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

ACTA N° 57	**FECHA: D 19 M 06 A 2025**	**LUGAR REUNION** **OFICINA ÁREA PSICOSOCIAL- CEVI-OP**
OBJETIVOS DE LA REUNIÓN	Establecer acuerdos institucionales frente a la ausencia temporal de las usuaria María Clara Jiménez y Luz Mary Hernández, del Centro Vida Oriente, jornada pm, debido al apoyo y acompañamiento a uno de sus familiares por múltiples afectaciones a su condición de salud, dejando constancia de su salida temporal y pactando su reingreso prioritario a través de la lista de espera una vez finalice el período de recuperación de su familiar.	
PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN	LUZ MARY HERNANDEZ - USUARIA CEVI-OP MARÍA CLARA JIMÉNEZ-USURAIA CEVI-OP DANIELA LONDOÑO-TRABAJADORA SOCIAL-CEVI-OP GLORIA CLEMENCIA GONZÁLEZ-COORDINADORA-CEVI-OP MARY LUZ ARBOLEDA – PSICOLOGA - CEVI - OP – JORNADA TARDE	

DESARROLLO DE LA AGENDA

Siendo las 3:00 PM, del día 19 de junio de 2025 se realiza reunión con las usuarias Luz Mary Hernández, identificada con cédula de ciudadanía N° 25.096.874 de Salamina/Caldas y la usuaria María Clara Jiménez identificada con cédula de ciudadanía N° 24.927.915 de Salamina/Caldas, beneficiarias del programa Centro Vida Oriente jornada pm, para establecer acuerdos institucionales frente a la ausencia temporal al programa; las usuarias refieren que se ausentarán un tiempo (aproximadamente un mes) debido al acompañamiento de un familiar por múltiples afectaciones a su condición de salud.

En virtud de lo anterior, la Psicóloga del centro Vida Mary Luz Arboleda, la trabajadora Social Daniela Londoño y la coordinadora del programa Gloria Clemencia González; realizan reunión con las usuarias, exponiendo las normas y directrices que se deben cumplir a la alcaldía de la asistencia continua al programa, haciendo énfasis en la importancia de no ausentarse por un tiempo mayor de tres días consecutivos.

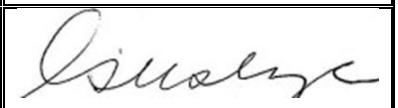
Teniendo en cuenta lo anterior, se acuerda con las señoras Luz Mary Hernández y María Clara Jiménez el retiro temporal del programa, así mismo, se deja constancia que al momento de que requieran reintegrarse de nuevo, serán incluidas en la lista de espera prioritaria, conforme a los lineamientos institucionales y la disponibilidad de cupo.

Se resalta el compromiso del equipo psicosocial con el acompañamiento y seguimiento a la situación de las usuarias y se garantiza el respeto por su lugar en el programa.

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

#	RESPONSABLE	COMPROMISOS
1	MARY LUZ ARBOLEDA	REALIZAR ACTA Y SEGUIMIENTO AL MOMENTO DEL REINTEGRO AL PROGRAMA.
2	COOPERATIVA MULTISER	REGISTRAR AL USUARIO EN LISTA DE ESPERA PRIORITARIA.
3	LUZ MARY HERNANDEZ	INFORMAR A LA ADMINISTRACIÓN SU DISPONIBILIDAD PARA SU REINGRESO
4	MARÍA CLARA JIMÉNEZ	INFORMAR A LA ADMINISTRACIÓN SU DISPONIBILIDAD PARA SU REINGRESO

Siendo las 3:30 PM, se da por terminada la reunión. Para constancia se firma en Pereira Risaralda a los 19 días del mes de junio de 2025.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCION	CARGO	FIRMA
1	GLORIA CLEMENCIA GONZÁLEZ	COOPERATIVA MULTISER	COORDINADORA - CEVI - OP	
2	DANIELA LONDOÑO	COOPERATIVA MULTISER	TRABAJADORA SOCIAL-CEVI-OP	
3	MARY LUZ ARBOLEDA	COOPERATIVA MULTISER	PSICOLOGA - CEVI - OP – JORNADA TARDE	

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

REGISTRO FOTOGRAFICO



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**	
	ACTA DE COMPROMISO	**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

