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: 1o PRIMARIA DX: FECHA: 26-06-2025

NOMBRE: NILBIA DE JESUS SANCHEZ TREJOS EDAD: 63 SEXO: F

Independiente _X__ Necesita Asistencia ____ Hospitalizada___

		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?	0	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	0	
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	0%	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	1	
	Domain Score	5%	0%
Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas			
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa ?	0	
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	0	
D5.3	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	0	
D5.4	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ?	0	
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario?	0	
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?	0	
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	0	
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD			

D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades	0	
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	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	0,83%	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 gran fluidez en el habla, lo cual permite la comunicación con gran facilidad.

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

Es autonoma, e independiente en su movilidad, manifiesta caminar largas distancias. Fue diagnosticada con "Osteoporosis - M - I- IZ", lo cual ha empazado a presentar molestias y dolores en la rodilla.

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta realizar de forma independiente sus actividades de la AVD y de cuidado personal.

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con amigos, recien ingresa al Centro Vida, manifestando sertirse satisfecha.

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

Argumenta realizar continuamente sus AIVD, es funcional desde las areas: Fisica-Mental-Social

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

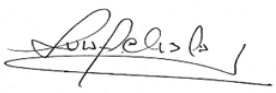
Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Recien inicia al programa Centro Vida,

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 0,83%/4,00% - SIN DIFICULTAD

Preservar la FUNCIONALIDAD EN LOS 6 DOMINIOS, es así como se deben continuar las rutinas de participacion en la sociedad, de actividad fisica, segun plan especifico y de estimulacion de la funcion cognitiva.

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	25163405
NOMBRES	NILBIA DE JESUS
APELLIDOS	SANCHEZ TREJOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	20/02/2009	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/14/2025 15:42:26	**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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: Nilbia de Jesús Sanchez

GRUPO: _____ JORNADA: _____
TELEFONOS: _____

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

1

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº_____

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 16 **MES** 04 **AÑO** 2025

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Nilbia de Jesus Sanchez Trejos

LUGAR DE NACIMIENTO: Anserma **FECHA: DIA** 23 **MES** 02 **AÑO** 1962

DIRECCIÓN: Guayabal Mz 108 casa 11

TELÉFONO: 3104703826

EDAD: 63 **CATEGORÍA SISBEN:** C1 **DESPLAZADO** _____ **EPS**_____

RH _____

NOMBRE DE UN FAMILIAR
DIRECCIÓN _____ TELEFONO _____

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Documentos anexos: -Cédula (✓) -Sisben (✓) -Otro (✓) Cuál certificado de salud

Nombre del funcionario: Dayana Lorena Hincapie

C.T.A. MULTISER

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

ENCUESTA No. _____ /

DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA: DÍA 16 / MES 06 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____ PARENTESCO _____ /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Nilbia de Jesus Sanchez C.C 25163405 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 23 / M 02 / A 1962 Santa Rosa / EDAD 63 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz 108 casa 11 / BARRIO Guayabal /

EPS Asmet salud / PUNTAJE SISBEN C1 / TIPO SANGRE O+ /

ETNIA: MESTIZO: X / AFROCOLOMBIANO: __ / INDIGENA: __ / RAIZAL: __ / ROM: __ / OTRO: ___ /

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

COMUNA _____ / TELÉFONO FIJO ——— / CELULAR 3104703826 /

OCUPACION: ACTUAL Ama de casa / ANTERIOR Ama de casa /

NIVEL ACADEMICO: PRIMARIA: X / SECUNDARIA: ___ / UNIVERSITARIA: ___ / OTRO: ___ /

CUÁL: ——— / NINGUNO: ___ /

PERSONA DE CONTACTO _____ /

DIRECCION _____ TELÉFONO _____ PERENTESCO _____ /

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

FISICA: HTA __ / DIABETES __ / OSTEOPOROSIS X / ARTICULARES ___ / EPOC __ /

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL ___ / OTRAS CUALES: _____ /

DISCAPACIDAD SENSORIAL: VISUALES ___ / AUDITIVAS ___ / DEL HABLA ___ / EPILEPSIA ___ /

AFECTACION MENTAL: ESTRÉS ___ / ANSIEDAD ___ / DEPRESION ___ / DEMENCIA ___ /
OTRAS ___ / CUALES: _____ /

AUTOPERCEPCION DE LA SALUD: MUY BUENA __ / BUENA X / REGULAR __ / MALA __ / MUY MALA __ /

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICION FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1	Jose Alberto Londoño Arias	62	esposo	independiente
2				

