Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: María Alicia Patiño

GRUPO: Azul JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3113805577

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

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

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

18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q			
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular			
VALORACION – AREA FISIOTERAPIA				
20	Cuestionario - Mini-BESTest	X		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	X		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit	—	—	No esta en Contrato
VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN				
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton	X		
24	Escala de Tinetti Modificada	X		
VALORACION – AREAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS/TRABAJO ASOCIATIVO Y EDUCACION				
25	Prueba de entrada - Área Ocupacional	X		
26	Prueba de entrada - Área Educación			
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 25 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias, Trabajo Social 1225072515

Responsable de la Verificación

(Nombres – Apellidos – Profesión – Tarjeta o Registro Profesional)

DOCUMENTO ESTRUCTURADO POR
LUIS ANTONIO CHALA JARAMILLO
Profesional en Gerontología
Esp. En Gerencia de Servicios de Salud

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 125

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 24 **MES** 5 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María Alicia Patiño Arcila

LUGAR DE NACIMIENTO: Pereira **FECHA: DIA** 07 **MES** 5 **AÑO** 1956

DIRECCIÓN: Cra 10 Bis # 3B-42

TELEFONO: 3113805577

EDAD: 68 **CATEGORIA SISBEN:** C8 **DESPLAZADO** — **EPS** Asmet Salud

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Libardo Rendon
DIRECCIÓN Dos Quebradas
TELEFONO 3136307633

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (x) -Sisben (x) -Otro (x)
Cuál Actas

Nombre del funcionario: Luz Nelly G.

C.T.A. MULTISER

Alcaldía de PEREIRA

APROBACION DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

El Comité de Admisiones del CENTRO VIDA ORIENTE haciendo uso de sus facultades profesionales que le confiere la Ley 1276 de 2009, aprueba o niega el cupo según el documento estudio de vulnerabilidad para el ingreso como beneficiario intramural del programa Centro Vida Pereira.

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres: María Alicia	Apellidos: Patiño Arcila
Documento de identidad: 34043416	Expedida: 07 Mayo 1956

Adulto mayor residente en la ciudad de Pereira, cumple con los siguientes requisitos fundamentales y los factores de riesgo:

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A	B	C X	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	—
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar	—	Sedentarismo	—
Ingresos económicos 1smlv	—	—	—	Violencia intrafamiliar	—	Tabaco	—
Disponibilidad de tiempo	Si X	—	No —	Signos de desnutrición	—	Ninguno	—

Por lo tanto el aspirante si X no — se encuentra en situación de vulnerabilidad para ser acogido por el programa CENTRO VIDA PEREIRA.

Se le aprueba X O se le niega — el cupo, a partir de la fecha: Día 24 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucia Alzate González
Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodríguez
Nombre Psicólogo(a)

Firma

Carolina R.

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 24/ MES 5 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____ PARENTESCO ——— /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Maria Alicia C.C 34.043.416

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 7 / M 5 / A 1956 Pereira / EDAD 68 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA cra 10 Bis # 3B-42 / BARRIO Berlin /

EPS Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN C8 / TIPO SANGRE O+ /

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

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

COMUNA Oriente / TELÉFONO FIJO ——— / CELULAR 3113805577 /

OCUPACIÓN: ACTUAL — / ANTERIOR — /

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

CUÁL: ——— / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Libardo Bendan /

DIRECCIÓN Dos Fuentes TELÉFONO 3136307633 PARENTESCO Hijo /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: — /

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

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS — / ANSIEDAD — / DEPRESIÓN — / DEMENCIA — /
OTRAS — / CUALES: — /

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: MUY BUENA — / BUENA X / REGULAR — / MALA — / MUY MALA — /

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1		—		
2		—		
3		—		
4		—		

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

5	—	—	—	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	X	—	—	—
PARIENTES	—	—	X	—
VECINOS	—	—	—	X
AMIGOS	—	X	—	X

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X/ SI —/

CUÁL? —/

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X/ SI —/

CUAL? /

TIENE ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO? NO X/ SI —/

CUAL? —/

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACIÓN —/ CULTURA —/ ARTES —/ MANUALIDADES —/

OTRAS: — CUÁLES: —/

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Ejercicios y manualidades /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

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

FAMILIARES —/ SUBSIDIO DEL ESTADO —/ AMIGOS — VECINOS —/

OTROS CUÁLES? —/

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. X

- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... ___
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... ___

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

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

VESTUARIO: SI X/ NO ~/ TRANSPORTE: SI ~/ NO ~/ RECREACIÓN: SI ~/ NO X/

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA ~/ FAMILIAR ~/ ARRENDADA X/ INVASIÓN ~/ CEDIDA ~/

