Alcaldía de PEREIRA

TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01

Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

FECHA:

Nombre completo: María Alicia Patiño	Documento de identidad: 34093416
Grupo: Centro Vida Oriente	Examinado por: Yicenera Quintero.

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

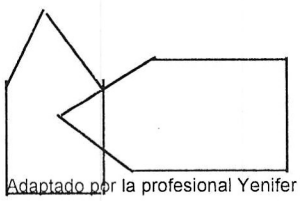
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando?
  5 **5**
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás
  2 **3**

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?
  2 **3**

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj
  2 **2**
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros
  1 **1**
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?
  ¿Qué son el rojo y el verde?
  1 **2**
- ¿Que son un perro y un gato?
  3 **3**
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa
  1 **1**
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS
  1 **1**
- Escriba una frase
  0 **1**
- Copie este dibujo
  1 **1**



30-27 sin deterioro 32
26-25 deterioro cognitivo leve
24-10 demencia leve
9-0 demencia

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

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

FECHA DE EVALUACION: DIA: 16 / MES: Septiembre AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Alicia Patiño / C.C: 34.043.016

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. **Familia:** se define como el o los individuos con quien usted usualmente vive. Si usted vive solo, ahora su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene lazo emocional más fuerte. Para cada pregunta **MARCA SOLO UNA "X"** a la que parezca aplicar para usted.

Aspecto Evaluado	Nunca (0 PTOS)	Casi Nunca (1 PTO)	Algunas Veces (2 PTOS)	Casi Siempre (3 PTOS)	Siempre (4 PTOS)
1- Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad – ***(ADAPTACION)***	☐	☐	☐	☐	☒
2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – ***(PARTICIPACION)***	☐	☐	☒	☐	☐
3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – ***(AFECTO)***	☐	☐	☐	☒	☐
4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – ***(CRECIMIENTO)***	☐	☐	☐	☐	☒
5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – ***(RESOLUCION)***	☐	☐	☐	☒	☐

ANALISIS RESULTADO:

Al analizar la puntuación de 16 en la aplicación del Family APGar. Este resultado refleja una fuerte conexión emocional significativamente al bienestar y desarrollo personal el individuo se siente incluido en las decisiones familiares.

Luz Neine – Trabajadora Social

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 35545888

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

Pm - D2 JC

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR COOPERATIVA MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE FICHA DE VALORACIÓN CAPACIDAD FÍSICA	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 12-preguntas, Administrada-proxy

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud que tiene la persona sobre la que usted está respondiendo en su papel de amigo, pariente o cuidador. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido o tiene su amigo, o la "persona" sobre la que usted está respondiendo, para realizar las siguientes actividades Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

H4*	Yo soy _____(seleccione) de esa persona Maria Alicia Patiño Arcila 68 años	1 =	Esposo o esposa	5 =	Otro relacionado
		2 =	Padres	6 =	Amigo
		3 =	Hijo o Hija	7 =	Cuidador profesional
		4 =	Hermano o hermana	8 =	Otro (especifique)

* Preguntas H1-H3 aparecen al final del cuestionario.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido la "persona" para:						
S1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S2	Cumplir con sus quehaceres de la casa?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S3	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S4	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)?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S5	Cuánto le ha afectado a la "persona" emocionalmente su "condición de salud"?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente

https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_fa797e01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documents.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyYZDIPVvag/content/?c=force&a=false

13-06-2024.

Powered by CamScanner

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

12
Proxy

	En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido la "persona" para:						
1	S6	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
2	S7	Andar largas distancias, como un kilómetro (o algo equivalente)?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
3	S8	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
3	S9	Vestirse?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
4	S10	Relacionarse con personas que no conoce?	Ninguna	Leve	Moderada 3	Severa	Extrema /no puede hacerlo
4	S11	Mantener una amistad?	Ninguna	Leve	Moderada 3	Severa	Extrema /no puede hacerlo
5	S12	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo

H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	*Anote el número de días* 8
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	*Anote el número de días* 3
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	*Anote el número de días* 8

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

https://biadmin.cibersam.es/intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_fa797e01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documenta.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyYZDIPVvag/content/?c=force&a=false

Powered by CamScanner

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR COOPERATIVA MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE FICHA DE VALORACIÓN CAPACIDAD FÍSICA	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

DIAGNOSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Dx: colesterol alto. No tiene ninguna enfermedad
Vive sola. tuvo 1 relación U.L, separada, tuvo 4 hijos (3H, 1M), 2 nietos, 1 bisnieto (1 hijo CH) Buena relación. Primer hogar tuvo 3 hijos (1 mujer, 2 hombres). Actualmente tiene 2 hijos (H.). Económicamente la apoyan dos hijos.

