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	42054948
NOMBRES	OLGA
APELLIDOS	MUÑOZ DE BERMUDEZ
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	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/14/2025 15:47:45	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Muñoz Nombre: Olga

Sexo: F Edad: 72 Peso, kg 86 Altura, cm: 154 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 nutritional.

Cribaje

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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 86 TALLA: 154 IMC: 36,2

DX NUTRICIONAL: Obesidad grado II

Se espera realizar grupo focal con el tema:
- Alimentación en prevención de ECNT.

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: Olga Muñoz de Bermudez

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	✓		

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO N°_____

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 16 MES 04 AÑO 2025

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Olga Muñoz de Bermudez

LUGAR DE NACIMIENTO: La Habana (Valle) FECHA: DIA 08 MES 05 AÑO 2025

DIRECCIÓN: Mz 8 casa 45 los bisos

TELÉFONO: 3136150236

EDAD: 72 CATEGORÍA SISBEN: B3 DESPLAZADO _____ EPS Famisanar

RH A+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Iderlinda Bermudez
DIRECCIÓN Los Palmos TELEFONO 3215424336

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario:
Dayana Lorena Hinestroza

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 04 / AÑO 2025 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Olga Muñoz PARENTESCO _____ /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Olga Muñoz de Bermudez C.C 42054948 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D08/ M 05/ A1953/ Labrbano (Valle) / EDAD 72 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz 8 casa 45 / BARRIO los brisas /

EPS famisanar / PUNTAJE SISBEN B3 / TIPO SANGRE A+ /

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

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

COMUNA _____/ TELÉFONO FIJO _____/ CELULAR 3136150736 /

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

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

CUÁL: _____/ NINGUNO: X /

PERSONA DE CONTACTO Idarlinda Bermudez /

DIRECCION los palmos TELÉFONO 3215424336 PERENTESCO hija /

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

FISICA: HTA __/ DIABETES __/ OSTEOPOROSIS __/ ARTICULARES X / EPOC__/

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL ___/ OTRAS CUALES: _____/

DISCAPACIDAD SENSORIAL: VISUALES X / 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	Josefina Quintero	92	madre	Ninguna
2	Breiler Santiago Campeon	11	Vecinito	estudiante

3				
4				
5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	X			
PARIENTES				
VECINOS				
AMIGOS	X			

3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI ___ /

CUÁL? _____ /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI ___ /

CUAL? _____ /

TIENE 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?

Ejercicios físicos y artes /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONOMICA:

PENSIONADO ___ / RENTAS PROPIAS ___ / CONYUGE ___ / HIJOS X /

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

OTROS CUÁLES? _____/

4.2 **SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:**

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. _____
- 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 __/ NO__/ TRANSPORTE: SI X/ NO __/ RECREACIÓN: SI __/ NO X/

5. VIVIENDA = 20%

5.1. **CALIDAD DE TENENCIA**

PROPIA ___/ FAMILIAR X/ 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 H. _____/

PROFESION: Trabajo Social _____/ **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1088251675

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: Olga
SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: Muñoz
SEGUNDO APELLIDO: de Bermudez

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

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

Fecha de Nacimiento: 08-mayo 1953
No. Documento: 42054948

RANGO DE EDAD:

1 7 MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)
2 MAYOR DE 55 AÑOS

AÑOS CUMPLIDOS: 7 2

SEXO:

1 HOMBRE
2 7 MUJER
3 LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta
1 X SI
2 NO

PUNTAJE: B3

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 X SUBSIDIADA

CUAL: fami sanar

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

1 ✓ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
2 REINCORPORADO(A)
3 PUEBLOS INDIGENAS
4 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 7 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 ¿CUAL(ES)? 1
2
2 7 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 / NO

¿CUAL(ES)?: 1
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Me gusta coser y realizar trabajos con bisuteria

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

VEREDA:

1 ___ RURAL

NOMBRE DE LA FINCA:

2 X URBANA

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: M28 Casa 45

BARRIO: Los Pinos

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: 3136150236 EMAIL:

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Idelinda Bermudez

TELÉFONO DE CONTACTO: 3215424336 PARENTESCO: hija

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

Tener muy buena relación con los compañeros y profesionales. Aprender cosas nuevas

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Dayana Larmo H.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
16	04	2025

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Olga Muñoz

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: olga

APELLIDOS: Muñoz de Bermudez

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 08 / MES: mayo / AÑO: 1953

EDAD: 72 / SEXO f / CÉDULA DE CIUDADANIA: 42054948 / TIPO SANGRE: A+ /

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Mz 8 casa 45 / BARRIO: Las brisas

COMUNA: villa santana / VEREDA: __

TELEFONO FIJO: __ / CELULAR: 3136150236 / PLAN FUNERARIO: Renacer

S.G.S.S.S: C: __ / S: X / V: __ / O: __ / E.P.S: Famisanar / PUNTAJE SISBEN B3

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: __

ALERGIA A MEDICAMENTOS: __

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

FACTORES DE RIESGO: TABACO: __ / ALCOHOL: __ / SEDENTARISMO: __ / OTRO: __

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

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA: ✓ / SECUNDARIA: __ / NINGUNO: __ / OTRO: __

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

CONVIVENCIA: PAREJA: __ / FAMILIA: ✓ / SOLO: __ / OTRO: __

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Idelinda Bermudez

PARENTESCO: hija / TEL FIJO: __ / TEL CELULAR: 3215243316

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: __

DIRECCION: __ / TELEFONOS: __

CORREO ELECTRONICO: __

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

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

FAMILY APGAR

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Olga Muñoz de Bermudez C.C: 42054948

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)***					X
2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – ***(PARTICIPACION)***					X
3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – ***(AFECTO)***					X
4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – ***(CRECIMIENTO)***					X
5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – ***(RESOLUCION)***					X

ANALISIS RESULTADO:

Con un resultado de 20 puntos indicando buena función familiar donde se refleja un sistema familiar funcional con recursos adecuados para el apoyo mutuo.