PRESTADA ~/ NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR ~/ OTRO ~/

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

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

PUERTAS X/ VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO ~/ DIVISIONES ~/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES ~/ DORMITORIO COMPARTIDO ~/

DORMITORIO AISLADO ~/ HUMEDADES ~/ ILUMINACIÓN-VENTILACIÓN INTERNA DEFICIENTE ~/

VIVIENDA EN RUINA ~/ OTRA ~/

TODAS LAS ANTERIORES ~/ NINGUNA DE LAS ANTERIORES ___/

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

CENTRO VIDA: SI X/ NO ~/

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Lina Neira /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **Nº REGISTRO PROFESIONAL:** 35595833

C.T.A. MULTISER	FICHA DE INSCRIPCIÓN 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: Maria

SEGUNDO NOMBRE: Alicia

PRIMER APELLIDO: Patiño

SEGUNDO APELLIDO: Arcila

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: 07/ Mayo/ 1956

No. Documento 34043416

RANGO DE EDAD:

AÑOS CUMPLIDOS: 68

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

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: C8

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: Asmet Salud

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

1 [ ] 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? Mestizo

¿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 [X] 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 [X] SI ¿CUÁL(ES)? 1 _____
2 _____
2 [ ] 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

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

1 [ ] RURAL: VEREDA: —
NOMBRE DE LA FINCA: —

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Cra 10 Bis # 3B-42
BARRIO:

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3113805577 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Eduardo Bendon PARENTESCO: Hijo
TELÉFONO DE CONTACTO: 3136307633

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 [X] 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

Mejorar la calidad de vida

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

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Luz Neira

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
24	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O 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: Mario Alicia

APELLIDOS: Patiño Arcila

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 7 / MES: Mayo / AÑO: 1956

EDAD: 68 SEXO: F / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 34043416 / TIPO SANGRE: O+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Cra 10 Bis # 3B-42 / BARRIO: Berlin

COMUNA: Oriente / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3113805577 / PLAN FUNERARIO: MaPFre

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN C8

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: —

ALERGIA A MEDICAMENTOS: —

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Libardo Londoño

PARENTESCO: Hijo / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3136301695

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

DIRECCIÓN: cra 13 # 2E-04 Pereira / TELÉFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac612008@Hotmail.com

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

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

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 24 días del mes de mayo de año 2024

Firma: Maria Alicia PTV

Nombre: Maria Alicia PTV

Identificación: 34043416



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **34.043.416**

PATIÑO ARCILA
APELLIDOS

MARIA ALICIA
NOMBRES

María Alicia PTÑ.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1956**
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

03-AGO-1976 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2400100-00127654-F-0034043416-20081114 0005946337A 1 4540016578

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/05/2024

Ficha: 660011681382400000684

C8

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ALICIA

Apellidos: PATIÑO ARCILA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 34043416

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/05/2024

Última actualización ciudadano: 07/05/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	34043416
NOMBRES	MARIA ALICIA
APELLIDOS	PATIÑO ARCILA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	26/06/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/24/2024 15:58:03	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

Salud Pereira
¡Comprometidos con la vida!

Nit: 816.005.003-5

TRIAGE URGENCIAS - SERVICIO URGENCIAS

CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE SEGÚN RESOLUCIÓN 5596 DE 2015.

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE:

PATIÑO	ARCILA	MARIA	ALICIA
PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**

Tipo Documento: ~~CC~~ | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI **No.** 34.043.416 **Nº H.C.** 34043416

Entidad administradora: ASMETSALUD EPS SAS **Edad:** 67 Años **Sexo:** Femenino

Telefóno: 3113805577 **Dirección:** CRA 10B N 3 42

Admisión: **Fecha Clasificación:** Abr.23/2024 23:34

Prioridad: TRIAGE II (AMARILLO)

Motivo Consulta: DOLOR ABDOMINAL, DISTENSIÓN

Estado paciente: ÁLGICA, ANGUSTIADA

Camina por sus propios medios: **Piel:** **Estado de conciencia:**

Estado Hidratación: **Dificultad Respiratoria:**

Antecedentes Relevantes:

Hipertensión: No **Diabetes Mellitus:** No **Asma:** No **Infarto:** No **Enfermedad Cerebro Vascular:** No

Otros:

Sistemas: GASTROINTESTINAL

Signos y Sintomas: Dolor abd. localizado, constante o intermitente, tolerable por el paciente

Signos Vitales:

Frecuencia Cardiaca:	72	/ minRitmico	**Frecuencia Respiratoria:**	22	/ min	**Presión Arterial:**	180/80	mmHg
Temperatura:	36°	°C	**Pulso:**	72	/ min			
Concentración de Oxígeno en el Aire Inspirado:	21	%	**Saturación Oxígeno:**	96	%	**Glucometria:**		mg/dl
Glasgow:	15 / 15		**Frecuencia Cardiaca Fetal:**					