3				
4				
5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES				
PARIENTES	X			
VECINOS		X		
AMIGOS				

3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI ___/

CUÁL? ___/

TIENE DIETA PRESCRITA? NO ___/ SI X /

CUAL? Debe comer poca grasa, sal y dulce /

TIENE ALGUN PLAN DE EJERCICIO FISICO DIRIGIDO? NO X / SI ___/

CUAL? ___/

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACION ____/ CULTURA ____/ ARTES ____/ MANUALIDADDES ____/

OTRAS: __/ CUÁLES: ___/

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Realizar deporte /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONOMICA:

PENSIONADO ___/ RENTAS PROPIAS ___/ CÓNYUGE X / HIJOS X /

FAMILIARES ____/ SUBSIDIO DEL ESTADO ___/ AMIGOS ___/ VECINOS ___/

OTROS CUALES? _____/

4.2 **SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:**

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BASICAS _____
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... X
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... _____

4.3 **SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN CUBRIR LAS SIGUIENTES NECESIDADES BÁSICAS:**

ALIMENTACIÓN: SI X/ NO __/ SALUD: SI X/ NO __/ VIVIENDA: SI X/ NO __/

VESTUARIO: SI X/ NO__/ TRANSPORTE: SI X/ NO __/ RECREACIÓN: SI __/ NO __/

5. VIVIENDA = 20%

5.1. **CALIDAD DE TENENCIA**

PROPIA X_/ FAMILIAR___/ ARRENDADA ___/ INVASION___/ CEDIDA __/

PRESTADA ___/ NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR___/ OTRO_____/

5.2. **BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:**

CALLE DE DIFICIL ACCESO A LA VIVIENDA ___/ ESCALAS ___/ PISOS CON DESNIVEL ___/

PUERTAS ___/ VENTANAS ___/ BAÑO INCOMPLETO___/ DIVISIONES ___/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES ___/ DORMITORIO COMPARTIDO___/

DORMITORIO AISLADO __/ HUMEDADES___/ ILUMINACION-VENTILACIÓN INTERNA DEFICIENTE __/

VIVIENDA EN RUINA ___/OTRA _____/

TODAS LAS ANTERIORES _____/ NINGUNA DE LAS ANTERIORES _____/

LA PERSONA ADULTA MAYOR CUMPLE CON EL PERFIL EXIGIDO PARA EL PROGRAMA:

CENTRO VIDA: SI X/ NO__/

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Dayana Lorena Hinestroza

PROFESION: Trabajo Social _____/ **Nº REGISTRO PROFESIONAL:** 1088251475

C.T.A. MULTISER

FICHA DE INSCRIPCION
PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR
CENTRO VIDA ORIENTE

Alcaldía de PEREIRA

Código: FO-DS-04-009
Versión: 01
Fecha de Creación: 17/08/2017

IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Nilbia
SEGUNDO NOMBRE: de Jesus
PRIMER APELLIDO: Sanchez
SEGUNDO APELLIDO: Trejos

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

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

Fecha de Nacimiento: 23 Febrero de 1962
No. Documento 25163405

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 6 3

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta
1 [ ] SI
2 [ ] NO
PUNTAJE

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [/] SUBSIDIADA

CUAL: Asmet Salud

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

1 [ ] NINGUNO
2 [ ] PRIMARIA COMPLETA
3 [/] PRIMARIA INCOMPLETA
4 [ ] SECUNDARIA COMPLETA
5 [ ] SECUNDARIA INCOMPLETA
6 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA
7 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA
8 [ ] UNIVERSITARIA COMPLETA
9 [ ] UNIVERSITARIA INCOMPLETA
10 [ ] POSTGRADO COMPLETO
11 [ ] POSTGRADO INCOMPLETO
12 [ ] OTRO (EDUCACIÓN NO FORMAL)

¿PERTENECE USTED A ALGUNA(S) ORGANIZACIÓN(ES) Y/O ASOCIACION(ES)?

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 _____
2 _____
2 [X] NO

¿ACTUALMENTE RECIBE ALGÚN(OS) SUBSIDIO(S) POR PARTE DEL GOBIERNO (NACIONAL, DEPARTAMENTAL O DISTRITAL) O DEL SECTOR PRIVADO?

