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: 21 / MES: mayo / AÑO: 2025

NOMBRES Y APELLIDOS: Mona Lucero Agudelo C.C: 24942557

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:

La evidencia una red de apoyo solida demostrando capacidades sobresalientes en las dimensiones evaluadas, dando la evidencia adaptación a cambios y necesidades basicas.

Dayana Lorena Hinestroza

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 1088251475

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

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	24942557
NOMBRES	MARIA EUCARIS
APELLIDOS	AGUDELO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	08/04/2005	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/14/2025 15:08:23	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Alcaldía de PEREIRA	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: Evelyn Arbeláez

N° Identificación: 24942557

Fecha	14-08-2025	HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	AM

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

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO

Documento:	CC 24.942.557	**H.C.**	24942557	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Dic.20/1949	**Edad:**	75 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 38 CS 12	**Télefono:**	3162451	**Estado Civil:**	Separado
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	SAN VICENTE
Atención:	81	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	09:08
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Parentesco:					

Motivo consulta: " REVISION" REFIERE PACIENTE.

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

Acompañante: NO APLICA **Parentesco:** **Télefono:** 3202379476

Revisión por sistemas:

Sistema respiratorio	No manifiesta
Sistema cardiovascular	No manifiesta
Sistema Vascular periferico	No manifiesta
Sistema digestivo	No manifiesta
Sistema genitourinario	No manifiesta
Sistema locomotor	No manifiesta
Sistema neurologico	No manifiesta
Sistema mental y/o comportamiento	No manifiesta

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	Desde 2013 13-10-2018 09:03 Desde 2013 14-09-2022 11:23 En Tra En Tratamiento 04-06-2021 10:41 Si 25-08-2025 09:41 Si, En Tratam Si, En Tratamiento 28-06-2022 10:10 Cc De 4 Años 28-08-2018 Cc De 4 Años 28-08-2018 10:33
Diabetes mellitus	Desde 2012 13-10-2018 09:03 Desde 2012 14-09-2022 11:23 En Tra En Tratamineto 04-06-2021 10:41 Si 25-08-2025 09:41 Si, En Tratam Si, En Tratamiento 28-06-2022 10:10 Cc De 4 Años 28-08-2018 1 Cc De 4 Años 28-08-2018 10:33
Dislipidemias	Desde 2013 13-10-2018 09:03 Desde 2013 26-07-2024 10:47 En Tra En Tratamineto 04-06-2021 10:41 Si 28-06-2022 10:10

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugia - tiempo transcurrido)	Colecistectimoa 04-06-2021 10:42 Colecistectomia Hace 3 Años 28-06 Colecistectomia Hace 3 Años 28-06-2022 10:12 Herida Cortopunzante Herida Cortopunzante 11-03-2024 12:57 Ligada 13-10-2018 09:03 Co Colecistectomia Hace Un Año 28-08-2018 10:34

Antecedentes Traumáticos

Fracturas	Niega 11-04-2019 10:25
Otros	Herida Abdominal Por Arma Blanca 13-10-2018 09:04 Herida Abdomin Herida Abdominal Por Arma Blanca 04-06-2021 10:42 Herida Abdomin Herida Abdominal Por Arma Blanca 28-06-2022 10:13

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO

Documento:	CC 24.942.557	**H.C.**	24942557	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Dic.20/1949	**Edad:**	75 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 38 CS 12	**Télefono:**	3162451	**Estado Civil:**	Separado
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	SAN VICENTE
Atención:	81	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	09:08
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Parentesco:					

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos	Niega 16-12-2021 11:01 Niega 27-06-2023 08:34
Frío	Si 25-08-2025 09:43
Medicamentos	Niega 11-04-2019 10:25 Niega 25-04-2021 21:11 Niega 27-06-2023 Niega 27-06-2023 08:34
Otros	Niega 13-10-2018 09:03 Niega 04-06-2021 10:42 Niega 28-06-2022 Niega 28-06-2022 10:11 Niega 11-03-2024 12:56

Antecedentes familiares

Otros	Niega 11-04-2019 10:25 Niega 28-06-2022 10:14 Paciente Desconoc Paciente Desconocs 25-08-2025 09:42
Enfermedad cerebro-vascular	Mama 13-10-2018 09:04 Mama 04-06-2021 11:38

Antecedentes ocupacionales

Ocupaciones que ha desempeñado el paciente	Ama De Casa 11-04-2019 10:27 Escolaridad 11 Grado Oficios Vario Escolaridad 11 Grado Oficios Varios 13-10-2018 09:04