Destino: URGENCIAS

Causa de no atención por urgencias:

AURA VICTORIA BETANCUR S.
MEDICO GENERAL
C.C.42081017
R.M.101276-00

AURA VICTORIA BETANCUR SANCHEZ
CC 42.081.017 Registro: 721
MEDICINA GENERAL

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy **Admisión:** 274505

NOMBRE DEL PACIENTE PATIÑO ARCILA MARIA ALICIA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**Nº H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Telefóno:**	3113805577	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad administradora:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1

TRIAGE URGENCIAS - SERVICIO URGENCIAS

Clasificación del triage adoptada de la guía del Ministerio de Protección Social del 2009, Tomo III

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

Fecha Atención: 23 | 04 | 2024 (dd/mm/aaaa) **Fecha Clasificación:** Abr.23/2024 23:34 **Admisión:**

Prioridad: TRIAGE II (AMARILLO)

Motivo Consulta: DOLOR ABDOMINAL, DISTENSIÓN

Estado paciente: ÁLGICA, ANGUSTIADA

Camina por sus propios medios: **Piel:** **Estado de conciencia:**

Estado Hidratación: **Dificultad Respiratoria:**

Ant. Relevantes:

Hipertensión: No **Diabetes Mellitus:** No **Asma:** No **Infarto:** No **Enfermedad Cerebro Vascular:** No

Sistemas: GASTROINTESTINAL

Signos y Sintomas: Dolor abd. localizado, constante o intermitente, tolerable por el paciente

Signos Vitales:

Frecuencia Cardiaca:	72	/ min Ritmico	**Frecuencia Respiratoria:**	22	/ min	**Presión Arterial:**	180/80	mmHg
Temperatura:	36°	°C	**Pulso:**	72	/ min			
FIO2:	21	%	**SatO2:**	96	%	**Glucometria:**		mg/dl
Glasgow:	15 / 15		**Frecuencia Cardiaca Fetal:**					

Destino: URGENCIAS

Causa de no atención por urgencias:

AURA VICTORIA BETANCUR S.
MEDICO GENERAL
C.C.42081017
R.M.151275-90

AURA VICTORIA BETANCUR SANCHEZ
CC 42.081.017 Registro: 721
MEDICINA GENERAL

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy **Admisión:** 274505

NOMBRE DEL PACIENTE PATIÑO ARCILA MARIA ALICIA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**Nº H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Telefóno:**	3113805577	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad administradora:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1

ATENCIÓN INCIAL DE URGENCIAS

ATENCION: **FECHA** 23 | 04 | 2024 (dd/mm/aaaa) **HORA:** 23:42 (hh:mm) **Admisión:** 274505

CAUSA EXTERNA Enfermedad General **FINALIDAD:** No Aplica

Motivo consulta: LEUCORREA
DOLOR ABDOMINAL, DISTENSIÓN

Enfermedad actual: PACINETE FEMENINA EN LA 7 DECADA DE LA VIDA, QUIEN REFIERE QUE DESDE HACE 4 Y MEDIA HORAS PRESENTA DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLIO Y UENTE A NIVL DE HEMIABDOMEN INFERIOR, Y DE FLANCO DERECHO.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS . LEUCORREA
DOLOR ABDOMINAL, DISTENSIÓN
QX ; 1 CESAREA Y CIRUGIA DE CORRECCIÓN DEL TUNEL DEL CARPO.

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:

Aspecto del cuello
Sano

31-01-0019 00:00

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:

Gestas:	**Cesáreas:**	**Fecha Ultima mestruación:**	**Fecha Ultima citología:**
Partos:	**Vivos:**	**Fecha probable parto:**	**Resultado:**
Abortos:	**Menarca:**	**Fecha ultimo parto:**	**Metodo de planificación:**
Morfinatos:	**Menopausia:**	**Períodos o Ciclos:**	

Durante los embarazos previos a sufrido de:

EXAMEN FÍSICO:
Estado general: ÁLGICA, ANGUSTIADA

20

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy **Admisión:** 274505

NOMBRE DEL PACIENTE PATIÑO ARCILA MARIA ALICIA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**Nº H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Telefóno:**	3113805577	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad administradora:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1

Peso:	56 K	**Talla:**	150 cms	**IMC:**	24.9 Normal
Presión Arterial:	180/80	**Temperatura:**	36°°C	**Frecuencia Respiratoria:**	22 / min
Frecuencia Cardiaca:	72 / min	**Pulso:**	72 / min Arrítmico	**Escala Glassgow:**	15 / 15
FiO2:	21 %	**SAT02:**	96 %	**Glucometer:**	mg/dl