1 [ ] SI
[ ] GOBIERNO
[ ] SECTOR PRIVADO
2 [X] NO

¿CUAL(ES)?: 1 _____
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

VEREDA: ____

1 ___ RURAL 2 X URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Mz 108 Casa 11

NOMBRE DE LA FINCA: ____ BARRIO: Cerayabal

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: ____ TELÉFONO MÓVIL: 3104703826 EMAIL: ____

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: ____ PARENTESCO: ____

TELÉFONO DE CONTACTO: ____

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

E1. ACTUALMENTE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL ES: (Asigne una sola alternativa, la que mejor describa la actividad principal

1 ___ BUSCANDO TRABAJO
2 ___ TRABAJAR
3 ___ ESTUDIAR
4 ___ OBRERO O EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR
5 ___ OBRERO O EMPLEADO DEL GOBIERNO
6 ___ EMPLEADO(A) DOMÉSTICO
7 ___ TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN
8 ___ TRABAJADOR SIN REMUNERACIÓN EN EMPRESAS O DE NEGOCIOS DE OTROS HOGARES
9 ✓ OFICIOS DEL HOGAR
10 ___ INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 ___ JORNALERO O PEÓN
12 ___ TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA
13 ___ PATRÓN O EMPLEADOR
14 ___ OTRO. ¿CUÁL? ____

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

La usuaria sufre de osteoporosis donde presenta en algunas ocasiones problemas en los rodillas,.

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Dayana Larmo H.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
16	04	2023

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA *Nibia Sánchez Trejos

Huella

OBSERVACIONES:

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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: centro vida Oriente

NOMBRES: Nilbia de Jesus Sanchez Trejos

APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 23 / MES: febrero / AÑO: 1962

EDAD: 63 SEXO: F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 25163405 / TIPO SANGRE: O+ /

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: X / INDIGENA: __ / AFROCOLOMBIANO: __ / RAIZAL: __ / ROM: __ / OTRO: __

DIRECCIÓN: Mz 108 casa 11 / BARRIO: Guayabal

COMUNA: villa santana / VEREDA:

TELEFONO FIJO: / CELULAR: 3104703826 / PLAN FUNERARIO:

S.G.S.S.S: C: __ / S: X / V: __ / O: __ / E.P.S: Asmet salud / PUNTAJE SISBEN C1 /

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

ALERGIA A MEDICAMENTOS:

DISCAPACIDADES: FÍSICA: ____ / MENTAL: ____ / SENSORIAL: ____ / MULTIPLE: Cual

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

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: ____ / DIETA PRESCRITA: ____ / PERTENENCIA GRUPOS: ____ /

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

PARENTESCO: / TEL FIJO: / TEL CELULAR:

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA:

DIRECCION: / TELEFONOS:

CORREO ELECTRONICO:

ANEXOS: CEDULA: ( ) SISBEN: ( ) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: ( ) CONSENTIMIENTO INFORMADO: ( ) OTRO: CUAL ____ /

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

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

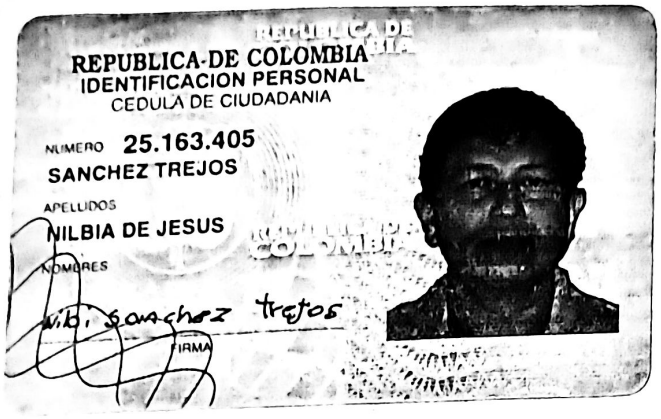
1. Multiser actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.
2. Que la información suministrada podrá ser verificada por los colaboradores de Multiser en cualquier momento.
3. Multiser tendrá la facultad de compartir toda la información con la Alcaldía Municipal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

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 16 días del mes de 04 del año 2025.

Firma: Nilbia sánchez ros

Nombre: Nilbia de jesus Sanchez T.