Dayana Lerma 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

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: Olga Muñoz

Nombre: Olga Muñoz Bermudez

Identificación: 42054948



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

42.054.948
MUÑOZ De BERMUDEZ

OLGA



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1953
LA HABANA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-ABR-1979 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00090023-F-0042054948-20081007 0004078409A 1 4600001805

Sisbén

Fecha de consulta: 16/04/2025

Ficha: 66001008564400000114

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OLGA

Apellidos: MUÑOZ BERMUDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 42054948

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/10/2019

Última actualización ciudadano: 04/10/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

COLOMBIA 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	42054948
NOMBRES	OLGA
APELLIDOS	MUÑOZ DE BERMUDEZ
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	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	04/16/2025 10:36:36	**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**,

Alcaldía 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

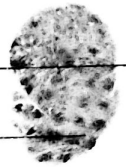
FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA: 16 / MES: Abril / AÑO: 2025 /

YO Olga Muñoz de Bermudez identificado(a) con cédula de ciudadanía número 42 054 948, expedida en Pereira, residente en el municipio de Pereira Risaralda, con dirección: Mz 8 Casa 45 Las Brisas: 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: Olga muñoz



Teléfonos de contacto: _____ _____

Nombre y Apellido (Familiar o Acudiente) Idelinda Bermudez

Teléfonos de contacto: 3215424336 _____ _____

Diana S. Galeano Romero RP. 1060586780

NOMBRES/APÈLLIDOS - TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL

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: Olga Muñoz

N° Identificación: 42054948

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

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

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	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Olga Muñoz De Bermudez	42054948
GRUPO Azul - AM.	**EVALUADO POR** JHONN FELIPE AGUDELO.
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: 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

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: 1	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 en sus actividades cotidianas

Jhonn Felipe Agudelo
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Olga Ometnoz
FIRMA PERSONA EVALUADA

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

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Olga Muñoz De Bermudez	42054a98
GRUPO: Azul - AM	**EVALUADO POR:** Jhonn Felipe Agudelo.

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 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.
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 6 , 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.
X = capaz por 5 segundos.
Tiempo: 0 5 , 5 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 , 0 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 0 , 3 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 5 , 5 segundos

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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



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

10,61

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.
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.
X = 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 riesgo de caida bajo, presenta adecuada marcha y equilibrio estable. Se recomienda trabajo de fuerza y mantenimiento para fortalecer sus condiciones actuales.

Puntaje general 33 de 35.

FIRMA – EVALUADOR

Olga Muñoz

FIRMA PERSONA EVALUADA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
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	MADRE UNA NIETYA Y 2 BISNIETOS. 17-07-2019 13:27
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	MADRE Y BISNIETO 25-08-2025 09:25
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NO 17-07-2019 13:27
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	NO 17-07-2019 13:27
Vida sexual activa	NO 17-07-2019 13:27
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	NO NO TIENE PAREJA. 17-07-2019 13:27
Convivencia con animales (mascotas)	SI 17-07-2019 13:27
Sabe leer	URBANA, LAS BRISAS 25-08-2025 09:25
Sabe escribir	NO 17-07-2019 13:27
Vive solo	SI, GATO 25-08-2025 09:25
Actividad física	POCO 25-08-2025 09:25
Mas de un compañero sexual en el último año	SI 17-07-2019 13:27
Pareja sexual estable	POCO 25-08-2025 09:25
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	SI 17-07-2019 13:27
Método de planificación (vasectomia, barrera, otros)	NO 17-07-2019 13:27
Violencia y maltrato	SI 17-07-2019 13:27
Edad inicio de vida sexual	NO 17-07-2019 13:27
Desplazado	SI 17-07-2019 13:27
Habitos de Higiene (Oral y Corporal)	AMA DE CASA. 17-07-2019 13:27
Otros	PRESERVATIVO SIEMPRE ES LO RECOMENDADO. 17-07-2019 13:27
Signos y sintomas Aduito	SI EL ESPOSO. 17-07-2019 13:27
Dolor Crónico	15 AÑOS. 17-07-2019 13:27
Otros	SI, SANTA CECILIA RDA , GRUPOS ARMADOS. 17-07-2019 13:27
EXAMEN FISICO	SI BUENOS HÁBITOS. 17-07-2019 13:27
Cabeza	NIEGA 18-02-2022 10:06
Ojos	ARTROSIS? 25-08-0025 00:00
Fondo de Ojo	DISPEPSIA 17-11-0020 00:00
Oidos	
Nariz y senos paranasales	Normal Bien 17-11-2020 09:48
Boca	Normal 25-08-2025 10:19
Garganta	Normal Bien 17-11-0020 00:00
Cuello	Normal 17-11-2020 09:46
	Normal Sin Alteraciones 17-11-2020 09:47
	Normal 25-08-2025 10:19
	Normal Bien 17-11-0020 00:00
	Normal Bien-Usa Tapabocas 17-11-2020 09:47
	Normal 25-08-2025 10:19
	Normal 17-11-2020 09:47
	Normal 25-08-2025 10:12
	Normal Movil, Sin Masas 17-11-0020 00:00

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

	Normal 25-08-2025 10:13
Mamas y axilas	Normal Simetricas, No Dolorosas. No Masas. 17-11-0020 00:00
	Normal 25-08-2025 10:13
Tórax	Normal Simetrico 17-11-0020 00:00
	Normal 25-08-2025 10:13
Pulmones	Normal Murmullo Vesicular Limpio En Ambos Campos Pulmonares 17-11-0020 00:00
	Normal 25-08-2025 10:13
Corazón	Normal Ruidos Cardiacos Ritmicos 17-11-2020 09:46
	Normal 25-08-2025 10:13
Abdomen	Anormal Abundante Paniculo Adiposo, Dolor Leve A La Palpacion De Epigastrio. No Megalias, No Masas.No Signos De Irritacion Peritoneal. Ppl Negativa. 17-11-0020 00:00
	Normal 25-08-2025 10:13
Genitourinario	No Evalúo 17-11-2020 09:46
	Normal 25-08-2025 10:13
Tacto vaginal	No Evaluado 17-11-2020 09:47
	No Evaluado 25-08-2025 10:13
Tacto rectal	No Evaluado 17-11-2020 09:47
	No Evaluado 25-08-2025 10:13
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal Sin Deficit 17-11-0020 00:00
	Normal 25-08-2025 10:13
Sistema Vascular periférico	Normal 25-08-2025 10:13
Piel y faneras	Normal No Lesiones. 17-11-0020 00:00
	Normal 25-08-2025 10:13
Sistema Osteomuscular	Anormal Dolor A La Palpación De Rodilla Derecha, Con Signo De Capillo Positivo. Dolor A La Palpación De Hombro Derecho Enregión Acromial, Con Dolor A Movilización Activa Y Pasiva Sobre 90° Global 25-08-2025 10:18
	Normal 17-11-2020 09:47
Otros	Normal 25-08-2025 10:19
Especuloscopia	No Evaluado 17-11-2020 09:47
	No Evaluado 25-08-2025 10:13
Extremidades	Anormal Cambios En Coloración De Miembros Inferiores A Nivel Inframaleolar Y Perimaleolar, Con Homans Y Hollow Sugestivos Bilaterales. 25-08-2025 10:19
	Normal No Edemas. 17-11-2020 09:47

Total: 0

Clasificación:

TEST AUDIT (DEPENDENCIA ALCOHÓLICA)

¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?	Una O Dos 25-08-2025 10:11
¿Con qué frecuencia te tomas seis o más bebidas alcohólicas en un solo	Nunca 25-08-2025 10:11

Powered by CamScanner

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Motivo consulta:
DETECCIÓN ALTERACIONES EN VEJEZ
TEL 3136150236
DIRECCIÓN MANZANA 8 CASA 45 LAS BRISAS

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 72 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO DE:
1. HIPOTIROIDISMO
2. DISPEPSIA
3. ARTROSIS?