Causa no toma signos:

Causa no toma medidas:

ORGANOS Y SISTEMAS:

Cabeza	Normal	NORMOCÉFALA
Ojos	Evaluados	PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS
Fondo de Ojo	No Evalúo	
Oidos	Normal	
Nariz y senos paranasales	Normal	
Boca	Anormal	MUCOSAS SEMIHÚMEDAS
Garganta	Evaluados	SIN ALTERACIONES
Cuello	Evaluados	CUELLO MÓVIL, SIN MASAS NI ADENOPATÍAS, TIROIDES EUTRÓFICA
Mamas y axilas	Normal	
Tórax	Normal	
Pulmones	Normal	
Corazón	Evaluados	RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS
Abdomen	Evaluados	ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALTISMO +, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN MASAS NI MEGALIAS
Genitourinario	Normal	
Especuloscopia	No Evaluado	
Tacto vaginal	No Evaluado	
Tacto rectal	No Evaluado	
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Evaluados	EXAMEN NEUROLOGICO : CONCIENTE, ORIENTACION EN LAS TRES ESFERAS, GLASGOW DE 15, LENGUAJE CLARO, SIN SIGNOS MENINGEOS, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN NI DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE
Sistema Vascular periférico	Normal	
Sistema Osteomuscular	Normal	
Extremidades	Evaluados	SIN ALTERACIONES
Piel y faneras	Normal	
Otros	Normal	

DIAGNOSTICOS:

Diagnostico Principal	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado nuevo
Relacionado 1	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy **Admisión:** 274505

NOMBRE DEL PACIENTE PATIÑO ARCILA MARIA ALICIA

Tipo Documento: Cédula **Documento:** 34.043.416 **Nº H.C.** 34043416
Fecha nacimiento: May.07/1956 **Edad:** 68 Años **Sexo:** Femenino
Dirección: CRA 10B N 3 42 **Telefóno:** 3113805577 **Ciudad:** PEREIRA
Entidad administradora: ASMETSALUD EPS SAS **Etnia:**
Número de Ficha: **Nivel:** Nivel 1

ANALISIS:
CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE, HA TENIDO EPISODIOS DE ESTREÑIMIENTO.CIFRAS DE TA FUERA DE LO NORMAL. SE ORDENA SSN MAS BUSCAPINA COMPUESTA ENLEV Y SS EKG

CONDUCTA INICIAL:

Ordenes Médicas:
Conducta final: Alta
Diagnóstico al egreso:
Diagnostico Principal HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) **CODIGO:** I10X
Diagnostico de Salida HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) **CODIGO:** I10X
Condición al egreso:
Fecha: Abr.24/2024 **Hora (24H):** 00:01
Estado: **Incapacidad funcional:** **NO**
Servicio del Egreso: **Retiro Voluntario:** **NO**
Destino:

Causa Externa: 13 Enfermedad General

23:42 DEJAR EN DEFINIR CONDUCTA
DEJAR EN DEFINIR CONDUCTA
SSN 500 CC MAS BUSCAPINA COMPUESTA ENLEV
SS EKG
CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION INYECTABLE X 500ML administrar 500 Mililitros cada 1 A necesidad via INTRAVEN
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO/DIPIRONA SODICA (20MG+2.5MG)/5ML SOLUCION INYECTABLE administrar 1 Ampolla c
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD +
DIRECCIONAR A: Pendiente definir conducta

Rayos X - Imagenologia
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD + -

Medicamentos
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO/DIPIRONA SODICA (20MG+2.5MG)/5ML SOLUCION INYECTABLE, 1 Ampolla cada 1 Dosi
CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION INYECTABLE X 500ML, 500 Mililitros cada 1 A necesidad -

INDICACIONES:

Consulte si presenta signos de deshidratación tales como: resequedad en la boca, llanto sin lágrimas, ojos hundidos, disminución de la frecuencia para orinar, perdida de la elasticidad de la piel.
Consulte si presenta fiebre, mareo o dificultad para respirar.