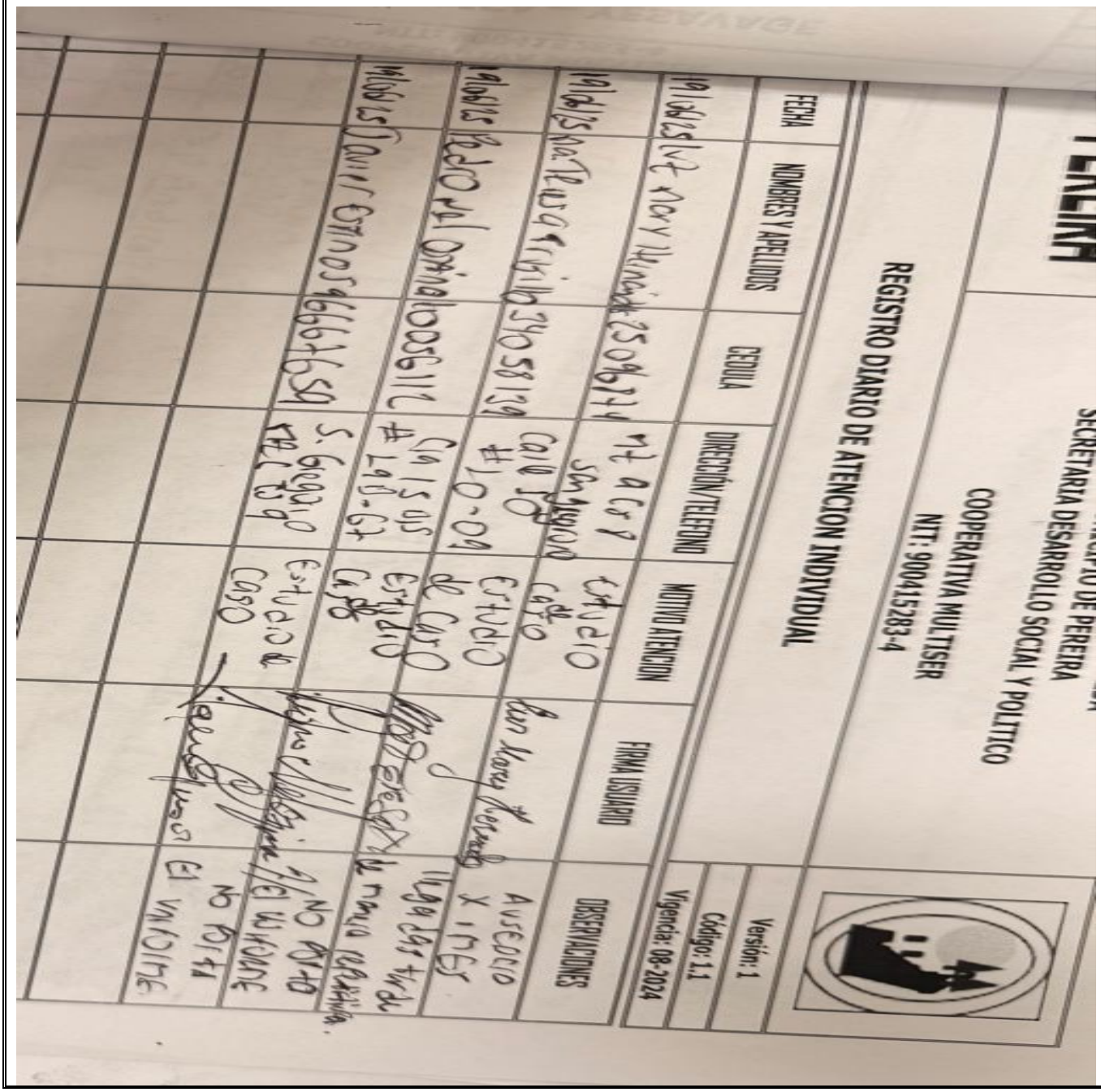
REGISTRO DIARIO DE ATENCION INDIVIDUAL

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

Nº	FECHA	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	DIRECCIÓN/TELEFONO	MOTIVO ATENCION	FIRMA USUARIO	OBSERVACIONES
1	04/06/25	Blanca Flor Duque	24951418	Cra 8 #8-20 Villa	Seguimiento proyecto	Blanca Flor Duque	Recibe con cita
2	05/06/25	Gustavo Isaza	3410940	S. Bolivar Nte 4 Cr 23	Acompañamiento psicologico	Gustavo Isaza	Problemas familiares
3	04/06/25	Libia Giraldo	42063126	Nte 40 Cr 16 Villasan	Valoraciones	Libia Giraldo	Aplico sin novedad
4	12/06/25	Miguel Angel Castrillon	1000821	Sin direccion	Estudio de caso		Acepto y salio de la cita
5	12/06/25	Jose Maximo Gomez	15910433	Nte 11 Cr 14 Los Pinos	Valoraciones	Jose Maximo Gomez	Ort. cog. leve rango saludable
6	12/06/25	Candida Rosa Andrica	24952654	Nte 11 Cr 14 Los Pinos	Valoraciones. Rosa Andrica	Rosa Andrica	Ort. cog. leve rango saludable
7	16/06/25	Dioling Chaves	51608256	Nte 40 Cr 12 Villasanta	Odontologo psicologia.	Dioling Chaves	Problemas ecoformicos
8	19/06/25	Gracela Vargas			Odontologo psicologia	Gracela Vargas	Problemas Familiares
9	19/06/25	Clara Jimenez	24912915	Cra 9 #3-65	Entrega de caso	Clara Jimenez	Ausente x 1 mes
10	19/06/25	Ana Tamayo	28974427	Villasanta Cr 14	Entrega de caso	Ana Tamayo	Ausente x 4 dias

RESPONSABLE: _____ AREA: _____

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



ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	24927915
NOMBRES	MARIA CLARA
APELLIDOS	JIMENEZ OCAMPO
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/15/2025 10:06:21	**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".

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: 24 /** **MES: NOVIEMBRE/** **AÑO: 2025 /**

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA CLARA JIMENEZ/ **C.C: 24927915/**

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

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

ANALISIS RESULTADO:

La señora María Clara obtuvo un puntaje de 20 en el APGAR Familiar, lo que evidencia una excelente funcionalidad familiar. Este resultado indica que cuenta con una red de apoyo sólida, conformada por familiares que se mantienen disponibles, brindan acompañamiento constante y participan activamente en su bienestar.

Asimismo, se observa una buena comunicación y relación familiar, lo que favorece un entorno afectivo estable, seguro y protector. Esta dinámica fortalece su bienestar emocional y facilita un afrontamiento positivo frente a situaciones cotidianas.

DANIELA LONDOÑO MONTOYA
PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL
N°602441134

Buena Función Familiar	**18 - 20 Puntos**	**Disfunción Familiar Leve**	**14 - 17 Puntos**
Disfunción Familiar Moderada	**10 - 13 Puntos**	**Disfunción Familiar Severa**	**09 o menos Puntos**

Alcaldía de PEREIRA	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: Maria Clara Jimenez Ocampo

N° Identificación: 24927915

Fecha		HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	Tarde

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	
Discapacitado		Campesino	