* El area mas afectada es la de relacionarse con personas que no conoce, las AVD y participación social, su dificultad de forma leve., las demas areas no presenta ninguna dificultad.

x Plan de Intervención:
Plan integral centrado en la persona.
Se recomienda enfocar en actividades donde tenga que interactuar con los demás

Afectación o dificultad por área:

1. Cognitivo: Ninguna
2. Movilidad: Ninguna
3. Autonomia: Ninguna
4. Relacionarse con personas que no conoce: Moderada
5. AVD: leve
6. Participación social: leve

Profesional: _____

Firma o huella paciente: Maria Alicia PTO:

https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_fa797e01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documenta.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyYZDiPVwag/content/?c=force&a=false

Powered by CamScanner

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

ACTIVIDAD: La Ley 1276 de 2009, establece nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los Centros Vida. Esta ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de las categorías A1 a C18 del SISBÉN IV, contribuyendo así, a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Los servicios mínimos que ofrecerán los Centros Vida serán los siguientes:

SERVICIO	SI	NO
1. Alimentación.	X	
2. Orientación Psicosocial.	X	
3. Atención Primaria en Salud.	X	
4. Aseguramiento en Salud.	X	
5. Deporte, Cultura y Recreación.	X	
6. Auxilio Exequial.	X	
7. Manutención de alimentos	X	
8. Otras.	X	

DESCRIPCIÓN

De los posibles riesgos en las actividades y las que pudieran derivarse:

- Caída, especialmente en la zona húmeda, por lo que se recomienda hacer uso de sandalias.
- Lesión durante la realización de las actividades deportivas, recreativas, culturales y de manualidades, se recomienda seguir todas las indicaciones de los profesionales encargados de las actividades.
- Si presenta una patología de base pueden existir diferentes posibilidades de riesgo en la ejecución de las actividades anteriormente mencionadas, sin embargo, los profesionales tendrán presente estas en el momento de elaborar los planes de intervención y comunicarán las indicaciones pertinentes y/o restricciones de considerarlo necesario, con la intención de prevenir contratiempos.

Yo, María Alicia Patiño Arcila, con cedula N° 34.043.416, entiendo que las actividades a realizar arriba descritas implican tener beneficios para mi salud además de la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas, según fui informado en detalle por parte de los orientadores de las actividades. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante las actividades y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo posible.

Firmado en la ciudad de: Pereira a los 24 del mes de Mayo del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: María Alicia P.

Firma – cedula - huella del acudiente: _____

Firma - cedula del orientador: Luz Nelly 35545878

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

Fecha de valoración: 4/06/24
Nombre del paciente: Maria Alicia Patiño
Identificación del Paciente: 34043416 **Ocupación:** Ama de casa
Fecha de Nacimiento: 07-Mayo 1956 **Edad:** 68

- Quienes forman su hogar Sola
- Antecedentes Patológicos ninguno
- Discapacidad Mental no
- Antecedentes Familiares no
- Ultimo control méduico Cuando me enfermo
- Ayudas técnicas: audífono ___ lentes _X_ Placa dentaria ___ Muletas ___ Silla de ruedas ___ bastón___ Prótesis___ Marcapasos ___ Otro:_____
- Habitos de consumo nocivos: alcohol ___ tabaco ___ drogas ___ frecuencia:_____
- Medicamentos: no

Nombre del medicamento_____
Dosis: _____
Frecuencia_
¿Desde cuándo?_____
Nombre del medicamento_____
Dosis: _____
Frecuencia_
¿Desde cuándo?_____
Nombre del medicamento_____
Dosis: _____
Frecuencia_
¿Desde cuándo?_____

• SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD						
¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural __ Buena __ Muy Buena ✓					
¿Por qué suele acudir al médico?	Si me duele algo					
¿Confia en las opiniones médicas?	Si					
• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES						
PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	✓	FRECUENCIA	
Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	✓	FESCUENCIA	
¿Se diente apoyado y comprendido por su familia?	SI		NO	✓	¿POR QUÉ?	
FAMILIARES						
¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Sola					
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Buena					
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Si					
¿Participa de reuniones familiares?	Si					
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	Si					
SOCIALES						
¿Tiene amigos?	Si					
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	Cuando puedo					
¿Hace parte de algún grupo?						
• SEXUALIDAD						
MUJER		**HOMBRE**				
¿tiene vida sexual activa? Si___ No _X_		¿tiene vida sexual activa? Si___ No ___				

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

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

Última menstruación 30 AÑOS	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No___
Ultima citología 7 AÑOS	¿Presenta secresiones inusuales? Sí___ No___
¿Se practica examen de seno? Si X No__ Por qué NUNCA	¿Se ha realziado examen de próstata? Si__ No __ Por qué
• **ELIMINACIÓN**	
¿Presenta dificultad para orinar? Si__ No X	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No X
¿Con que frecuencia orina? DIARIO	¿Con que frecuencia realiza deposición? DIARIO
¿Despierta en la noche para orinar? Si__ No X A veces___	¿Salida involuntaira? Si__ No X A veces___
¿Color inusual? Si__ No X cual ¿Olor inusual? Si__ No X cual	¿ultiza ayudas para defecar? Si__ No X A veces___ Cual
¿Presenta retención de la orina? Si__ No X A veces___	
¿Salida involuntaira de la orina? Si__ No X A veces___	
¿Presenta dolor al orinar? Si__ No X A veces___	
• **SUEÑO**	• **ACTIVIDAD FISICA**
¿Cuántas horas duerme? 8 NOCHE	¿Presenta fatiga? Si__ No X ¿con que actividad?
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO	¿Presenta dolor en el torax? Si__ No X ¿Cuándo?
¿sufre de insomnio? NO	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si__No__ ¿Cuándo?