21

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy **Admisión:** 274505

NOMBRE DEL PACIENTE PATIÑO ARCILA MARIA ALICIA

Tipo Documento: Cédula **Documento:** 34.043.416 **Nº H.C.** 34043416
Fecha nacimiento: May.07/1956 **Edad:** 68 Años **Sexo:** Femenino
Dirección: CRA 10B N 3 42 **Telefóno:** 3113805577 **Ciudad:** PEREIRA
Entidad administradora: ASMETSALUD EPS SAS **Etnia:**
Número de Ficha: **Nivel:** Nivel 1

Consulte si presenta cambios del hábito intestinal como diarrea o estreñimiento, materia fecal con sangre o delgada.
Consulte si presenta el abdomen "entamborado, hinchado"
Consulte si presenta nausea o vomito persistente, vomito con sangre.
Consulte si presenta cambios en el hábito urinario como: Ardor al orinar, orina con sangre, orina fétida y aumento o disminución de la frecuencia al orinar.
Consulte si presenta dolor pélvico asociado a retraso menstrual.
Consulte si presenta dolor severo posterior a tratamiento quirúrgico que no mejora con la analgesia.
Consulte si presenta dolor abdominal asociado a pérdida de peso.
Consulte si presenta dolor abdominal acompañado con sangre que sale por la vagina.
Consulte si presenta dolor localizado en el lado derecho del abdomen.
Consulte si presenta dolor fuerte en la parte superior, media o inferior del estómago o si el abdomen es muy sensible o duele fácilmente al tocarlo.
Consulte si presenta dolor tipo calambre en los músculos del estómago o estos se ponen duros.
Consulte si presenta dolor que se pasa para el pecho, cuello y hombro.
No se auto medique.
Haga ejercicio.
Consuma alimentos ricos en fibra, frutas y verduras.
Consuma abundante líquido.
Siga al pie de la letra todas las indicaciones y tratamiento que le ordena el médico.
Consulte si la piel se le torna amarilla (Ictericia).

AURA VICTORIA BETANCUR S.
MEDICO GENERAL
C.C.42081017
R.M.161275-90

AURA VICTORIA BETANCUR SANCHEZ
CC 42.081.017 Registro: 721
MEDICINA GENERAL

Salud Pereira
¡Comprometidos con la vida!

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA ALICIA PATIÑO ARCILA**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Atención:	43	**Fecha:**	May.16/2024	**Hora:**	10:55
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Motivo consulta: INGRESO PROGRAMA CRÓNICOS

OCUPACIÓN: AMA DE CASA
DIRECCIÓN: CARRERA 10 B NUM 3B42 BARRIO BERLIN
TEL: 311 380 5577

Enfermedad actual: PACIENTE DE 68 AÑOS, CON AP DE HTA CRONICA DE NOVO EN MANEJO MEDICO CON LOSARTAN TAB 50 MG CADA 12 HORAS (NO LO ESTA TOMANDO POR DESVANECIMIENTO) EN ADHERENCIA Y TOLERANCIA A MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO, INGRESA A CONTROLES DE RCV, ASISTE SOLA A CITA DE CONTROL. REFIERE SE HA SENTIDO BIEN, TOLERA LA VÍA ORAL. TIENE ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, NIEGA EFECTOS ADVERSOS. NIEGA FIEBRE, NIEGA PRECORDIALGIA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS.

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

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	No
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento ordenado para el tratamiento de su patología?	No
¿Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos?	No
¿Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos?	No
En caso de consumo de tabaco, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de licor, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de sustancias psicoactivas, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de estrés, ¿ha seguido las recomendaciones para disminuirlo o manejarlo?	Si
¿Ha seguido las recomendaciones respecto a la dieta indicada en control anterior?	Si
¿Hace ejercicio según lo recomendado?, indique las recomendaciones específicas en el campo observaciones	Si

No aplica, es ingreso.

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN:	11010 Hospital de Kennedy				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MARIA ALICIA PATIÑO ARCILA**				
Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Atención:	43	**Fecha:**	May.16/2024	**Hora:**	10:55
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

CLASIFICACION DEL RIESGO METABOLICO

Clasificacion del riesgo metabolico	Moderado	

EXAMEN FÍSICO ENF. CRON.

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad)	Normal	
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices)	Normal	
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena, exudado, papiledema, hemorragias)	Normal	
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, pterigion, hipoacusia)	Normal	
CUELLO (ingurgitacion yugular, soplo carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Normal	
CORAZÓN (arritmia cardiaca, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punto maximo impulso cardiaco)	Normal	RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, COINCIDE CON PULSOS PERIFÉRICOS, SIN SOPLOS.
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares)	Normal	MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Normal	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN PRESENCIA DE MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal	
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Normal	
PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Normal	
OSTEOMUSCULAR	Normal	
MENTAL	Normal	
OTROS	Normal	

TIPO DE POBLACIÓN

Paciente LGBTI	No

Medicamentos que Consume

ALERTAS - ANTECEDENTES

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA ALICIA PATIÑO ARCILA**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Atención:	43	**Fecha:**	May.16/2024	**Hora:**	10:55
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Antecedentes Enfermedades Crónicas