EN MANEJO CON:
- LEVOTIROXINA 50 MCG DÍA
- OMEPRAZOL 20 MG DÍA
(LAS COMPRA).

QUIEN CONSULTA PARA CONTROL DE VEJEZ, DANDO CUMPLIMIENTO CON RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, NIEGA DESPARASITACIÓN RECIENTE, VISIÓN BORROSA CON ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE FÓRMULA HACE 5 MESES, SIN EMBARGO COMENTA EMPEORAMIENTO DE AGUDEZA AL USARLAS, QUE CORRIGE AL PONERSE LA FÓRMULA ANTERIOR, VACUNA COVID 3 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. COMENTA GONARTRALGIA Y OMALGIA DERECHAS CRÓNICAS, MÉDICO HACE VARIOS AÑOS INDICÓ INICIO DE ARTROSIS?.

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

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Cáncer	NIEGA OTROS 18-02-2022 10:06
Otros	ARTROSIS, GASTRITIS 25-08-2025 09:24 GASTRITIS. Niega cualquier otro antecedente personal patologico de relevancia 07-08-2020 13:51 GASTRITIS. Niega cualquier otro antecedente personal patologico de relevancia 18-12-2020 09:55 GASTRITIS. Niega cualquier otro antecedente personal patologico de relevancia 23-01-2021 07:23 NIEGA 07-06-2021 08:43
Hipotiroidismo	SI 17-07-2019 13:13 SI 07-08-2020 13:51 SI 18-12-2020 09:55 SI 23-01-2021 07:23 SI 25-08-2025 09:24

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	"DE LA VEJIGA" 07-06-2021 08:44 COLECISTECTOMIA HACE 2 AÑOS HERNIA UMBILICAL HACE 2 AÑOS VARISECTOMIA DE PIERNA DERECHA 16-10-2018 13:22 COLECISTECTOMIA, HERNIORRAFIA UMBILICAL, SAFENECTOMIA MID 18-12-2020 09:55

Antecedentes Traumáticos

Fracturas	NIEGA 17-11-2020 09:38
Otros	NIEGA 07-06-2021 08:44

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos	NIEGA 17-11-2020 09:38
Medicamentos	Niega alergias o reacciones adversas a cualquier medicamento recibido hasta ahora 07-08-2020 13:49 Niega alergias o reacciones adversas a cualquier medicamento recibido hasta ahora 18-12-2020 09:55 Niega alergias o reacciones adversas a cualquier medicamento recibido hasta ahora 23-01-2021 07:23
Otros	NIEGA 07-06-2021 08:44 NIEGA 18-02-2022 10:06 NO ANTECEDENTES TOXICO ALÉRGICOS NI QUIRÚRGICOS. 17-07-2019 13:15 PACIENTE NIEGA 25-08-2025 09:26

Antecedentes familiares

Diabetes mellitus	HERMANA 17-11-2020 09:39
Otros	HERMANA 25-08-2025 09:25 DESCONOCE 18-12-2020 09:55 NIEGA OTROS 18-02-2022 10:06 NIEGA OTROS ANTECEDENTES FAMILIARES 07-06-2021 08:44 NO REFIERE. 17-07-2019 13:15

Powered by CamScanner

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Clasificación:

ESCALA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD2)

¿Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿No ha podido dejar de preocuparse?	Nunca 25-08-2025 10:11

Total: 0

Clasificación: No se considera probable un trastorno de ansiedad.

ESCALA DE LAWTON BRODY

Capacidad para usar el teléfono	Iniciativa Propia 25-08-2025 10:11
Capacidad para hacer compras	Realiza Todas Sus Compras 25-08-2025 10:11
Preparación de la comida	Prepara Y Sirve Su Comida 25-08-2025 10:11
Cuidado de la casa	Mantiene La Casa Solo 25-08-2025 10:11
Lavado de la ropa	Lava Por Sí Solo Toda Su Ropa 25-08-2025 10:11
Uso medios de transporte	Viaja Solo 25-08-2025 10:11
Responsabilidad respecto a la medicación	Toma Medicación Correctamente 25-08-2025 10:11

Total: 5

Clasificación: Independencia total

CUESTIONARIO FRAIL (DETECCIÓN FRAGILIDAD ADULTO MAYOR)

¿Se siente usted cansado?	No 25-08-2025 10:11
¿Está en capacidad de subir un piso de escaleras?	Si 25-08-2025 10:11
¿Es capaz de caminar de tres a cuatro cuadras (darle la vuelta a una manzana)?	Si 25-08-2025 10:11
¿Tiene más de cinco enfermedades?	No 25-08-2025 10:11
¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?	No 25-08-2025 10:11

Total: 0

Clasificación: Pre-frágil

ÍNDICE DE BARTHEL

Consumir alimentos.	Independiente 25-08-2025 10:11
Trasladarse entre la silla y la cama.	Independiente 25-08-2025 10:11
Aseo personal.	Independiente 25-08-2025 10:11
Uso del sanitario.	Independiente 25-08-2025 10:11
Uso del baño (ducharse).	Independiente 25-08-2025 10:11
Desplazamiento.	Independiente 25-08-2025 10:11
Subir y bajar escaleras.	Independiente 25-08-2025 10:11
Vestirse y desvestirse.	Independiente 25-08-2025 10:11
Control de heces.	Continente 25-08-2025 10:11
Control de orina.	Continente 25-08-2025 10:11

Total:

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Clasificación: 65

Dependencia leve

MINI MENTAL STATE

¿En qué año estamos?	Respuesta Correcta 25-08-2025 10:11
¿En qué hora estamos?	Respuesta Correcta 25-08-2025 10:12
¿En qué mes estamos?	Respuesta Correcta 25-08-2025 10:12
¿En qué día del mes estamos?	Respuesta Correcta 25-08-2025 10:12
¿Fecha de hoy (día de la semana) estamos?	Respuesta Correcta 25-08-2025 10:12
¿En qué país estamos?	Respuesta Correcta 25-08-2025 10:12
¿En qué Departamento estamos?	Respuesta Correcta 25-08-2025 10:12
¿En qué ciudad estamos?	Respuesta Correcta 25-08-2025 10:12
¿En qué sitio o lugar estamos?	Respuesta Correcta 25-08-2025 10:12
¿En qué piso/barrio/vereda estamos?	Respuesta Correcta 25-08-2025 10:12
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 25-08-2025 10:12
Reste 100-7 en forma sucesiva durante 5 veces. Registre un punto por cada respuesta correcta: 93-86-79-72-65.	Cinco Aciertos 25-08-2025 10:12
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 25-08-2025 10:12
Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre los objetos (Denominación)	Nombró Dos Objetos 25-08-2025 10:12
Hay que pedir que repita la siguiente frase: En el trigal habia cinco perros	Si 25-08-2025 10:12
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 25-08-2025 10:12
Para las siguientes dos órdenes utilice una tarjeta u hoja de papel que contengan la frase: "cierre sus ojos". Indique	Si 25-08-2025 10:12
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 25-08-2025 10:12
Indique a la persona que copie el siguiente diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo)	Si 25-08-2025 10:12

Total: 30

Clasificación: No existe deterioro cognitivo.

Tipo de población

Paciente LGBTI	No 25-08-2025 10:05

Total: 0

Powered by CamScanner

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

día?	
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que has empezado?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿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 25-08-2025 10:11
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca 25-08-2025 10:11
Tú o alguna otra persona ¿Ha resultado herida porque habías bebido?	No 25-08-2025 10:11
¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?	No 25-08-2025 10:11

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 25-08-2025 10:11
¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Siente que su familiar depende de usted?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	Nunca 25-08-2025 10:11

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11
¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	Nunca 25-08-2025 10:11
En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	Nunca 25-08-2025 10:11

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 25-08-2025 10:11
¿Durante el pasado mes se ha sentido con falta de interés o placer en hacer algo?	No 25-08-2025 10:11

Total: 0

Clasificación: No se identifica riesgo de depresión.

CONOCE TU RIESGO -FINDRISK-

Edad	Más De 64 25-08-2025 10:10
IMC (Kg/m2)	Más De 30 25-08-2025 10:10
Perímetro abdominal mujer (medido a nivel del ombligo)	Más De 88 Cms 25-08-2025 10:10
¿Realiza diariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?	Si 25-08-2025 10:10
¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?	Todos Los Días 25-08-2025 10:10
¿Toma medicación para la hipertensión regularmente?	No 25-08-2025 10:10
¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos? (Ej. en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)	No 25-08-2025 10:10
¿Se le ha diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2) a alguno de sus familiares allegados u otros parientes?	Si, Padres, Hermanos, Hijos 25-08-2025 10:10

Total: 16

Clasificación: Riesgo alto de desarrollar DM en 10 años (33%)

CLASIFICACIÓN RIESGO CARDIOVASCULAR A 10 AÑOS (OMS)

¿Tiene ya diagnóstico de una enfermedad cardiovascular (IAM, ACV, RENAL, COLESTEROL >= 320)?	No 25-08-2025 10:10
¿El paciente padece Diabetes Mellitus?	No 25-08-2025 10:10
Seleccione sexo biológico del paciente:	Mujer 25-08-2025 10:10
¿El paciente fuma?	No 25-08-2025 10:11
Seleccione el grupo de edad del paciente:	70 Años Y Más 25-08-2025 10:11
Registre la presión arterial sistólica:	120 Mmhg A 139 Mmhg 25-08-2025 10:11

Total: 1076

Powered by CamScanner

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ
Documento: CC 42.054.948
Fecha nacimiento: May.08/1953 **Edad:** 72 Años **H.C.** 42054948
Dirección: MZA 8 CASA 45 **Télefono:** **Sexo:** Femenino
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ciudad:** PEREIRA
Número de Ficha: 42054948 **Etnia:** Otros
Atención: 17 **Fecha:** Ago.25/2025 **Nivel:** Nivel 1
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y **Hora:** 10:00

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	
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal	
Sistema Vascular periférico	Normal	
Sistema Osteomuscular	Anormal	DOLOR A LA PALPACIÓN DE RODILLA DERECHA, CON SIGNO DE CEPILLO POSITIVO. DOLOR A LA PALPACIÓN DE HOMBRO DERECHO ENREGIÓN ACROMIAL, CON DOLOR A MOVILIZACIÓN ACTIVA Y PASIVA SOBRE 90° GLOBAL
Extremidades	Anormal	CAMBIOS EN COLORACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES A NIVEL INFRAMALEOLAR Y PERIMALEOLAR, CON HOMANS Y HOLLOW SUGESTIVOS BILATERALES.
Piel y faneras	Normal	
Otros	Normal	

ANALISIS:

PACIENTE FEMENINA EN OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA EN CONTROL DE VEJEZ, SIGNOS VITALES NORMALES, EXAMEN FÍSICO DESCRITO, AGUDEZ AVISUAL DISMINUIDA CON CORRECCIÓN DE FÓRMULA HACE 5 MESES, SIN EMBARGO EMPEROAMIENTO CON LA MISMA, SIN TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR, COLON O PERFIL TIROIDEO TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTE, POR LO QUE, SIGUIENDO LINEAMIENTOS DE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SE FORMULA DESPARASITANTE, SE SOLICITAN PARACLÍNICOS DE TAMIZAJE DE RIESGO DESCRITOS 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 Y PREVENCIÓN ITS, 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 CONSULTA DE CONTROL EN 3 AÑOS DEPENDIENDO DE RESULTADOS. SE REFORMULA MANEJO DE BASE, SE FORMULA DIOSMINA, SE SOLICITA RDIOGARFÍA DE HOMBRO Y RODILLA DERECHAS Y DOPPLER DE MIEMBROS INFERIORES. SE COMPARTE CONDUCTA CON PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ
Documento: CC 42.054.948
Fecha nacimiento: May.08/1953 **Edad:** 72 Años **H.C.** 42054948
Dirección: MZA 8 CASA 45 **Télefono:** **Sexo:** Femenino
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ciudad:** PEREIRA
Número de Ficha: 42054948 **Etnia:** Otros
Atención: 17 **Fecha:** Ago.25/2025 **Nivel:** Nivel 1
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y **Hora:** 10:00