• **SIGNOS VITALES**					
Frecuencia cardiaca	70	Frecuencia respiratoria	19 X 1	Presión arterial	120 / 60

• **NIVEL DE MOVILIDAD**	
Completamente inmóvil _____	Ligeramente limitado _____
Muy limitado _____	No requiere aydua X

• **CAÍDAS**

Teme usted caerse si X no __

Ha presentado caídas en el último año si__ no X cuántas_____

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

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

Tiempo en segundos de permanencia en el piso _____

Necesitó ayuda para levantarse si ___ no___

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si___ no___ lugar de la consulta _____

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

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

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

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

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

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

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

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

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

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

PUNTAJE: 11

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (máx. 12).

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (máx. 28).

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

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

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

PUNTAJE TOTAL: 16

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

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

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

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

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

(Señale el nivel de depencia según el puntaje obtenido)

PUNTAJE TOTAL: 100%

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

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

DIAGNOSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Paciente consciente orientada conbuen patron no tiene patologias

Profesional: Angie Contreras

Firma o huella paciente: x María Alicia PIN.



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

Alcaldía de
PEREIRA

C.T.A. MULTISER

CENTRO VIDA ORIENTE

Mini-BESTest: Test de evaluación de los sistemas de equilibrio

Nombre / código del sujeto	Fecha	Evaluador/a
María Alicia Patiño	19/06/24 PM	Valentina Galeano Sara Sofía Llanos G

ANTICIPATORIO

SUBPUNTUACIÓN: 4 /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 piernas se 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. Intente ponerse 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: Tpo en s Prueba 1:	Prueba 2:	Dcha: Tpo en s Prueba 1:	Prueba 2:
[ ] (2) Normal: 20 s		[ ] (2) Normal: 20 s	
[ ] (1) Moderado: < 20 s		[ ] (1) Moderado: < 20 s	
[x] (0) Grave: incapaz		[x] (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 /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 (cruza- do o lateral es correcto).	[x] (2) Normal: recupera de forma independiente con un paso (cruza- do o lateral es correcto).
[ ] (1) Moderado: varios pasos para recuperar el equilibrio.	[ ] (1) Moderado: varios pasos para recuperar el equilibrio.
[ ] (0) 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 /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: 30"

[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 sus ojos"

Tiempo en segundos: 30"

[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: 30"

[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: 8 /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. Cuando 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 pueda y 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 alrededor y siga caminando".

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

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

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

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

TUG: segundos TUG doble tarea: 11" 13 segundos 9 4 3,1

[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: 24 /28

Alcaldía de
PEREIRA

C.T.A. MULTISER

CENTRO VIDA ORIENTE

Instrucciones para el Mini-BESTest

Condiciones del sujeto: el sujeto debería ser valorado con zapatos planos O sin zapatos ni calcetines.

Equipamiento: Gomaespuma Temper® (también llamada T-foam™ de 10 cm de grosor, densidad media (T41, clasificación de firmeza), silla sin reposabrazos o ruedas, rampa inclinada, cronómetro, una caja (de 23 cm altura) y una marca con cinta adhesiva a 3 metros de distancia de la silla, pegada en el suelo.

Puntuación: El test tiene una puntuación máxima de **28 puntos para 14 ítems,** valorados cada uno de ellos de 0 a 2.

"0" indica el nivel de función más bajo y "2" el nivel de función más alto.

Si un sujeto necesita asistencia para un ítem, puntúe ese ítem una categoría más baja. Si un sujeto requiere asistencia física para realizar el ítem, puntúe "0" para ese ítem.

Para el Ítem 3 (de pie en una pierna) e Ítem 6 (paso compensatorio-lateral) sólo se incluye la puntuación para un lado (la peor puntuación). Para el Ítem 3 (de pie en una pierna) seleccione el mejor tiempo de los dos registros (para un lado) para la puntuación.

Para el Ítem 14 (Test Up & Go cronometrado con doble tarea) si la persona camina lentamente más de un 10% entre el TUG sin y con doble tarea, entonces la puntuación debe disminuir en un punto.