Identificación: 25163405



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.163.405
SANCHEZ TREJOS
APELLIDOS
NILBIA DE JESUS
NOMBRES

Nilbia Sanchez trejos
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1962
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-DIC-1987 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-2408600-00063143-F-0025163405-20080902 0002925386A 1 4890004880

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/04/2025

Ficha: 66001024565800000754

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: NILBIA DEJESUS

Apellidos: SANCHEZ TREJOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25163405

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/12/2019

Última actualización ciudadano: 20/12/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	25163405
NOMBRES	NILBIA DE JESUS
APELLIDOS	SANCHEZ TREJOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	20/02/2009	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	04/16/2025 10:39:23	**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

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

FECHA DE EVALUACION: DIA: 16 / MES: 04 / AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Nilbia de Jesus Sanchez T / C.C: 25163405 /

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:

Según el analisis del usuario tiene buena función familiar (18) donde su evaluación muestra que su familia lo brinda un buen apoyo emocional y practico; lo cual es fundamental para su bienestar, sin embargo, si en algún momento siente que algo no funciona bien, puede ser útil conversarlo o buscar orientación profesional.

Dayana Lema H.

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	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA: 16 / MES: Abril / AÑO: 2025 /

YO Nilbia Sanchez Trejos identificado(a) con cédula de ciudadanía número 25 163 405, expedida en Santa Rosa, residente en el municipio de Pereira Risaralda, con dirección: Guayabal Mz 108 -: manifiesto que he sido informado(a) acerca de las diferentes actividades contempladas en la Canasta de Servicios (Ley 1276/2009 – Art 11 – Numeral 1 – 11), así: culturales, recreativas, deportivas, ocupacionales, trabajo asociativo, encuentros intergeneracionales, programadas por el CENTRO VIDA COMUNA ORIENTE; entiendo que estas actividades me proporcionan beneficios para la salud, bienestar y calidad de vida; al igual que la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas.

Por tal motivo me comprometo a cumplir con el Manual de Convivencia y Reglamento Interno socializado por el programa, el cual contempla mis derechos, así como mis deberes y entre ellos está el óptimo comportamiento y acatamiento de las instrucciones del equipo de trabajo que coordinan dichas actividades, lo anterior con la finalidad de eliminar y reducir todo riesgo al mínimo posible.

Doy mi consentimiento para mi participación en dichas actividades programadas y eximo al "PROGRAMA CENTRO VIDA – COMUNA ORIENTE PEREIRA R", de lo que pueda ir más allá de la atención prehospitalaria.

Nombres y Apellidos del Adulto Mayor: Nilbia sánchez CC 25 163 405

Teléfonos de contacto: _____ _____

Nombre y Apellido (Familiar o Acudiente) _____

Teléfonos de contacto: _____ _____

Aux Diana S. Galeano R.P. 1060586780
NOMBRES/APÈLLIDOS - TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Sanchez Nombre: Nilbia de Jesus

Sexo: F Edad: 63 Peso, kg: 68 Altura, cm: 160 Fecha: 25/6/25

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación del estado nutricional

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

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

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

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

PESO 68 TALLA: 1,60 IMC: 26,5

DX NUTRICIONAL: Peso Adecuado

Dx: Hipotiroidismo

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: Nilbia Sanchez Trejos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25163405
GRUPO: Amarillo - AM	EVALUADO POR: Wilmar Loaiza
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 /	MES: Abril / 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: A	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

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: I	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 II TOTAL _____

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

ANALISIS: Usuaria con independencia total para sus actividades cotidianas.

Wilmar Loaiza
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Nilbia Sánchez
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

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**
Nilbia De Jesús Sanchez Trejos	25163405
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Amarillo -AM,	Wilmar Loaiza

FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 21 / **MES:** Abril / **AÑO:** 2025 /

EVALUACION DEL EQUILIBRIO

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

1. AL SENTARSE:

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

2. EQUILIBRIO MIENTRAS ESTÁ SENTADO:

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente **o** se inclina hacia el frente o hacia el lado).
1 = se inclina levemente **o** aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
X = 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.
X = 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.
X = estable sin andador, bastón u otro soporte.