Accidente Isquémico Transitorio: No

Evento Cerebrovascular Isquémico: No

Evento Cerebrovascular Hemorrágico: No

Infarto Agudo de Miocardio(ST/No ST): No

Angina de pecho: No

Revascularización: No

Falla cardiaca: No

Enfermedad art periférica documentada: No

Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 0-30): No

Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 30-60): No

Hipertrofia ventricular izquierda: No

Retinopatia con Hemorragias/Exudados: No

Papiledema: No

Historia familiar de enfermedad cardíaca prematura (Primer Grado) : No
Mujeres < 65 Años
Hombres < 55 Años

Tabaquismo: No Observaciones:

Alcohol: No

No

Fecha Diagnóstico Hipertensión:

Fecha Diagnóstico Diabetes:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Aspecto del cuello

Sano

31-01-0019 00:00

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:

Ginecológicos

Antecedentes Ginecológicos:

Obstétricos

Antecedentes Obstétricos

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA ALICIA PATIÑO ARCILA**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Atención:	43	**Fecha:**	May.16/2024	**Hora:**	10:55
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

TEGNOLOGÍAS BLANDAS
NO
CORRESPONDE

Histórico para Seguimiento:

Fecha	Hora	Total		Titulo	Clasificación	Profesional

EXAMEN FÍSICO:

Estado general: INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO, BUEN ASPECTO GENERAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Peso:	55.5 K **Talla:** 156 cms	**Índice Masa Corporal**	22.8 Norma	**Perímetro abd (cms):**	86
Presión Arterial Sentada:	145/80	**Parada:**	/	**Acostada:**	/
Temperatura:	36.5° °C Axilar			**Frecuencia Respiratoria:**	18 / min
Frecuencia Cardiaca:	85 / min	**Pulso:**	/ min Rítmico	**Escala Glassgow:**	
Concentración de Oxígeno en el Aire Inspirado:		%		**Saturación Oxígeno:**	98 %
Glucometer:	mg/dl			**Perimetro Abdominal:**	86

Causa no toma signos:

Causa no toma medidas:

EXAMEN FÍSICO ENFERMEDADES CRONICAS

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad)	Normal
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices)	Normal
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena,	Normal

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA ALICIA PATIÑO ARCILA**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Atención:	43	**Fecha:**	May.16/2024	**Hora:**	10:55
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

exudado, papiledema, hemorragias)		
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, pterigion, hipoacusia)	Normal	
CUELLO (ingurgitacion yugular, soplo carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Normal	
CORAZÓN (arritmia cardiaca, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punto maximo impulso cardiaco)	Normal	RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, COINCIDE CON PULSOS PERIFÉRICOS, SIN SOPLOS.
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares)	Normal	MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Normal	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN PRESENCIA DE MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal	
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Normal	
PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Normal	
OSTEOMUSCULAR	Normal	
MENTAL	Normal	
OTROS	Normal	

CLASIFICACIÓN HIPERTENSIÓN: Grado 1 (140 - 159 / 90 - 99)

Escala de Framingham

Porcentaje de riesgo:

Riesgo corregido para Colombia:

Clasificación:

Históricos de escala de Framingham

Fecha	Porcentaje de riesgo	Riesgo corregido para Colombia	Clasificación

Resultados Laboratorio

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA ALICIA PATIÑO ARCILA**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Atención:	43	**Fecha:**	May.16/2024	**Hora:**	10:55
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Función Renal

Actual			Anterior	
Creatinina: .87	Fecha: 24-04-2024		Creatinina:	Fecha:
CG no corregida por SC: 54.98				CG no corregida por SC:
CG corregida por SC: 61.73				CG corregida por SC:
MDRD: 69.027	CKD-EPI: 68.93		MDRD:	CKD-EPI:
Estadio ERC (CG corregida por SC): 2				Estadio ERC (CG corregida por SC):
Superficie Corporal (Dubois-Dubois) (m^2): 1.541				Peso Anterior (kilos):

DELTA POR AÑO (CG no corregida por SC)

Delta: Interpretación:

DELTA POR MES (CG no corregida por SC)

Meses: Delta: Interpretación:

TFG ESTIMADA PARA LA EDAD (> 60 años)

Cockcroft-Gault.: 53 Interpretación:

Química

Uroanálisis: Normal Fecha: 24-04-2024

Perfil Lipídico

Colesterol:	210	Fecha:	24-04-2024
HDL:	48.12	Fecha:	24-04-2024
LDL:	148.68	Fecha:	
Triglicéridos:	66	Fecha:	24-04-2024
Potasio:	4.4	Fecha:	24-04-2024
HbA1cl:	5	Fecha:	24-04-2024
Glicemia:	90.55	Fecha:	24-04-2024

Hematología/Hormonas

Cuadro Hemático

Hemoglobina: 12.17 Hematocrito: 38.15

Leucocitos: Neutrofilos:

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA ALICIA PATIÑO ARCILA**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Atención:	43	**Fecha:**	May.16/2024	**Hora:**	10:55
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

	6.17		47
Linfocitos:	41.42	Plaquetas:	239000
Otros:	24/04/2024 TSH 3.48		

Hormonas

Imagenologia

Factores de Riesgo

Mujeres > 65 años o Hombres > 55 años?	Si	Sexo masculino	No	Tabaquismo:	No
Historia familiar de enfermedad Cardíaca prematura (Primer Grado)? Mujeres < 65 Años Hombres < 55 Años			No		
Dislipidemia (Cualquiera)? Colesterol Total > 190 mg/dL o Colesterol LDL > 115 o Colesterol HDL Mujeres < 46 mg/dL, Hombres < 40 mg/dL o Triglicéridos > 150			Si		
Glucemia ayunas >= 100 o <= 125 mg/dL			No		
Prueba de tolerancia oral a la glucosa a las 2 horas (ptog) >= 140 o <= 199			No		
Perimetro abdominal (cm):	86	Mujeres > 88 cm, Hombres > 102 cm:	No		
Obesidad?	No	Alcohol:	No		
Sedentarismo?	No	Total de factores de riesgo (F de R):	2		

Lesión de Órgano Blanc

Hipertrofia ventricular izquierda

EKG Sokolow (35 mm)	No	EKG Cornell (> 20 mm Mujeres y > 28 mm Hombres)	No
Cornell voltaje / duración Mayor de 2.440 mm/ms	No	Antecedente Hipertrofia ventricular izquierda	No
Enfermedad carotidea por ecodoppler: Grosor de la íntima + medida > 0.9mm o placa	No	Ecocardiografía	No

Enfermedad renal crónica

Albuminuria: Proteínas en orina 24h 30 a 300 mg/dL	No
Relación Albuminuria / Creatinuria (>= 30 - <= 300 mg/g)	No
Indice brazo-tobillo por Doppler < 0.9	No
Lesión de órgano blanco (LOB):	No

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA ALICIA PATIÑO ARCILA

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Atención:	43	**Fecha:**	May.16/2024	**Hora:**	10:55
Causa externa:	Otra		**Finalidad:** No Aplica		

Diabetes mellitus (DM)

Diabetes Méllitus (DM)	No	Diagnóstivo Nuevo?	No
Hemoglobina Glicosilada Controlada	Si	Hemoglobina Glicosilada no Controlada	No

Presión Arterial

Sentada	Parada	Adicional	Promedio
PAS/PAD: 145 80	**PAS/PAD:**	**PAS/PAD:**	**PAS/PAD:** 145 80

VALORACIÓN VISUAL

Medición sin Anteojos

Ojo Derecho: **Ojo Izquierdo:** **Ambos:**

Medición con Anteojos

Ojo Derecho: **Ojo Izquierdo:** **Ambos:**

Observaciones:

ANALISIS:

PACIENTE EN LA SEPTIMA DÉCADA DE LA VIDA, CON ANTECEDENTES DESCRITOS, ASISTE A CONTROL, TIENE PARACLÍNICOS DE ABRIL 2024 YA REPORTADOS. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CON SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS. TIENE RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO, TFG DE 68.9 SEGÚN CKD-EPI, HDL FUERA DE METAS, LDL FUERA DE METAS.

PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES EN LIMITE SUPERIOR DADO QUE LA PACIENTE REFIERE QUE FUE DIRIGIDA DE URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA SIN PREVIO DIAGNOSTICO DE HTA, ASINTOMATICA, TIENE REPORTE HEMOGRAMA SIN ALTERACIONES, FUNCION RENAL CONSERVADA, UROANALISIS NO PATOLOGICO, PERFIL LIPIDICO CON LDL FUERA DE METAS SE INICIA ESTATINA A DOSIS ALTAS, GLICEMIA EN AYUNAS Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA SIN ALTERACIONES, TSH NORMAL, SE SOLICITAN PARACLÍNICOS DE TAMIZAJE PARA CA DE MAMA, CA DE COLON, HEPATITIS C SIGUIENDO LINEAMIENTO DE RESOLUCIÓN 3280, CONTROL DE RESULTADOS POR PROGRAMA DEL ADULTO Y VEJEZ SANO SIN VALORACIONES POR RUTA CARDIOVASCULAR CON MEDICINA INTERNA, NUTRICION, PSICOLOGIA, TERAPIA FISICA POR EL MOENO NO REQUIERE VALORACION DADO QUE SE SOLICITA MAPA PARA DEFINIR DIAGNOSTICO DE HTA, SE SOLICITA VALORACION POR OFTALMOLOGIA, SE PROGRAMA CITA DE CONTROL CON RESULTADOS, SE REALIZA FÓRMULA MÉDICA, SE BRINDAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS, SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE. SE EXPLICA CLARAMENTE CONDUCTA AL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