1.SENTADO A DE PIE	Anote el inicio del movimiento y el uso de las manos del sujeto en la silla, los muslos o el empuje de los brazos hacia delante.
2.PONERSE DE PUNTILLAS	Permita al sujeto dos intentos. Puntúe el mejor de ellos. (Si sospecha que el sujeto consigue menos que la máxima altura, pídale alzarse mientras coge las manos del examinador). Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante.
3.MANTENERSE EN UNA PIERNA	Permita al sujeto dos intentos y registre los tiempos. Registre el número de segundos que el sujeto puede sostenerse, hasta un máximo de 20 s. Pare el tiempo cuando el sujeto mueva las manos de sus caderas o ponga un pie abajo. Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante. Repita del otro lado.
4.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-HACIA DELANTE	Sitúese delante del paciente con una mano en cada hombro y pídale inclinarse hacia delante. (Asegúrese de que haya espacio libre para dar un paso). Solicite al sujeto que se incline hasta que sus hombros y caderas estén frente a los dedos de los pies. Después de que sienta el peso del sujeto en sus manos, bruscamente quite su apoyo. El test debe producir un paso. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
5.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-HACIA ATRÁS	Sitúese por detrás del paciente con una mano en cada escápula y pídale inclinarse hacia atrás (Asegúrese de que hay espacio libre para dar un paso atrás.) Pida al paciente que se incline hasta que sus hombros y caderas estén por detrás de sus talones. Después de que sienta el peso del sujeto en sus manos, bruscamente quite su apoyo. El test debe producir un paso. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
6.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-LATERAL	Sitúese de lado al sujeto, coloque sus manos en la hemipelvis homolateral del sujeto. Pídale que se incline hasta que la línea media de la pelvis esté por encima del pie dcho (o izdo) y después quite bruscamente su apoyo. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
7.DE PIE (PIES JUNTOS), OJOS ABIERTOS, SUPERFICIE FIRME	Registre el tiempo que el sujeto es capaz de estar de pie con los pies juntos hasta un máximo de 30 segundos. Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante.
8.DE PIE (PIES JUNTOS), OJOS CE- RRADOS, SUPERFICIE GOMAES- PUMA	Use una gomaespuma de densidad media tipo Tempur® de 10 cm de grosor. Asista al sujeto para colocarse sobre ella. Registre el tiempo que el sujeto ha sido capaz de estar en esa condición hasta un máximo de 30 segundos. Entre los dos intentos el sujeto se coloca fuera de la gomaespuma. Dé la vuelta a la gomaespuma entre registros para que el material recupere su forma original.
9.INCLINADO OJOS CERRADOS	Ayude al sujeto en la rampa. Una vez que haya cerrado los ojos, comience a contar el tiempo y regístrelo. Anote si hay una oscilación excesiva.
10.CAMBIOS EN LA VELOCIDAD	Permita al paciente dar entre 3 y 5 pasos a una velocidad normal y después diga "rápido". Después de 3-5 pasos rápidos, diga "despacio". Permita de 3 a 5 pasos antes de que el sujeto pare de caminar.
11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA - HORIZONTAL	Permita al sujeto alcanzar su velocidad normal y dé las órdenes "dcha, izda" cada 3-5 pasos. Registre si ve algún problema en cualquier dirección. Si el sujeto tiene limitaciones cervicales, permita movimientos combinados de cabeza y tronco.
12.CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE	Muestre un giro de pivote. Una vez que el sujeto camine a velocidad normal, diga "gire y pare." Cuente el número de pasos para "girar" hasta que el sujeto esté estable. El desequilibrio puede evidenciarse por una bipedestación con una base amplia, pasos extra o movimiento del tronco.
13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁ- CULOS	Coloque dos cajas de zapatos encintadas juntas (de 23 cm de altura cada una de ellas) a 3 metros de donde el sujeto comenzará a caminar..
14. TEST UP & GO CRONOMETRADO CON DOBLE TAREA	Use el TUG cronometrado para determinar los efectos de la tarea dual. El sujeto debe caminar una distancia de 3 metros. TUG: El sujeto ha de estar sentado con su espalda en contacto con el respaldo. Se le cronometrará desde el momento en el que diga "vaya" hasta que vuelva a sentarse. Pare el tiempo cuando las nalgas del sujeto estén en el asiento y su espalda contra el respaldo. La silla debe ser firme sin reposabrazos. TUG con doble tarea: Mientras esté sentado estime cómo de rápido y seguro el sujeto puede contar hacia atrás de 3 en 3 comenzando en un número entre 100-90. Después, pida al sujeto que cuente desde un número diferente y tras varios números diga "vamos". Registre el tiempo desde desde que dice "vamos" hasta que el sujeto vuelva a la posición sentada. Puntúe la tarea dual que afecta al contar o al caminar si la velocidad de marcha se enlentece (>10%) con respecto al TUG y /o nuevos signos de desequilibrio.

©2005-2013 Oregon Health & Science University. Reservados todos los derechos.

En la traducción y adaptación han participado: Dominguez-Olivan, P. Serrano-Del-Rio, P. Fernandez-Simon, F. Fisioterapeutas del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (España). Bengoetxea, A. Fisioterapeuta. Université Libre de Bruxelles. Bolea-Moll, D. Traductor e intérprete. Traducción aprobada por F. Horak en 2017.

VALORACIÓN DE FUERZA MUSCULAR GLOBAL MRC – 19 JUNIO 2024

CENTRO VIDA ORIENTE – ÁREA DE FISIOTERAPIA – SARA SOFÍA LLANOS.