Desplazadc		Otro:	
Víctima del Conflicto		Cual:	

Canasta de servicios recibidos - Ley 1276/2009 - Articulo 11 - Numerales 1 al 11

ASPECTOS A EVALUAR

1. SERVICIO

¿Cómo califica la calidad del servicio recibido en el centro vida?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

2. INSTALACIONES Y RECURSO

¿Cómo se siente con el uso de las instalaciones del Centro Vida Oriente?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

3. HORARIOS DE ATENCIÓN

¿Está satisfecho con el cumplimiento de los horarios establecidos?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

4. EXPECTATIVAS DEL SERVICIO

¿Está satisfecho con la variedad y calidad de las actividades ofrecidas?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

5. TALENTO HUMANO

En general, ¿cómo valora el trato recibido por parte del personal?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

OBSERVACIONES:

Gracias por su colaboración

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

NOMBRE COMPLETO: María Clara Jimenez	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24927915
GRUPO: Azul - PM	EVALUADO POR: David Renteria
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 / MES: Octubre /	AÑO: 2025 /

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

Información obtenida del:

USUARIO	ACOMPAÑANTE	ACTIVIDAD	GUIA PARA LA EVALUACION I=2 A=1 D=0
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números D= Totalmente dependiente para realizar una llamada por teléfono por sí mismo
I A D Puntuación: D	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: D	I A D Puntuación:	IR DE COMPRAS	I= Realiza todas las compras con independencia A= Necesita compañía para realizar cualquier compra D=Totalmente independiente para ir de compras
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	PREPARACION DE LA COMIDA	I= Organiza, prepara y sirve los alimentos adecuadamente y con independencia A=Calienta, sirve y prepara alimentos ligeros, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda D= Necesita que le preparen y sirvan los alimentos

Powered by CamScanner

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

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

TOTAL 10 **TOTAL** _____

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

ANALISIS: Usuaria catalogada como independiente para realizar actividades cotidianas

David Renteria
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

FIRMA PERSONA EVALUADA

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

Powered by CamScanner

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

NOMBRE COMPLETO	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD**
Maria Clara Jimenez	24927915
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Azul - PM	David Renteria

FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 24 / **MES:** Octubre / **AÑO:** 2025 /

EVALUACION DEL EQUILIBRIO

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

1. AL SENTARSE:

0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla **o** cae fuera del centro de la silla.
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.