DIAGNOSTICOS:			TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	Confirmado repetido
Relacionado 1	Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	Confirmado repetido
Relacionado 2	Z136	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	Confirmado repetido
Relacionado 3	Z121	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DE INTESTINO	Confirmado repetido
Relacionado 4	K30X	DISPEPSIA	Confirmado repetido
Relacionado 5	M199	ARTROSIS NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstic
Diagnostico 6	I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	Impresión diagnóstic

Rayos X - Imagenologia

RADIOGRAFIA DE HOMBRO - DOLOR A LA PALPACIÓN DE HOMBRO DERECHO ENREGIÓN ACROMIAL, CON DOLOR A MOVILIZA
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES - CAMBIOS EN COLORACIÓN DE MIEMBROS INFERIOR
RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL) - DOLOR A LA PALPACIÓN DE RODILLA DERECHA, CON SIGNO DE CEPILLO POSITIVO

Orden de laboratorio

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS -
TRIGLICERIDOS + -
COLESTEROL TOTAL -
TIROXINA LIBRE -
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO -
HEPATITIS C ANTICUERPOS MANUAL -
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE -
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA -
UROANALISIS -
SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA + - TAMIZAJE. REALIZA
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD -

Medicamentos

ALBENDAZOL 200MG TABLETA	200MG	TABLETA	2 JUNTAS EN AYUNAS DOSIS ÚNICA. VIA ORAL	2	(DOS)
LEVOTIROXINA SODICA 50MCG TABLETA	50MCG	TABLETA	1 DIARIA EN AYUNAS VIA ORAL CADA 1 DÍAS DURANTE 2 MES	60	(SESENTA)
OMEPRAZOL 20MG CAPSULA	20MG	CAPSULA	1 DIARIA EN AYUNAS VIA ORAL CADA 1 DÍAS DURANTE 2 MES	60	(SESENTA)
IBUPROFENO 600MG TABLETA	600MG	TABLETA	1 CADA 8 HORAS SI DOLOR. VIA ORAL	60	(SESENTA)

Otras Fórmulas

DIOSMINA/HESPERIDINA TABLETA 450+50 MG — 1 DIARIA POR2 MESES — 60

Powered by CamScanner

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Clasificación:

TECNOLOGÍAS BLANDAS

Ago.25/2025
10:00
APGAR FAMILIAR

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

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ
Documento: CC 42.054.948
Fecha nacimiento: May.08/1953
Dirección: MZA 8 CASA 45
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Número de Ficha: 42054948
Atención: 17
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc
Edad: 72 Años
Télefono:
Fecha: Ago.25/2025
Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
H.C. 42054948
Sexo: Femenino
Ciudad: PEREIRA
Etnia: Otros
Nivel: Nivel 1
Hora: 10:00

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: Mayor o igual de 20/50 hasta 1200 anormal
Observaciones:

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

Peso:	86.1 K	**Talla:**	151 cms	**Índice Masa Corporal:**	37.8 Obesidad
Presión Arterial Sentada:	120/72	**Parada:**	/	**Acostada:**	/
Temperatura:	36.3° °C Axilar			**Frecuencia Respiratoria:**	16 / min
Frecuencia Cardiaca:	75 / min	**Pulso:**	/ min Rítmico	**Escala Glassgow:**	
Concentración de Oxígeno en el Aire Inspirado:	%			**Saturación de Oxigeno:**	95 %
Glucometer:	mg/dl			**Perimetro Abdominal:**	122

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal
Ojos	Normal
Fondo de Ojo	Normal
Oidos	Normal
Nariz y senos paranasales	Normal
Boca	Normal

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

REMISIONES:

Especialidad: OPTOMETRÍA
Diagnóstico: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
Justificación: PACIENTE FEMENINA EN OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA EN CONTROL DE VEJEZ, SIGNOS VITALES NORMALES, EXAMEN FÍSICO DESCRITO, AGUDEZ AVISUAL DISMINUIDA CON CORRECCIÓN DE FÓRMULA HACE 5 MESES, SIN EMBARGO EMPEROAMIENTO CON LA MISMA, SIN TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR, COLON O PERFIL TIROIDEO TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTE, POR LO QUE, SIGUIENDO LINEAMIENTOS DE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SE FORMULA DESPARASITANTE, SE SOLICITAN PARACLÍNICOS DE TAMIZAJE DE RIESGO DESCRITOS 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 Y PREVENCIÓN ITS, 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 CONSULTA DE CONTROL EN 3 AÑOS DEPENDIENDO DE RESULTADOS. SE REFORMULA MANEJO DE BASE, SE FORMULA DIOSMINA, SE SOLICITA RDIOGARFÍA DE HOMBRO Y RODILLA DERECHAS Y DOPPLER DE MIEMBROS INFERIORES.
SE COMPARTE CONDUCTA CON PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
Servicio: 890207 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA
CUPS: 890207 **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.
USTED TIENE DERECHO A LA REALIZACIÓN DE UN TAMIZAJE VISUAL EN LAS SIGUIENTES EDADES CUMPLIDAS: 4 AÑOS, 11 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.

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

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.
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: asista con ropa cómoda, aliméntese adecuadamente 1 o 2 horas antes de la consulta.
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: en caso de ser hipertenso tomar la medicación a la hora establecida por el médico
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: llegue 20-30 minutos antes de la cita asignada para diligenciar la documentación exigida por la Unidad Hospitalaria de Belén.
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: si tiene exámenes diagnósticos recuerde presentarlos en su cita.
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: en caso de no poder asistir a la cita programada llame con anticipación para cancelarla.
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: recuerde traer un termo con agua.
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: seguir atentamente las recomendaciones dadas por el fisioterapeuta y tener buena actitud frente al proceso de rehabilitación.
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: su cita tiene una duración de 45 minutos, informe a la terapeuta cualquier síntoma o malestar que surja durante la terapia.
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: siga el plan asignado por la terapeuta.
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: cumpla la dosificación sugerida por el profesional, no realice actividades que sobrepasen la capacidad física actual.
FISIOTERAPIA/ANTES DE CONSULTAR: recuerde llevar una alimentación balanceada y sana, de acuerdo a las recomendaciones dadas por el profesional.
Mantenga una adecuada higiene postural (duerma en cama plana, evite sentarse en sillones hundidos, use sillas con respaldo recto).
Mantenga una actitud positiva.
Realice ejercicios con frecuencia como: Caminar, montar en bicicleta o practique la natación.
Realice los ejercicios puntuales ordenados por el medico según la lesión que presente.
Asista a sesiones de hidroterapia.
Controle su peso, trate de bajar de peso ya que con esto mejorara el dolor.
Cuando tenga el dolor intenso aplíquese calor húmedo y frio alternado.
Si se intensifica el dolor, guarde reposo relativo.
Utilice bastón para caminar en caso de problemas de rodillas o caderas.
Utilice ropa y zapatos cómodos según su problema.
Evite bajar y subir escalas.
No utilice zapatos con tacones muy altos, procure zapatos bajitos o de poco tacón.
Evite cargar pesos excesivos.
Procure no caminar por caminos irregulares.
Siga al pie de la letra todas las indicaciones y tratamiento que le ordena el médico.
No cambie la dosis del anticoagulante sin orden médica
No tome ningún medicamento sin orden médica
No consuma alcohol
Consulte si hay sangrados espontáneos y/o fuertes por algún orificio del cuerpo