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

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.
X = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
Tiempo: 1 0 , 1 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.
X = 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.
X = capaz por 5 segundos.
Tiempo: 0 7 , 7 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.
X = capaz por 5 segundos.
Tiempo: 1 0 , 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.
X = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0 , 5 segundos

10. POSICIÓN TÁNDEM:

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

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

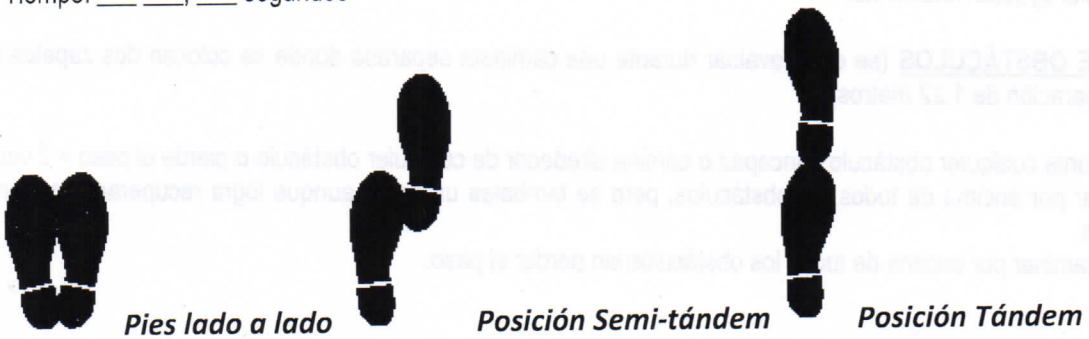
0 = incapaz **o** se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
X = capaz y firme.

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
X = capaz por 3 segundos.
Tiempo: 0 3, 9 segundos

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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



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

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.
1 = moderada **o** leve desviación **o** utiliza ayudas.
X = recto, sin utilizar ayudas.

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

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

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

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

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

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz **o** camina alrededor de cualquier obstáculo **o** pierde el paso > 2 veces.
X = 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.

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

INTERPRETACIÓN

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

9/9
24/26
33/35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuaria con bajo riesgo de caida, presenta equilibrio estatico fuerte, su marcha es correcta. Se recomienda: AF general para mantener y mejorar condiciones actuales.

Puntuacion general 33 de 35.

J. Ulmar L.

FIRMA – EVALUADOR

Nilbia Sánchez

FIRMA PERSONA EVALUADA

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-3 Versión: 01 Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: Nilbia de Jesus Sanchez Prieros. EAPB: Asmet Salud

N° identificación del adulto: 25.163.405 Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: MZ 108 CS 11 Guayabal Alto. Cel: 3104703826

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
21-04-25	10+30	110/70	66 x1	95	18	—	valoracion inicial	Sandra Ibarra
24-04-25	9+10	110/70	68	93	16	35.1	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	
	ESCALA DE FUERZA MUSCULAR - MRC	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS – USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 23 M: 04 A: 2025	Nilbia de Jesus Sanchez	Mariana Vargas López

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR		
Abducción de hombro	4	4 = 8
Flexión de codo	4	4 = 8
Extensión de muñeca	4	4 = 8
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	4	4 = 8
Extensión de rodilla	4	4 = 8
Dorsiflexión de tobillo	4	4 = 8
PUNTAJE TOTAL		48

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:

La usuaria tiene su fuerza muscular conservada, no presento cambios significativos. Se recomienda realizar ejercicios de fortalecimiento con el objetivo de mantener la fuerza muscular

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: 23 M: 04 A: 25	Nilbia de Jesus Sanchez	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.

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

2. PONERSE DE PUNTILLAS

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

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

3. APOYO MONOPODAL

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

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

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

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

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

- [x] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso 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."

- [x] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso 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.

ORIENTACIÓN SENSORIAL SUBPUNTUACIÓN: /6

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

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

Tiempo en segundos:

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

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

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

Tiempo en segundos:

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

9. INCLINADO - OJOS CERRADOS

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

Tiempo en segundos:

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

MARCHA DINÁMICA SUBPUNTUACIÓN: /10

10. CAMBIO EN LA VELOCIDAD DE MARCHA

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

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

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

- [x] (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.
- [ ] (0) Grave: Incapaz de pasar por encima de la caja O pasos alrededor de la caja.