Powered by CamScanner

5. EQUILIBRIO CON PIES LADO A LADO:

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

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

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

7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:

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

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

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

Powered by CamScanner

10. POSICIÓN TÁNDEM:

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

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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



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

Powered by CamScanner

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

EVALUACION DE LA MARCHA

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

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

0 = cualquier vacilación **o** múltiples intentos para comenzar.
X = sin vacilación.

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

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

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

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

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

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

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

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz **o** camina alrededor de cualquier obstáculo **o** pierde el paso > 2 veces.
X = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco, aunque logra recuperarse **o** pierde el paso una o dos veces.
2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

Powered by CamScanner

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

INTERPRETACIÓN

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

6/9
19/26
25/35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuaria categorizada en riesgo moderado de caida. Su equilibrio estatico está limitado en pruebas de un solo apoyo y es incapaz de ponerse en punta de talones. Se evidencia leves tambaleos en la marcha, ademas de pequeñas desviaciones y dificultad para superar obstaculos

Se recomienda AF general para fortalecer su musculatura principal

Puntuación obtenida 25 de 35

David A

FIRMA – EVALUADOR

Maria Elena Jimenez D

FIRMA PERSONA EVALUADA

Powered by CamScanner

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

Fecha de valoración: 03 octubre 2025

Nombre del paciente: Maria Clara Jimenez

Identificación del Paciente: 24.927915. **Ocupación:** Ama de casa.

Fecha de Nacimiento: 01 Mayo 1943 **Edad:** 82 años

- Quienes forman su hogar 2 personas
- Antecedentes Patológicos Hipotensión - Artrosis - osteoporosis.
- Discapacidad Mental NO.
- Antecedentes Familiares Cáncer.
- Ultimo control médico Febrero 2025.
- Ayudas técnicas: audífono — lentes X Placa dentaria S Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis X Marcapasos — Otro: cambio rodilla total - tornillos
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol — tabaco — drogas — frecuencia: —
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Caltrate
Dosis: 1 diario
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____
Nombre del medicamento Multivitaminico.
Dosis: 1 diaria.
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____
Nombre del medicamento Acetaminofen.
Dosis: A necesidad.
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____

• SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD						
¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala — Mala — Regural — Buena — Muy Buena X					
¿Por qué suele acudir al médico?	Revisiones - controles					
¿Confía en las opiniones médicas?	Si.					
• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES						
PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	X	FRECUENCIA	
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	X	FESCUENCIA	
¿Se diente apoyado y comprendido por su familia?	SI	X	NO		¿POR QUÉ?	
FAMILIARES						
¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Muy buena.					
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Muy buena.					
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Poca.					
¿Participa de reuniones familiares?	Si					
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	Si					

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

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

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

SOCIALES	
¿Tiene amigos?	Si.
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	Diariamente.
¿Hace parte de algún grupo?	Centro vida oriente.
• **SEXUALIDAD**	
MUJER	**HOMBRE**
¿tiene vida sexual activa? Si — No X	¿tiene vida sexual activa? Si___ No ___
Última menstruación 45 años.	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No___
Ultima citología 60 años	¿Presenta secreciones inusuales? Si___ No___
¿Se practica examen de seno? Si X No —	¿Se ha realizado examen de próstata? Si__ No __
Por qué control —	Por qué ___
• **ELIMINACIÓN**	
¿Presenta dificultad para orinar? Si — No X	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No X
¿Con que frecuencia orina? Normalmente	¿Con que frecuencia realiza deposición? Todos los días
¿Despierta en la noche para orinar? Si X No — A veces —	¿Salida involuntaira? Si__ No X A veces___
¿Color inusual? Si — No X cual ___	¿ultiza ayudas para defecar? Si__ No X A veces___
¿Olor inusual? Si — No X cual ___	Cual___
¿Presenta retención de la orina? Si — No X A veces —	
¿Salida involuntaria de la orina? Si — No X A veces —	
¿Presenta dolor al orinar? Si — No X A veces —	
• **SUEÑO**	• **ACTIVIDAD FISICA**
¿Cuántas horas duerme? 7 a 8 horas de 2 horas seguidas	¿Presenta fatiga? Si — No X ¿con que actividad? ___
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? No.	¿Presenta dolor en el tórax? Si — No X ¿Cuándo? ___
¿sufre de insomnio? A veces.	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si X No__ ¿Cuándo? Cansancio