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
VEJEZ

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ				
Documento:	CC 42.054.948			**H.C.**	42054948
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	42054948			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	17	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	10:00
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		

Consulte si presenta un golpe fuerte en cabeza o abdomen
Consulte si tiene perdida brusca de la visión
Consulte si presenta dolor de cabeza intenso con vomito
Consulte si presenta desgarro con sangre
Consulte si presenta vomito con sangre
Consulte si presenta materia fecal muy negra y pastosa
Consulte si presenta hemorragia menstrual muy severa
Consulte si presenta orina con sangre
Tome el medicamento siempre a la misma hora

DANIEL ANDRES HERNANDEZ VELASQUEZ
CC 1.225.090.702 Registro: 1225090702
MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

Alcaldia 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): Olga Muñoz de Bermudez

CEDULA: 42.054.948 **EDAD:** 72 años

DIRECCION RESIDENCIA: Mz 8 Cs 45 Brisas **TELEFONOS:**

EAPB: Famisanar **GRUPO:** A201 **JORNADA:** Mañana

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
25-11 2025	Usuaria Consciente, orientado en las tres esferas, refiere dolor localizado en la región cervical, manifiesta sensación de rigidez y molestia al realizar movimientos de flexión y rotación del cuello, piel integra, Sin presencia de edema, enrojecimiento o deformidades visibles, se brinda posición cómodo ala **Usuaria**, favoreciendo relajación musculatura cervical, Se orienta sobre evitar movimientos bruscos y mantener adecuada postura, Se promueve tecnica de movilización suave y ejercicios de estiramiento hasta donde el dolor lo permite, Se informa area de fisioterapia para revisión. —— // ——	Sandra M. Ibarra B 42.189996

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948	**H.C.**	42054948	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Estado Civil:**	Viudo
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	LAS BRISAS
Atención:	16	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	09:23
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Parentesco:					

Signos y sintomas Adulto
Otros — Dispepsia 17-11-0020 00:00

Hábitos
Otros — Paciente Niega 25-08-2025 09:26

Odontológicos
Fecha de último tratamiento odontológico — Hace Un Año 25-08-2025 09:25
Rehabilitación removible — Si 25-08-2025 09:25

TECNOLOGIA BLANDAS
NO CORRESPONDE

Histórico por seguimiento

Fecha	Hora	Total	Título	Clasificación	Profesional

HIGIENE ORAL:

Frecuencia Cepillado: Dos
Uso seda dental: Cero
Uso enjuague bucal: No

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

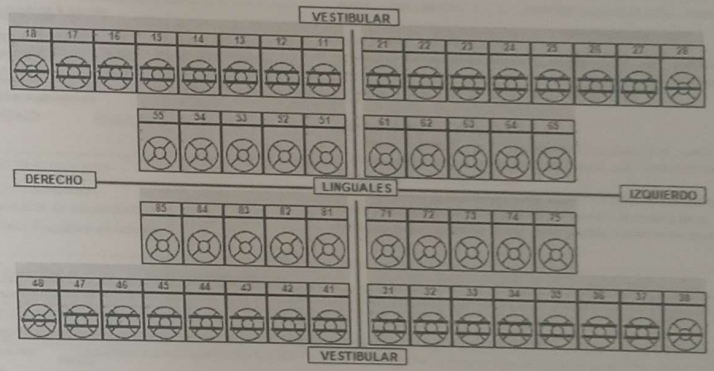
CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948	**H.C.**	42054948	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Estado Civil:**	Viudo
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	LAS BRISAS
Atención:	16	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	09:23
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:**			**Télefono:**	
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	

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento:	CC 42.054.948	**H.C.**	42054948	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	May.08/1953	**Edad:**	72 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZA 8 CASA 45	**Télefono:**		**Estado Civil:**	Viudo
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	LAS BRISAS
Atención:	16	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	09:23
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Parentesco:					

Motivo consulta: " REVISION" REFIERE PACIENTE.

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

Acompañante: NO APLICA **Parentesco:** **Télefono:** 3136150236

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

Cáncer	Niega Otros 18-02-2022 10:06
Otros	Artrosis, Gastritis 25-08-2025 09:24 Gastritis. Niega Cualquier Otro Antecedente Personal Patologico De Relevancia 07-08-2020 13:51 Gastritis. Niega Cualquier Otro Antecedente Personal Patologico De Relevancia 18-12-2020 09:55 Gastritis. Niega Cualquier Otro Antecedente Personal Patologico De Relevancia 23-01-2021 07:23 Niega 07-06-2021 08:4 Niega 07-06-2021 08:43
Hipotiroidismo	Si 17-07-2019 13:13 Si 07-08-2020 13:51 Si 18-12-2020 09:55 Si 23 Si 23-01-2021 07:23 Si 25-08-2025 09:24

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	"De La Vejiga" 07-06-2021 08:44 Colecistectomia Hace 2 Años Hernia Umbilical Hace 2 Años Varisectomia De Pierna Derecha 16-10-2018 13:22 Colecistectomia, Herniorrafia Umbilical, Safenectomia Mid 18-12-2020 09:55

Antecedentes Traumáticos

Fracturas	Niega 17-11-2020 09:38
Otros	Niega 07-06-2021 08:44

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos	Niega 17-11-2020 09:38
Medicamentos	Niega Alergias O Reacciones Adversas A Cualquier Medicamento Recib

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
CITA ODONTOLÓGICA

	ido Hasta Ahora 07-08-2020 13:49 Niega Alergias O Reacciones Adversas A Cualquier Medicamento Recibido Hasta Ahora 18-12-2020 09:55 Niega Alergias O Reacciones Adversas A Cualquier Medicamento Recibido Hasta Ahora 23-01-2021 07:23
Otros	Niega 07-06-2021 08:44 Niega 18-02-2022 10:06 No Antecedentes Toxico Alérgicos Ni Quirúrgicos. 17-07-2019 13:15 Pacien Paciente Niega 25-08-2025 09:26