USUARIO	MARIA ALICIA PATIÑO	
JORNADA	TARDE	
ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)		
MIEMBRO SUPERIOR		
	IZQUIERDO	**DERECHO**
ABDUCCIÓN DE HOMBRO	4	4
FLEXIÓN DE CODO	5	5
EXTENSIÓN DE MUÑECA	4	4
MIEMBRO INFERIOR		
	IZQUIERDO	**DERECHO**
FLEXIÓN DE CADERA	4	4
EXTENSIÓN DE RODILLA	5	5
DORSIFLEXIÓN DE TOBILLO	4	4

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR

1. Sin contracción muscular.
2. Vestigio de contracción muscular.
3. Movimiento activo sin gravedad.
4. Movimiento activo contra la gravedad.
5. Movimiento activo contra la gravedad y la resistencia.
6. Movimiento activo contra la gravedad y la resistencia máxima.

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

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Maria Alicia Patiño	34043416
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Pm-Azul	Juan Gallego

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 6 / MES: 10 / AÑO: 2024 /

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.
2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. EQUILIBRIO MIENTRAS ESTÁ SENTADO:

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente **o** se inclina hacia el frente o hacia el lado).
1 = se inclina levemente **o** aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
2 = firme, seguro, erguido.

3. AL LEVANTARSE:

0 = incapaz sin ayuda **o** pierde el balance **o** requiere más de 3 intentos.
1 = capaz, pero requiere 3 intentos.
2 = capaz en 2 intentos o menos.

4. EQUILIBRIO INMEDIATO AL PONERSE DE PIÉ (PRIMEROS 5 SEG):

0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
1 = estable, pero usa andador o bastón, **o** se tambalea levemente, pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

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

5. EQUILIBRIO CON PIES LADO A LADO:

0 = incapaz **o** inestable **o** sólo se mantiene ≤ 3 segundos.
1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte **o** sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.
2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos.

6. PRUEBA DEL TIRÓN
(El Adulto Mayor en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):

0 = comienza a caerse.
1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 5, ___ segundos

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 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.
2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 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.
0 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos

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

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

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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



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

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

EVALUACION DE LA MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (Mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.
Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____

1. INICIO DE LA MARCHA (Inmediatamente después de decirle "camine"):

0 = cualquier vacilación **o** múltiples intentos para comenzar.
1 = 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.
2 = recto, sin utilizar ayudas.

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

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

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

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

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

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.
2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

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

INTERPRETACIÓN

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

a/9
25/26
34

ANALISIS DEL RESULTADO

Presenta un puntaje de 34 lo que indica un riesgo mínimo de caída, en equilibrio presenta dificultades en los pasos del tándem y punto de perfecto en marcha, se recomienda trabajo de fuerza, estabilidad dinámica y resistencia cardiopulmonar.

Pablo Gallego

FIRMA – EVALUADOR

María Alicia P.N.

FIRMA PERSONA EVALUADA

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: María Alicia Patiño	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34043416
GRUPO: Pre - Azul	EVALUADO POR: Juan Gallego
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 8 / MES: 10 / AÑO: 2024	

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: MA	I A D Puntuación: _____	**CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS**	I= Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta A=Toma de medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis D= Incapaz de administrarse su medicación
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación: _____	**MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS**	I= Maneja los asuntos económicos con independencia A=Realiza gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta del banco y hacer grandes compras, etc D= Incapaz de manejar su dinero

TOTAL 10 TOTAL _____

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

ANALISIS: Total independencia en la realización de actividades diarias

Pedro Gallego
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

María Alicia Pri
FIRMA PERSONA EVALUADA

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

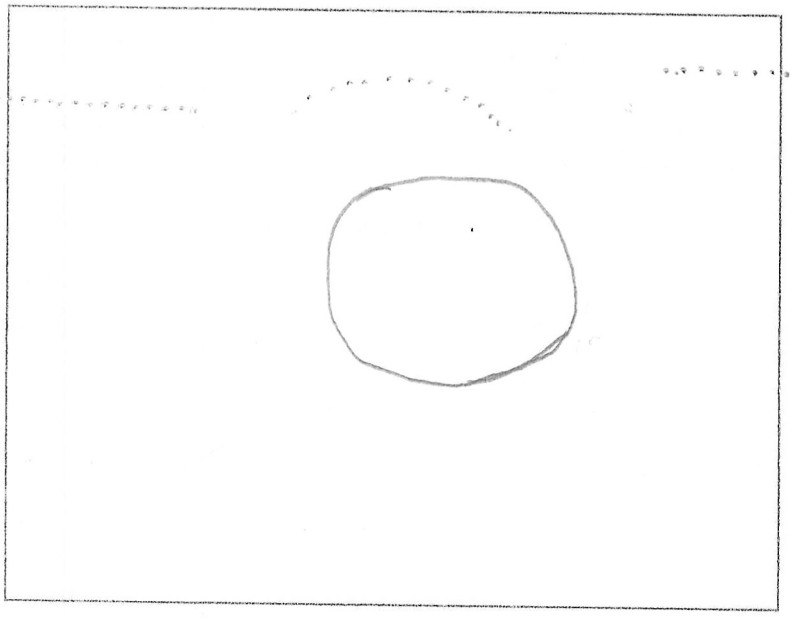
FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	**MES**	**AÑO**
03	octubre	2024