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

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

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

TUG: ___ segundos **TUG doble tarea: 11,3 segundos**

- [x] **(2) Normal:** Sin cambios reseñables en sentarse, ponerse de pie o caminar mientras cuenta hacia atrás comparado con el TUG sin doble tarea.
- [ ] **(1) Moderado:** La tarea dual afecta al contar O al caminar (>10%) comparado con el TUG sin doble tarea.
- [ ] **(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: 28/28

Alcaldia de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION DE LA FUNCION MINIMA DEL ESTADO MENTAL "MINIMENTAL TEST"		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO: Nilbia Sanchez	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25163400
GRUPO: Amarillo	EVALUADO POR: Cristina Bueno R
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 / MES: 04 /	AÑO: 2025 /

ORIENTACIÓN

· Dígame el día, fecha, mes, estación, año — 2 /5

· Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — ✓ /5

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

· Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — /5

· Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — /3

MEMORIA

· ¿Recuerda las tres palabras de antes? — ✓ /3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

· Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj — ✓ /2

· Repita esta frase: En un trigal había cinco perros — ✓ /1

· Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?
¿Qué son el rojo y el verde? — ✓ /2

· ¿Que son un perro y un gato? — ✓ /3

· Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa — ✓ /1

Powered by CamScanner

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

FECHA DE APLICACION:	**DIA:** 21 /	**MES:** 04 /	**AÑO:** 2025 /
NOMBRE COMPLETO Nilbia Sanchez Tiejos.		**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 25163405	
GRUPO Amarillo		**ENTREVISTADO POR**	

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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

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

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

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-02-3 Versión: 01 Fecha: 22/10/202

Nombre del adulto: Nilbia de Jesus Sanchez Tietos. EAPB: Asmet Salud

N° identificación del adulto: 25.163.405 Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: MZ 108 CS 11 Guayabal Alto. Cel: 3104703826

TA: Tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia Cardiaca x min SATO2: Saturacion de ozigeno 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 RESPONSAB
21-Oct-25	10+30	110/70	66 x1	95	18	—	valoracion inicial	Sandra Ibarra
24-09-25	9+10	110/70	68	93	16	35.1	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
21-10-25	10+30	112/62	73	97	18	35.7	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
05-11-25	11+22	104/69	67	99	16	36.0	Toma Signos Vitales	Sandra Ibarra

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

FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA: 21 / MES: Abril / AÑO: 2025 /

YO Nilbia de Jesus Sanchez Trejos identificado(a) con cédula de ciudadanía número 25.163.405, expedida en Santa Rosa Cabal, residente en el municipio de Pereira Risaralda, con dirección: Cra 33 24E 33 Mz 108 CS11 Guayabal Alto: manifiesto que he sido informado(a) acerca de las diferentes actividades contempladas en la Canasta de Servicios (Ley 1276/2009 – Art 11 – Numeral 1 – 11), así: culturales, recreativas, deportivas, ocupacionales, trabajo asociativo, encuentros intergeneracionales, programadas por el CENTRO VIDA COMUNA ORIENTE; entiendo que estas actividades me proporcionan beneficios para la salud, bienestar y calidad de vida; al igual que la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas.

Por tal motivo me comprometo a cumplir con el Manual de Convivencia y Reglamento Interno socializado por el programa, el cual contempla mis derechos, así como mis deberes y entre ellos está el óptimo comportamiento y acatamiento de las instrucciones del equipo de trabajo que coordinan dichas actividades, lo anterior con la finalidad de eliminar y reducir todo riesgo al mínimo posible.

Doy mi consentimiento para mi participación en dichas actividades programadas y eximo al "PROGRAMA CENTRO VIDA – COMUNA ORIENTE PEREIRA R", de lo que pueda ir más allá de la atención prehospitalaria.

Nombres y Apellidos del Adulto Mayor: Nilbia de Jesus Sanchez Trejos

Teléfonos de contacto: 3104703826 Nilbia Sánchez

Nombre y Apellido (Familiar o Acudiente) Yeni Londoño Sanchez (Hija)

Teléfonos de contacto: 310 3226983

Sandra M. Ibarra B. 42.169.996
NOMBRES/APELLIDOS - TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL

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: 21 Abril 2025

Nombre del paciente: Milbia de Jesus Sanchez.

Identificación del Paciente: 25.163.405 **Ocupación:** Ama de casa

Fecha de Nacimiento: 23 Febrero 1962. **Edad:** 63 años.