Antecedentes familiares

Diabetes mellitus	Hermana 17-11-2020 09:39 Hermana 25-08-2025 09:25
Otros	Desconoce 18-12-2020 09:55 Niega Otros 18-02-2022 10:06 Niega O Niega Otros Antecedentes Familiares 07-06-2021 08:44 No Refiere. No Refiere. 17-07-2019 13:15

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive	Madre Una Nietya Y 2 Bisnietos. 17-07-2019 13:27 Madre Madre Y Bisnieto 25-08-2025 09:25
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	No 17-07-2019 13:27
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	No 17-07-2019 13:27
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	No 17-07-2019 13:27
Vida sexual activa	No No Tiene Pareja. 17-07-2019 13:27
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	Si 17-07-2019 13:27 Urbana, Las Brisas 25-08-2025 09:25
Convivencia con animales (mascotas)	No 17-07-2019 13:27 Si, Gato 25-08-2025 09:25
Sabe leer	Poco 25-08-2025 09:25 Si 17-07-2019 13:27
Sabe escribir	Poco 25-08-2025 09:25 Si 17-07-2019 13:27
Vive solo	No 17-07-2019 13:27
Actividad física	Si 17-07-2019 13:27
Mas de un compañero sexual en el último año	No 17-07-2019 13:27
Pareja sexual estable	Si 17-07-2019 13:27
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	Ama De Casa. 17-07-2019 13:27
Método de planificación (vasectomia, barrera, otros)	Preservativo Siempre Es Lo Recomendado. 17-07-2019 13:27
Violencia y maltrato	Si El Esposo. 17-07-2019 13:27
Edad inicio de vida sexual	15 Años. 17-07-2019 13:27
Desplazado	Si, Santa Cecilia Rda , Grupos Armados. 17-07-2019 13:27
Habitos de Higiene (Oral y Corporal)	Si Buenos Hábitos. 17-07-2019 13:27
Otros	Niega 18-02-2022 10:06

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento: CC 42.054.948 **H.C.** 42054948 **Sexo:** Femenino
Fecha nacimiento: May.08/1953 **Edad:** 72 Años **Etnia:** Otros
Dirección: MZA 8 CASA 45 **Télefono:** **Estado Civil:** Viudo
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ocupación:** Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** LAS BRISAS
Atención: 16 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 09:23
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**
Información Persona Responsable: Nombre: **Télefono:**
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	ReemplazadoCaries	
32	TODO	ReemplazadoCaries	
33	TODO	ReemplazadoCaries	
34	TODO	ReemplazadoCaries	
35	TODO	ReemplazadoCaries	
36	TODO	ReemplazadoCaries	
37	TODO	ReemplazadoCaries	
38	TODO	Extraido	
41	TODO	ReemplazadoCaries	
42	TODO	ReemplazadoCaries	
43	TODO	ReemplazadoCaries	
44	TODO	ReemplazadoCaries	
45	TODO	ReemplazadoCaries	
46	TODO	ReemplazadoCaries	
47	TODO	ReemplazadoCaries	
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:

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento: CC 42.054.948 **H.C.** 42054948 **Sexo:** Femenino
Fecha nacimiento: May.08/1953 **Edad:** 72 Años **Etnia:** Otros
Dirección: MZA 8 CASA 45 **Télefono:** **Estado Civil:** Viudo
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ocupación:** Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** LAS BRISAS
Atención: 16 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 09:23
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**
Información Persona Responsable: Nombre: **Télefono:**
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: 1 **Grado de Riesgo:**Medio

INDUCCIÓN A LA DEMANDA:

Programa promoción y prevencion	
07	Adulto
15	Demanda Inducida a la Identificación Personal (RC ¿ TI ¿ CC)
16	Salud Oral

REMISIONES:

Especialidad: REHABILITADOR ORAL
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
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.

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento: CC 42.054.948
H.C. 42054948
Sexo: Femenino
Fecha nacimiento: May.08/1953
Edad: 72 Años
Etnia: Otros
Dirección: MZA 8 CASA 45
Télefono:
Estado Civil: Viudo
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Ocupación: Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda
Ciudad: PEREIRA
Barrio: LAS BRISAS
Atención: 16
Fecha: Ago.25/2025
Hora: 09:23
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: **Nombre:** **Télefono:**
Información Persona Responsable: **Nombre:** **Télefono:**
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	ReemplazadoCaries	
32	TODO	ReemplazadoCaries	
33	TODO	ReemplazadoCaries	
34	TODO	ReemplazadoCaries	
35	TODO	ReemplazadoCaries	
36	TODO	ReemplazadoCaries	
37	TODO	ReemplazadoCaries	
38	TODO	Extraido	
41	TODO	ReemplazadoCaries	
42	TODO	ReemplazadoCaries	
43	TODO	ReemplazadoCaries	
44	TODO	ReemplazadoCaries	
45	TODO	ReemplazadoCaries	
46	TODO	ReemplazadoCaries	
47	TODO	ReemplazadoCaries	
48	TODO	Extraido	

PREVALENCIA DE CARIES:

Cariados: 0 Obturados: 0 Caries no Cavitacional: 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

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

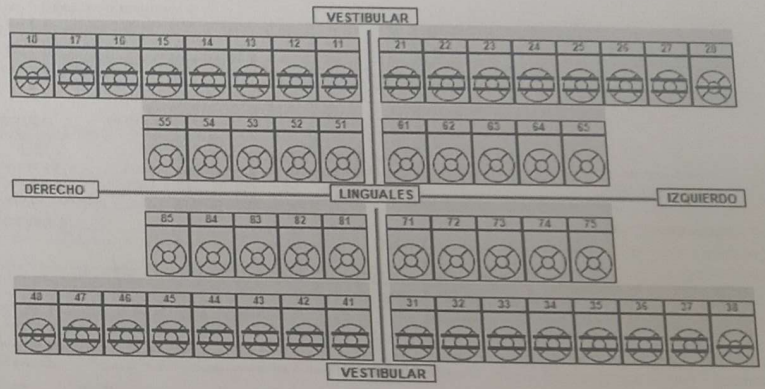
CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento: CC 42.054.948
H.C. 42054948
Sexo: Femenino
Fecha nacimiento: May.08/1953
Edad: 72 Años
Etnia: Otros
Dirección: MZA 8 CASA 45
Télefono:
Estado Civil: Viudo
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Ocupación: Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda
Ciudad: PEREIRA
Barrio: LAS BRISAS
Atención: 16
Fecha: Ago.25/2025
Hora: 09:23
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: **Nombre:** **Télefono:**
Información Persona Responsable: **Nombre:** **Télefono:**
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	