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

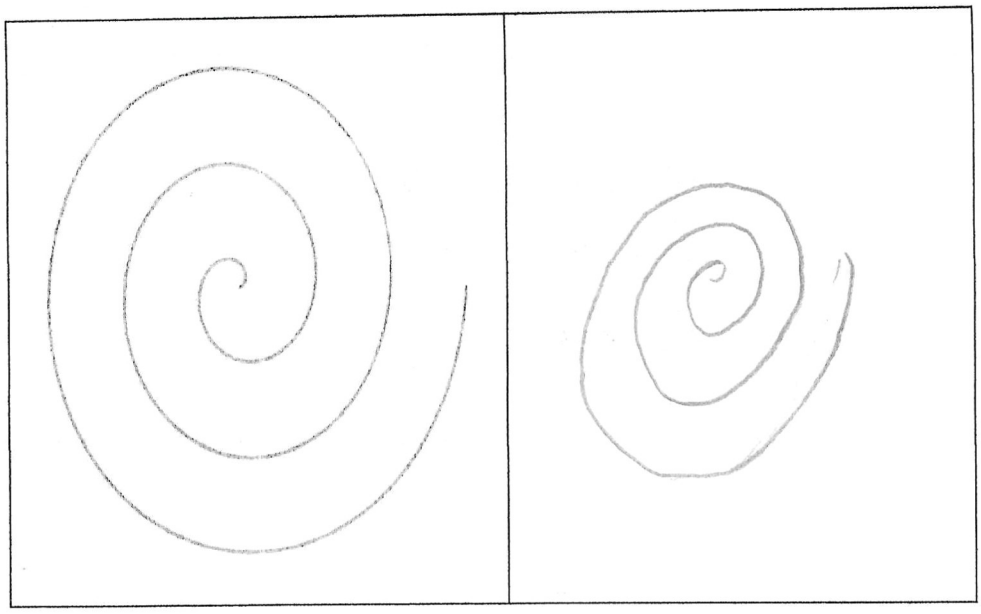
NOMBRES - APELLIDOS	maria Alicia PTO
DOCUMENTO	34043416
GRUPO	TaRde

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

1. Dentro del siguiente espacio dibuje un círculo



2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.