- Quienes forman su hogar Esposo
- Antecedentes Patológicos Tiroides, Artrosis.
- Discapacidad Mental Ninguna.
- Antecedentes Familiares
- Ultimo control médico Hace 3 meses
- Ayudas técnicas: audífono ___ lentes X Placa dentaria X Muletas ___ Silla de ruedas ___ bastón___ Prótesis___ Marcapasos ___ Otro:
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol ___ tabaco ___ drogas ___ frecuencia: _____
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Levotiroxina X5omg
Dosis: 1 tab en ayunas.
Frecuencia_
¿Desde cuándo? 2 años aproximadamente.
Nombre del medicamento Atorvastina
Dosis: 1 tab en la noche
Frecuencia_
¿Desde cuándo? 3 años aproximadamente.
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?	controles.					
¿Confía en las opiniones médicas?	Si.					
• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES						
PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI	X	NO		FRECUENCIA	
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI	X	NO		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, se apoyan y colaboran.					
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Muy buena.					
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Debes en cuando, por llamadas.					
¿Participa de reuniones familiares?	Si.					
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	Si					

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

SOCIALES	
¿Tiene amigos?	Si, pocos.
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	Normal.
¿Hace parte de algún grupo?	Si del centro vida.
• **SEXUALIDAD**	
MUJER	**HOMBRE**
¿tiene vida sexual activa? Si___ No X	¿tiene vida sexual activa? Si___ No___
Última menstruación 54 años.	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No___
Ultima citología Hace 1 mes	¿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? Normal
¿Despierta en la noche para orinar? Si__ No__ A veces X	¿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**	• **ACTIVIDAD FISICA**
¿Cuántas horas duerme? de 5 a 6 horas.	¿Presenta fatiga? Si__ No X ¿con que actividad?
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO.	¿Presenta dolor en el tórax? Si__ No X ¿Cuándo?
¿sufre de insomnio? NO	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si__ No X ¿Cuándo?
• **SIGNOS VITALES**	
Frecuencia cardiaca 66 x1	Frecuencia respiratoria 18 x1
Presión arterial 110/70	
• **NIVEL DE MOVILIDAD**	
Completamente inmóvil _____	Ligeramente limitado _____
Muy limitado _____	No requiere ayuda X

• **CAÍDAS**

Teme usted caerse si__ no X

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

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

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

Tiempo en segundos de permanencia en el piso — —

Necesitó ayuda para levantarse si___ no X

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

Alcaldia 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, amable, buen aspecto físico, buena disponibilidad.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN: Dx de manejo en casa, usuaria en buenas condiciones generales, valoracion de signos vitales 2 veces al mes.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Sandra Milena Ibarra Betancur

Cargo: Auxiliar de Enfermeria

Firma: Sandra M. Ibarra B.

Firma o huella paciente: Nilbia sánchez

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

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 / MES: Abril / AÑO: 2025 /

NOMBRES – APELLIDOS: Nilbia de Jesus Sanchez Tiejos. /

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

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

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

INTERPRETACION

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

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

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

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

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuaria apta para actividad física, en alguna ocasión siente dolor en los tobillos pero ella le da el manejo cuando ocurra. Valoración con fisioterapeuta y deportes.

Sandra M. Ibarra B. 42159996
FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Nilbia sánchez
FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

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

INTERPRETACION

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

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

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

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

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuaria apta para actividad física, en alguna ocasión siente dolor en los tobillos pero ella le da el manejo cuando ocurra. Valoración con fisioterapeuta y deportes.

Sandra L. Ibarra B. 42159996
FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Nilbia sánchez
FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

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

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-3 Versión: 01 Fecha: 22/10/202…

Nombre del adulto: Nilbia de Jesús Sanchez Trejos. EAPB: Asmet Salud

N° identificación del adulto: 25.163.405 Nivel de Riesgo: ____

Dirección domicilio: MZ 108 CS 11 Guayabal Alto. Cel: 3104703826

T/A: [illegible] 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 RESPONSAB…
21-04-25	10+30	110/70	66^{x1}	95	18	—	valoración inicial	sandra Ibarra

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): Nilbia de Jesús Sanchez Trejos.

CEDULA: 25.163.405 | EDAD: 63 años.

DIRECCION RESIDENCIA: | TELEFONOS: 310 4703826

EAPB: Asmet Salud. | GRUPO: Amarillo JORNADA: Mañana.

