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: Miriam dejesus cduo
N° identificación del adulto: 34022038
Dirección domicilio: C.U.O.P Intermedios.

EAPB: coosalud
Nivel de Riesgo: Alto
Cel: 3216816 38

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
19/11/24	10:44	126/81	67	94	16	36.1°	Signos vitales	Mariana Arcos
21/05/25	10:24	114/64	64	98	20	35°1	Signos vitales	Mariana Arcos
06-08-25	11+00	150/100	66	95	18	36.0	Toma signos vitales	Sandra Ibarra.
23-09-25	11+30	134/92	60	96	20	35.9	Toma signos vitales	Sandra Ibarra.
14-10-25	11+05	130/90	59	95	20	35.7	Toma Signos Vitales.	Sandra Ibarra.
29-10-25	10+25	130/75	61	94	20	35.7	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
05-11-25	9+13	100/60	62	95	16	35.6	Toma signos vitales	Sandra Ibarra.
21-11-25	11+30	130/76	59	93	20	36.1	Toma signos vitales	Sandra Ibarra

Código: SAGO 67.31
Versión: 05
Fecha: 22/10/2024

CONTROL DE SIGNOS VITALES

Nombre del adulto: Miriam dejesus cduo

N° identificación del adulto: 34022038

Dirección domicilio: C.U.O.P Intermedios.

EAPB: Coosalud

Nivel de Riesgo: Alto

Cel: 3206816382

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
7/11/24	10:44	126/81	67	94	16	36.1°	Signos vitales	Mariana Arce
1/05/25	10:24	114/64	64	98	20	35°1	Signos vitales	Mariana Arce
26-08-25	11:00	150/100	66	95	18	36.0	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
23-09-25	11:30	134/92	60	96	20	35.9	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
14-10-25	11:05	130/90	59	95	20	35.7	Toma Signos Vitales.	Sandra Ibarra
29-10-25	10:25	130/75	61	94	20	35.7	Toma signos vitales	Sandra Ibarra

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 14/05/2025

Ficha: 66001077563300000140

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MYRIAM DE JESUS

Apellidos: CALVO DE OROZCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 34044001

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/10/2019

Última actualización ciudadano: 01/11/2022

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Calvo Nombre: Myriam

Sexo: F Edad: 72 Peso, kg: 88.7 Altura, cm: 144 Fecha: 8/5/25

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

Cribaje

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

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

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

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

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

0.0 = 0 o 1 síes
0.5 = 2 síes
1.0 = 3 síes → 1.0

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

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 → 1.0

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

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

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

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

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

Evaluación (máx. 16 puntos) → 14
Cribaje → 14
Evaluación global (máx. 30 puntos) → 28

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

Scanned with CamScanner

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

Nombre del adulto: Miriam de jesus cduo

N° identificación del adulto: 34022038

Dirección domicilio: C.U.O.D

EAPB: coosalud

Nivel de Riesgo: Alto

Cel: 3216081638

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
29/11/24	10:44	126/81	67	94	16	36.1°	signos vitales	Mariana Alcalde
21/05/25	10:24	114/64	64	98	20	35°1	signos vitales	Mariana Alcalde