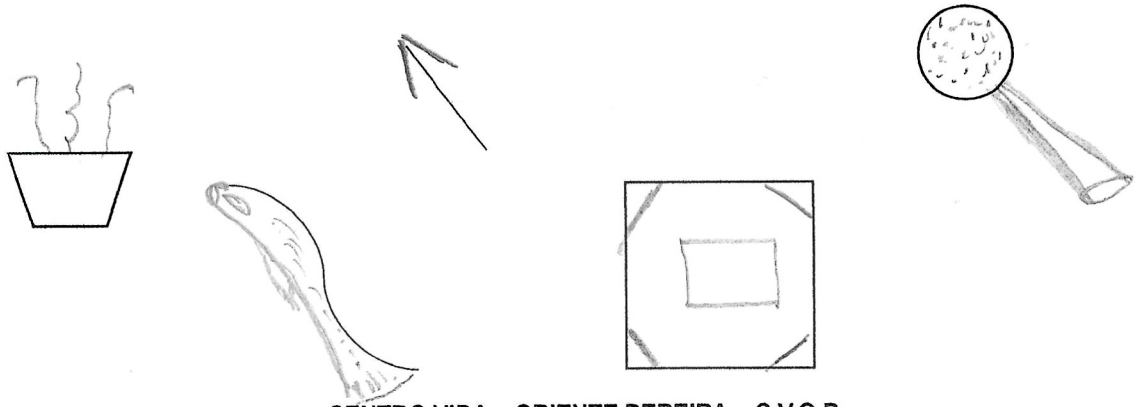


3. Escriba 2 usos que usted le daría a los siguientes objetos:

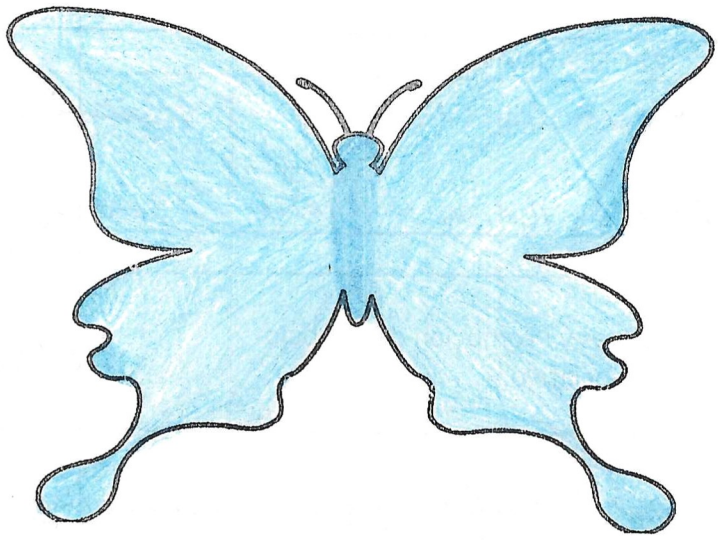
Periódico
Reciclaje
Hacer moldes

botella plástica
manualidades
Envasar Agua

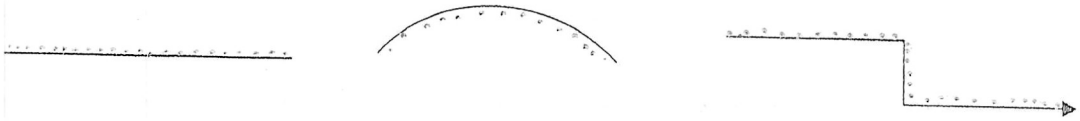
4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:



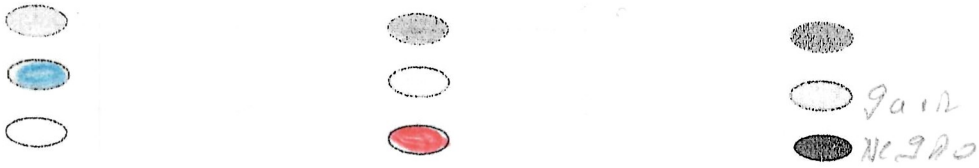
5. Pinte el dibujo con un lápiz de color sin salirse de los bordes.



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



7. Señale con una x los colores primarios :



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

☐ Falso
☐ Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
Silvia Mejía Gomez Bayer Antonio Reina Villamil	
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	10/10/2024.

NOTAS Y OBSERVACIONES:

Tiene habilidades para desarrollar manualidades, así como actividades productivas

Adaptada por: Claudia Azucena Batero Gómez
Área Actividades Productivas.

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
20	12	2024.

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Maria Alicia Patiño.
DOCUMENTO	34.043.416.
GRUPO	Tarde.

OBJETIVO DE LA PRUEBA: Evaluar el nivel de conocimientos y razonamiento del Adulto Mayor al ingresar al Programa de Alfabetización del Área Educativa del Centro Vida – Comuna Oriente y su grado devolución al término de cada Ciclo Educativo.

1. Encierre en un círculo las letras.

Ⓤ 6 ¿ ⓜ @ ⓣ # 200 ⓑ 3 + ⓥ 4 Ⓨ 7 %

2. Escriba una palabra con cada una de las letras que encerró:

Ucumari Vaca _____
María Yuca _____
Termo balon _____

3. Complete la tabla con los números que hacen falta.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

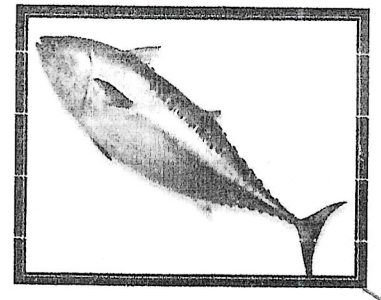
4. Resuelve las Operaciones.

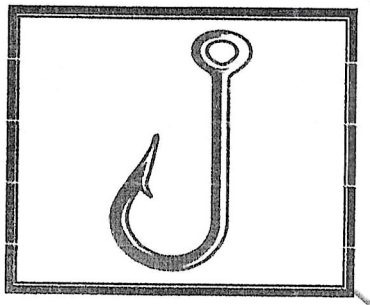
7 +2 9	17 +39 56	9 -3 6	51 -35 16

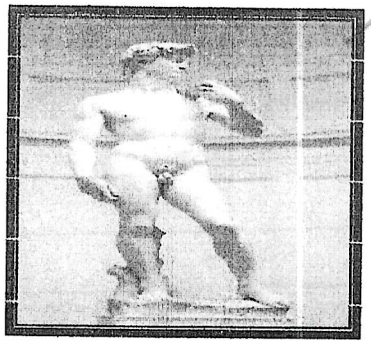
5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