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
21-04-2025 10:40 hrs	Usuaria femenina Nilbia de Jesús Sanchez Trejos de 63 años de edad, quien se encuentra asistiendo al centro vida oriente desde el del 202. refiere que su estado de salud es bueno, al examen FISICO se observa consciente, alerta, orientada, colaboradora, normocefalico, rostro conservado simetrico, usa gafas, mucosas permeables, con protesis dental buena higiene, pabellones auriculares conservados, cuello simetrico, sin adenopatias palpables Axilas normal, torax normoexpansible, mamas bien implantadas simetricas, abdomen blando no doloroso ala palpacion, miembros superiores completos, con movilidad, genitourinario valorado, miembros inferiores completos con buena movilidad y marcha, piel sana e hidratada, valoración signos vitales estables. P.A 110/70, FC 66 x', 95%, 18 x', registrados en su formato, Compromiso verbal para valoración de signos vitales con enfermeria 1 vez al mes, Se remite con deportes y Fisioterapeuta por que usuaria refiere en ocasiones dolor en los rodillas. —— // —— Sandra H. Ibara // // // // // // // // //	Sandra Ibara B. 47.159.996

	FORMATO	Versión: 1
El cambio es de todos	REGISTRO TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR	F03-GU-GTH-05
		FECHA EDICIÓN 18-06-2021

ENTIDAD(ES) QUE REALIZAN EL TAMIZAJE: Centro vida oriente

NOMBRE (S) DE QUIENES REALIZAN EL TAMIZAJE: Sandra Milena Ibarra.

INFORMACION PERSONAL BASICA							TAMIZAJE									HABITOS PERSONALES						ANTECEDENTES PERSONALES								ANTECEDENTES FAMILIARES CARDIOVASCULAR			
FECHA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE	FUNCIONARIO	CONTRATISTA	EDAD	CARGO	PESO	ESTATURA	TENSION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	GLUCOMETRIA	PERIMETRO CINTURA	PERIMETRO CADERA	PERIMETRO CUELLO	PERIMETRO CARPO	FUMA SI / NO	FUMA No DIA	TOMA S / NO	TOMA No VECES VER	HACE EJERCICIO S / NO	SI HACE EJERCICIO No VECES SEMANA	HTA	DIABETES	IAM	ICC	DISLIPIDEMIA	ALTERACIONES	CON TRATAMIENTO PARA ALTERACIÓN DE LA TIROIDES	Padre, Abuelo o hermano menores de 55 ó fue presentado	Madre, abuela, o hermana menores de 65 ó fue presentado	DIABETES	CLASIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR
21-04-25	25.163.405	Nubia Sanchez.			63																											NO

HTA: hipertensión Arterial ICC: Insuficiencia Cardiaca Congestiva IAM: Infarto Agudo de Miocardo

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-3 Versión. 01 Fecha: 22/10/202

Nombre del adulto: Nilbia de Jesus Sanchez Trejos.
EAPB: Asmet Salud
N° identificación del adulto: 25.163.405
Nivel de Riesgo:
Dirección domicilio: MZ 108 CS 11 Guayabal Alto.
Cel: 3104703826

TA: 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 RESPONSAB
21-01-25	10+30	110/70	66 x1	95	18	—	valoración inicial	Sandra Ibarra
24-09-25	9+10	110/70	68	93	16	35.1	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
21-10-25	10+30	112/62	73	97	18	35.7	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
05-11-25	11+22	104/69	67	99	16	36.0	Toma Signos Vitales	Sandra Ibarra.
10-12-25	9+15	110/66	69	95	18	35.	Toma signos vitales	Sandra Ibarra.

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-3 Versión: 01 Fecha: 22/10/20..

Nombre del adulto: Nilbia de Jesus Sanchez Tirado

N° identificación del adulto: 25.163.405

Dirección domicilio: MZ 108 CS 11 Guayabal Alto

EAPB: Asmet Salud

Nivel de Riesgo:

Cel: 3104703826

TA: Tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia Cardiaca x min SATO2: Saturación de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C°: Temperatura (°c)

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSAB
21-04-25	10+30	110/70	66 x1	95	18	—	valoración inicial	Sandra Ibarra
24-09-25	9+10	110/70	68	93	16	35.1	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
21-10-25	10+30	112/62	73	97	18	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: 66001024565800000754

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: NILBIA DEJESUS

Apellidos: SANCHEZ TREJOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 25163405

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/12/2019

Última actualización ciudadano: 20/12/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co