• **SIGNOS VITALES**					
Frecuencia cardiaca	69	Frecuencia respiratoria	16	Presión arterial	125/75

• **NIVEL DE MOVILIDAD**	
Completamente inmóvil —	Ligeramente limitado —
Muy limitado —	No requiere ayuda X

• CAÍDAS

Teme usted caerse si — no X

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

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

Causa de la caída: ¿se tropezó? X ¿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 X lugar de la consulta ___

Powered by CamScanner

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

OBSERVACIONES:

usuaria tranquila, colaboradora, amable, respetuosa, de buen semblante + buenos hábitos de higiene. ambulatoria.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Dx hipertensión - Artrosis osteoporosis.

con controles cada 6 meses de seguimiento.

Con tratamiento farmacologico oral al dia.

Valoración mensual por enfermeria de signos vitales.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Sandra Milena Ibarra B.

Cargo: Auxiliar Enfermeria.

Firma: Sandra M. Ibarra B.

Firma o huella paciente: María Ubaldina Jiménez O

Powered by CamScanner

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS – USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 26 M: 11 A: 25	Maria Clara Jimenez	Mariana Vargas L.

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	Izq	Der
Abducción de hombro	3	3
Flexión de codo	4	4
Extensión de muñeca	4	4.
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	3	3
Extensión de rodilla	3	3
Dorsiflexión de tobillo	4	4
PUNTAJE TOTAL	42	

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

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

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Fuerza muscular conservada. Fuerza suficiente para realizar la mayoria de AVD sin ayuda. Refiere dolor en rodillas, presenta artrosis y osteoporosis.

Scanned with CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
Mini-BESTest **"Evaluación de los Sistemas de Equilibrio"**		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 26 M: 11 A: 25.	Maria Clara Jimenez	Mariana Vargas L

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

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

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

2. PONERSE DE PUNTILLAS

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

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

3. APOYO MONOPODAL

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

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

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

Scanned with CamScanner

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

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

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

5. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA ATRÁS

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

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

6. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- LATERAL

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

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

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

Scanned with CamScanner

ORIENTACIÓN SENSORIAL SUBPUNTUACIÓN: /6

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

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

Tiempo en segundos:

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

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

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

Tiempo en segundos:

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

9. INCLINADO - OJOS CERRADOS

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

Tiempo en segundos:

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

MARCHA DINÁMICA SUBPUNTUACIÓN: /10

10. CAMBIO EN LA VELOCIDAD DE MARCHA

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

- [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.

Scanned with CamScanner

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

Instrucción: "Comience caminando a su velocidad habitual. Cuando le diga "a la caja", pase por encima de ella, no 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
- [x] (1) Moderado: Pasos por encima de la caja, pero la toca O lo hace con prudencia enlenteciendo la marcha.
- [ ] (0) Grave: Incapaz de pasar por encima de la caja O pasos alrededor de la caja.

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

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

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

TUG: 13.62 ___ segundos

TUG doble tarea: 15.79 ___ segundos

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 16. /28

Scanned with CamScanner

Alcaldia de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

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

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO: Dara Clara Jiménez	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24927915
GRUPO: Perl Pm	EVALUADO POR: Dary Lu Arboleda
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 23 / MES: 10 /	AÑO: 2025

ORIENTACIÓN

- Digame el dia, fecha, mes, estación, año — 5
- Digame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 5

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

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

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 2

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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

33

27 - 30 – Normal – Adecuada Capacidad Cognitiva.
24 - 26 – Sospecha - Deterioro Cognitivo Leve.
12 - 23 – Deterioro Capacidad Cognitiva.
11 - 9 - Demencia - **Menos 5** – Fase Terminal.

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

"SIN DETERIORO COGNITIVO"

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: 23	MES: 10	AÑO: 2025
NOMBRE COMPLETO: María Clara Jiménez		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24927915	
GRUPO: DZVI PM		ENTREVISTADO POR: Mary Luz Arboleda	

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: _____

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

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 15/05/2025

Ficha: 660010355700000000120

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA CLARA

Apellidos: JIMENEZ OCAMPO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24927915

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/10/2019

Última actualización ciudadano: 15/10/2019

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé NutritionInstitute

Apellidos: Jimenez Ocampo Nombre: Maria clara

Sexo: F Edad: 82 Peso, kg: 80 Altura, cm: 155 Fecha: 13/06/25

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

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

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.

PESO 80 **TALLA:** 1.55 **IMC:** 33,3

DX NUTRICIONAL: Obesidad grado I

Dx: HTA - Osteoporosis