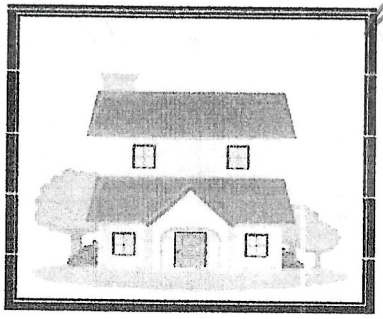
4	5	7	11	13	19	25	34	46	68

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









ESTATUA

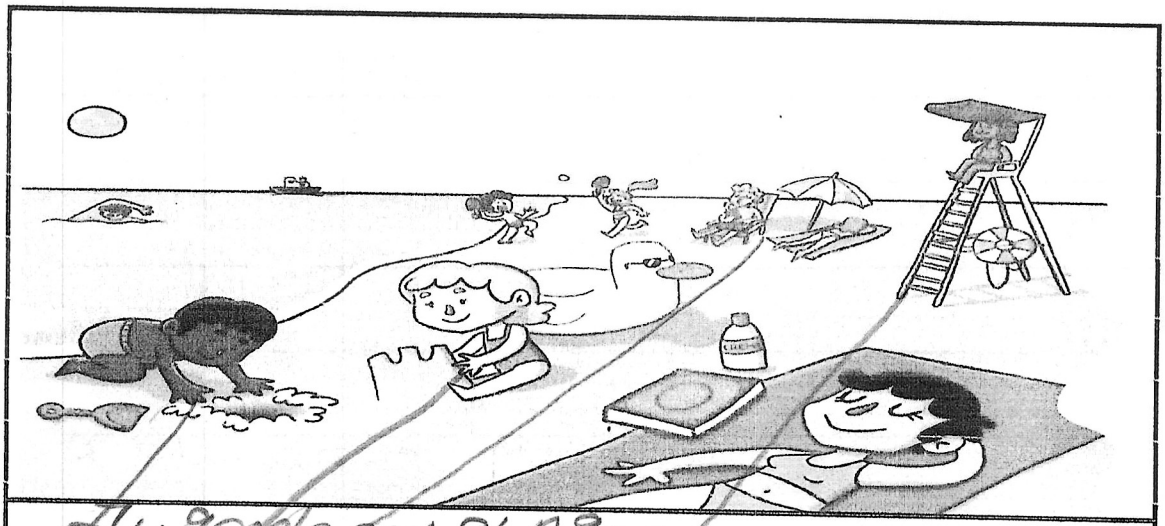
CASA

PESCADO

ANZUELO

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

7. ESCRIBA EN LAS LÍNEAS LAS ACCIONES QUE REALIZAN LOS NIÑOS EN EL DIBUJO.



Jugando con el Agua
Niños felices Nadan Disfrutando el Agua
Disfrutando con Agua

8. Julio tenia $40.000 pesos que se ganó por la venta de unos floreros de barro, fue a la plaza y compro dos libras de pescado por $8.000 y un paquete de arepas por $2.000 ¿Cuánta Plata le Sobro?

PROCEDIMIENTO	RESPUESTA
8000 + 2000 40.001 - 10000	Tenia 40000 Gasto 10000 Posto 30000

EXITOS!

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

PROFESIONAL	FIRMA
María Zoraida Bumoy. Manuela Gallego.	Ma Zoraida Bumoy.
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	20-12-2024.

NOTAS Y OBSERVACIONES:

Requiere apoyo en comprensión lectora y operaciones basicas.

CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
REGLAMENTO INTERNO Y MANUAL DE CONVIVENCIA
"DERECHOS Y DEBERES"

ACTA DE COMPORTAMIENTO

La Dirección Técnica del Programa Centro Vida – Oriente – Cooperativa Multiser. Le manifiesta a usted en calidad de beneficiario(a) o usuario(a) de este programa:

Que el objetivo del presente programa es la prestación de manera gratuita de los servicios de atención integral durante el día, en atención a la Ley 1276 de 2009 – Art 11 y la Resolución Minsalud 055 de 2018. Los cuales buscan beneficiar su salud y calidad de vida.

Que por tal motivo, exige de manera irrestricta a usted en calidad de beneficiario(a) y/o usuario(a) del mismo el cumplimiento del presente **MANUAL DE CONVIVENCIA Y REGLAMENTO INTERNO**, para con ello lograr la consecución, la preservación y el mantenimiento de una sana y pacífica convivencia por medio de la regulación de la práctica de libertades, derechos y cumplimientos de los deberes establecidos en los mismos, manteniendo así estrechos lazos de vecindad, relaciones de hermandad y amistad con los demás usuarios, el equipo de trabajo del programa y la administración municipal.

COMPROMISO

Yo MARIO DUQUE PATIÑO, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 3404341 6 expedida en PEREIRA y en mi calidad de beneficiario(a) del programa Centro Vida – Oriente – Cooperativa Multiser, del Adulto Mayor del municipio de Pereira Risaralda.

Doy fe, ante la Dirección Técnica del Centro Vida, ante los demás beneficiarios del programa, ante la administración municipal y ante las autoridades competentes. Que **CONOZCO y ACEPTO**, mis deberes y derechos contemplados en el presente **MANUAL DE CONVIVENCIA** y me **COMPROMETO** a cumplir a cabalidad. De no ser así **ACEPTARE** las disposiciones y sanciones acá establecidas.

Dirección Técnica – Centro Vida – Oriente

María Alicia Pati.

Usuario(a) – Programa Centro Vida - Oriente

DOCUMENTO ELABORADO POR:
Luis Antonio Chala J – Profesional en Gerontología - UniQuindio
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud – U.C.C
(Se reservan los derechos de autor, no puede ser reproducido total o parcialmente)

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: María Alicia PTV

N° Identificación: 34043416

Fecha	27/9024	HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	Tarde

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	
Discapacitado		Campesino	
Desplazado		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