SIGNOS DE ALARMA:
CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO DE INICIO SÚBITO, ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL, SI SE LE DESVÍA LA COMISURA LABIAL O PIERDE FUERZA EN LA EXTREMIDADES, DOLOR INTENSO,

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: **MARIA ALICIA PATIÑO ARCILA**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Atención:	43	**Fecha:**	May.16/2024	**Hora:**	10:55
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

OPRESIVO EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SI VOMITA SANGRE, SI TIENE DEPOSICIONES ABUNDANTES CON SANGRE, O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA QUE LE PREOCUPE.

RECOMENDACIONES:
SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ALIMENTACIÓN RICA EN FRUTAS, VERDURAS, AGUA, CARNES BLANCAS, CAMINATA DIARIA DE 20 A 30 MINUTOS POR LO MENOS 3 VECES POR SEMANA, REALICE ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR POR LOS MENOS DOS VECES POR SEMANA , EVITAR BEBIDAS OSCURAS, EMBUTIDOS, FRITOS, HIGIENE DE HÁBITO DEL SUEÑO Y POSTURAL, FOTOPROTECCIÓN, CUIDADOS PARA LA SALUD VISUAL Y AUDITIVA , RIESGO DEL CONSUMO DE SPA , EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO.

DIAGNOSTICOS:

Diagnostico Principal	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	**TIPO DIAGNOSTICO** Impresión diagnóstic

Adherencia a la Guía: Si

CONDUCTA:

Orden de laboratorio

HEPATITIS C ANTICUERPOS MANUAL -

SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA + - TAMIZAJE CA DE CC

Rayos X - Imagenologia

MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA - PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES FUERA DE METAS SIN

XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA, BILATERAL - TAMIZAJE CA DE MAMA .

EMISIONES:

Especialidad: OFTALMOLOGIA
Diagnóstico: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

INDICACIONES:

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

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

Recuerde presentar siempre la última fórmula de medicamentos.

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

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

Salud Pereira
¡Comprometidos con la vida!

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN:	11010 Hospital de Kennedy				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**MARIA ALICIA PATIÑO ARCILA**				
Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.043.416	**H.C.**	34043416
Fecha nacimiento:	May.07/1956	**Edad:**	68 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 10B N 3 42	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	
Atención:	43	**Fecha:**	May.16/2024	**Hora:**	10:55
Causa externa:	Otra		**Finalidad:** No Aplica		

Si usted presenta obesidad o sobrepeso se recomienda bajar de peso.
Se recomienda automonitoreo de la presión arterial en casa.

MELISSA GONZALEZ M.

MELISSA GONZALEZ MONTOYA
CC 1.088.348.024 Registro: 1088348024
MEDICINA GENERAL

NOTA ACLARATORIA:

SE DA ORDEN DE ATORVASTATINA

Medicamentos

ATORVASTATINA 40MG TABLETA RECUBIERTA, Tableta cada - 3 MESES

MELISSA GONZALEZ M.

MELISSA GONZALEZ MONTOYA
CC 1.088.348.024 Registro: 1088348024
MEDICINA GENERAL

Registro:

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

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 14 MES: 12 AÑO: 2024

NOMBRES – APELLIDOS: MARIA ALICIA PATIÑO

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

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

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

INTERPRETACION

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

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

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

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

ANALISIS DEL RESULTADO: USUARIO SIN DIFICULTAD PA RAR REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS _____

Diana Galeano R. — Manuel Alvarez P.

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO ***FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO***

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

13

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Patiño Arcila Nombre: Maria Alicia

Sexo: F Edad: 68 Peso, kg: 56.5 Altura, cm: 151 Fecha: 19/06/24

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

Cribaje

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

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso → 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 patiente
- productos lácteos al menos una vez al día? sí ☐ no ☐
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí ☐ no ☐
- carne, pescado o aves, diariamente? sí ☐ no ☐

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación del estado nutricional

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

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

® Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.

Para más información: www.mna-elderly.com

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

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

NOMBRE _____. **FECHA** _____

PESO 56.5 **TALLA:** 151 **IMC:** 24.8

Peso Adecuado
PB: 26.5
PB: 35.5 → Adecuada masa muscular

FIRMA USUARIO: María Alicia PTV.

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

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: 1 /	MES: 11 /	AÑO: 2024 /
NOMBRE COMPLETO: María Alicia Patiño.		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 39043476.	
GRUPO: Centro Vida, Oriente		ENTREVISTADO POR: Yomara Quintero.	

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**.	0.
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: Yomara Quintero.