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento: CC 42.054.948
H.C. 42054948
Sexo: Femenino
Fecha nacimiento: May.08/1953
Edad: 72 Años
Etnia: Otros
Dirección: MZA 8 CASA 45
Télefono:
Estado Civil: Viudo
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Ocupación: Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda
Ciudad: PEREIRA
Barrio: LAS BRISAS
Atención: 16
Fecha: Ago.25/2025
Hora: 09:23
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc
Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: **Nombre:**
Télefono:
Información Persona Responsable: **Nombre:**
Télefono:
Parentesco:

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 BIOSEGURIDAD. PACIENTE ADULTO MAYOR DE CENTRO VIDA ORIENTE ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR PRIMERA VEZ. SE REALIZA APERTURA DE HISTORIA CLINICA, EDUCACION EN HIGIENE ORAL. AL EXAMEN CLINICO SE OBSERVAN ENCIAS INFLAMADAS Y ENROJECIDAS.PACIENTE SE ENCUENTRA EDENTULO TOTAL EN EL MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR, PRESENTA PROTESIS TOTAL SUPERIOR E INFERIOR DESADAPTADA, REFIERE QUE LAS TIENE HACE 15 AÑOS. 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. SE REALIZA MOTIVACION Y REFUERZO DE HIGIENE ORAL, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.SE PROCEDE A REALIZAR REMISION CON REHABILITACION ORAL. PACIENTE CONTROLADO. SE SOCIALIZA DERECHO Y DEBER DEL MES. SALE EN BUENAS CONDICIONES DE LA CONSULTA.

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: OLGA MUÑOZ DE BERMUDEZ

Documento: CC 42.054.948
H.C. 42054948
Sexo: Femenino
Fecha nacimiento: May.08/1953
Edad: 72 Años
Etnia: Otros
Dirección: MZA 8 CASA 45
Télefono:
Estado Civil: Viudo
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Ocupación: Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda
Ciudad: PEREIRA
Barrio: LAS BRISAS
Atención: 16
Fecha: Ago.25/2025
Hora: 09:23
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc
Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: **Nombre:**
Télefono:
Información Persona Responsable: **Nombre:**
Télefono:
Parentesco:

JULIANA MESA MURILLO
CC 1.004.775.786 Registro: 1004775786
ODONTOLOGO

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Olga Muñoz de Bermudez
EAPB: FamiSanar
N° identificación del adulto: 42'054-948
Nivel de Riesgo: Ninguno
Dirección domicilio: Mz 8 Casa 45 las Brisas
Cel: 313 615 02-36.

T/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 RESPONSAB
21-04-25	12:00	120/80	66	96	20	36.1	Valoración inicial	Aux. Diana G.
15-09-25	1et20	130/70	76	90	22	36.2	Toma signos vitales	Sandra Ibar

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

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR - MRC

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 22 M: 04 A: 25	Olga Muñoz	Mariana Vargas López

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR		
Abducción de hombro	5	5 = 10
Flexión de codo	5	5 = 10
Extensión de muñeca		
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	5	5 = 10
Extensión de rodilla	4	4 = 8
Dorsiflexión de tobillo	4	4 = 8
PUNTAJE TOTAL		46

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 cuenta con su fuerza muscular conservada, sin alteraciones manifiesta leve dolor en rodillas por la artrosis que le limita realizar la flexion completa, se recomienda mejorar la movilidad articular en rodillas y mejorar la fuerza muscular especialmente en el cuadriceps

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: 22 M: 04 A: 2025	Olga muñoz	Mariano Vargas

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

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

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

2. PONERSE DE PUNTILLAS

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

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

3. APOYO MONOPODAL

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

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

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

CONTROL POSTURAL REACTIVO

SUBPUNTUACIÓN: /6

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

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

- [x] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso 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	
[x]	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto	[x]	**(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 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: 11, 10 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

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 Olga Muñoz D'Ramos	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 42054943
GRUPO A201.	ENTREVISTADO POR Cristina Buend

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**.	3
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 Buend

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

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

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

NOMBRE COMPLETO: Olga Mery Bermudez	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 42.054.948
GRUPO: A201	EVALUADO POR: Cristina Bermudez
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 / MES: 04 / AÑO: 2025	

ORIENTACIÓN

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

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

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

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

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

MEMORIA

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

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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

· Repita esta frase: En un trigal habia 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

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

Sin deterioro cognitivo

Powered by CamScanner

CONTROL DE SIGNOS VITALES

Código: MGO 02-3
Versión: 01
Fecha: 22/10/2025

Nombre del adulto: Olga Muñoz de Bermudez
N° identificación del adulto: 42'054-948
Dirección domicilio: Mz 8 Casa 45 las Brisas

EAPB: FamiSanar
Nivel de Riesgo: Ninguno
Cel: 313 615 02-36

TA: Tensión arterial (mm Hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SAT02. Saturación 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	12:00	120/80	66	96	20	36.1	Valoración inicial	Aux. Diana G.
15-09-25	10+20	130/70	76	90	22	36.2	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
21-10-25	10+28	112/62	63	97	18	35.6	Toma signos vitales	Sandra Ibarra
11-11-25	11+22.	111/64	70	94	16	35.5	Toma signos vitales	Sandra Ibarra

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 14/05/2025

Ficha: 66001008564400000114

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OLGA

Apellidos: MUÑOZ BERMUDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 42054948

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/10/2019

Última actualización ciudadano: 04/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

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: NO ESTUDIO DX: ARTROSIS FECHA: 19-05-2025

NOMBRE: OLGA MUÑOZ EDAD: 72 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	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 ?	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 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	3,33%	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 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, y el éxito de su salud se debe a su actividad y trabajo desde muy joven

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta realizar de forma independiente sus AVD y de cuidado personal, lo cual se evidencia en su presentacion personal. Presenta deficiencia en la audicion por lo tanto utiliza audifonos

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con amigos y vecinos pertenecientes a los grupos de Adultos Mayores, iglesia y Centro Vida.

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

Argumenta realizar continuamente sus AIVD, se evidencia funcionalidad Fisica-Mental-Social

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Recien inicia al programa Centro Vida, igualmente asiste a otro programa de adulto mayor del barrio

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 3.33%/4,00% - SIN DIFICULTAD

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

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



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