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive	Sola 25-08-2025 09:42 Una Hija 04-06-2021 11:46 Una Hija 11-06- Una Hija 11-06-2019 14:17
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	A Los 65 Solo Por Un Año 04-06-2021 11:46 Si, Inicio 18 Años, 5 Cigarrillos Dia Malboro , Derby, 49 Años Dejom De Fumar. 11-06-2019 14:17
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	De 18 A 30 Años 04-06-2021 11:46 Ocasional 11-03-2024 12:59 No 1 No 11-06-2019 14:17
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	No 11-06-2019 14:17
Vida sexual activa	No 04-06-2021 11:46 No , Hace 3 Años 11-03-2024 12:59 No 11-06- No 11-06-2019 14:17
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	Urbana, Villasanta 25-08-2025 09:42 Urbano , Cuenta Con Todos Los Urbano , Cuenta Con Todos Los Servicios 04-06-2021 11:46 Si 11-06- Si 11-06-2019 14:17
Convivencia con animales (mascotas)	Niega 04-06-2021 11:46 No 25-08-2025 09:42 No 11-06-2019 14:17 No 11-06-2019 14:17
Sabe leer	Si 04-06-2021 11:46 Si 25-08-2025 09:42 Si 11-06-2019 14:17
Sabe escribir	Si 04-06-2021 11:46 Si 25-08-2025 09:42 Si 11-06-2019 14:17
Vive solo	No 11-06-2019 14:17
Actividad fisica	Poco 04-06-2021 11:46 Si Ritmo Terapia , Aerobuicos. 11-06-20 Si Ritmo Terapia , Aerobuicos. 11-06-2019 14:17
Mas de un compañero sexual en el último año	No 04-06-2021 11:46 No 11-06-2019 14:17

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO

Documento:	CC 24.942.557	**H.C.**	24942557	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Dic.20/1949	**Edad:**	75 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 38 CS 12	**Teléfono:**	3162451	**Estado Civil:**	Separado
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	SAN VICENTE
Atención:	81	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	09:08
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Parentesco:					

Pareja sexual estable	No 04-06-2021 11:46 No 11-06-2019 14:17
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	Ama De Casa 11-03-2024 12:59 Ama De Casa, Estudio Hasta Grado S Ama De Casa, Estudio Hasta Grado Sexto 04-06-2021 11:46 Ama D Ama De Casa. 11-06-2019 14:17
Método de planificación (vasectomía, barrera, otros)	Poemroy 04-06-2021 11:46 Pomeroy Preservativo Siempre Es Lo Recomendado. 11-06-2019 14:17
Violencia y maltrato	Niega 04-06-2021 11:46 No 11-06-2019 14:17
Edad inicio de vida sexual	13 Años. 11-06-2019 14:17 13 Años 04-06-2021 11:46
Desplazado	No 11-06-2019 14:17
Habitos de Higiene (Oral y Corporal)	Si Buenos Hábitos. 11-06-2019 14:17
Otros	Escolaridad 6 Grado Ama De Casa 29-05-2019 11:10
Aspecto del cuello	
Otro, ¿Cuál?	Descendido Aparente Estenosis, De Orificio Endocervical, Se Intenta Tom ar Muestra 14-06-2019 08:19
TABAQUISMO	
Fuma	No 14-06-2019 08:10
PRE - POS TEST	
PRETEST VIH-SIDA	Si 29-07-2024 07:42
Ha recibido información sobre el VIH-SIDA?	Si 29-07-2024 07:42
Tiene en cuenta los conocimientos recibidos?	Si 29-07-2024 07:42
Utiliza el condón?	No 29-07-2024 07:42
Con que frecuencia usa el condón?	Nunca 29-07-2024 07:42
Por qué no lo utiliza?	No Tiene Relaciones Hace Mas De 5 Años 29-07-2024 07:42
Por qué utiliza el condón solo algunas veces ?	No Tiene Vida Sexual 29-07-2024 09:04
Utiliza correctamente el condón ?	No 29-07-2024 07:42
Tiene pareja estable ?	No 29-07-2024 07:42
Cuántas parejas ha tenido en los últimos cinco años?	1 29-07-2024 07:42
Posibles mecanismos de transmisión?	Heterosexual 29-07-2024 09:04
Enfermedades asociadas al VIH?	No 29-07-2024 07:42
Qué haría si recibiera un resultado positivo ?	En Tratamiento 29-07-2024 07:42
Si recibiera un resultado positivo con quién le gustaría compartirlo?	Hijos Y Al Psicologo 29-07-2024 07:42
Qué haría si recibiera un resultado negativo ?	Feliz 29-07-2024 07:42
Cómo se encuentra emocionalmente el paciente ?	Tranquila 29-07-2024 07:42
Debe tomarse la prueba para VIH?	Si 29-07-2024 07:42
Por qué debe tomarse la prueba de VIH?	Consulta Medica 29-07-2024 07:42

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO

Documento:	CC 24.942.557	**H.C.**	24942557	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Dic.20/1949	**Edad:**	75 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 38 CS 12	**Teléfono:**	3162451	**Estado Civil:**	Separado
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	SAN VICENTE
Atención:	81	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	09:08
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Parentesco:					

Estado mental	Estable 29-07-2024 07:42
Conducta a seguir	Laboratorio 29-07-2024 07:42
Se le ha realizado PRETEST anteriormente?	Si 29-07-2024 07:42
Hábitos	
Otros	Paciente Niega 25-08-2025 09:42
Odontológicos	
Fecha de último tratamiento odontológico	Hace 5 Años 25-08-2025 09:41
Rehabilitación removible	Si 25-08-2025 09:41

TECNOLOGIA BLANDAS

Histórico por seguimiento

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
Mar.11/2024	12:57	19	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	PAULA ANDREA SANCHEZ MORENO

HIGIENE ORAL:

Frecuencia Cepillado: Dos

Uso seda dental: Cero

Uso enjuague bucal: No

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

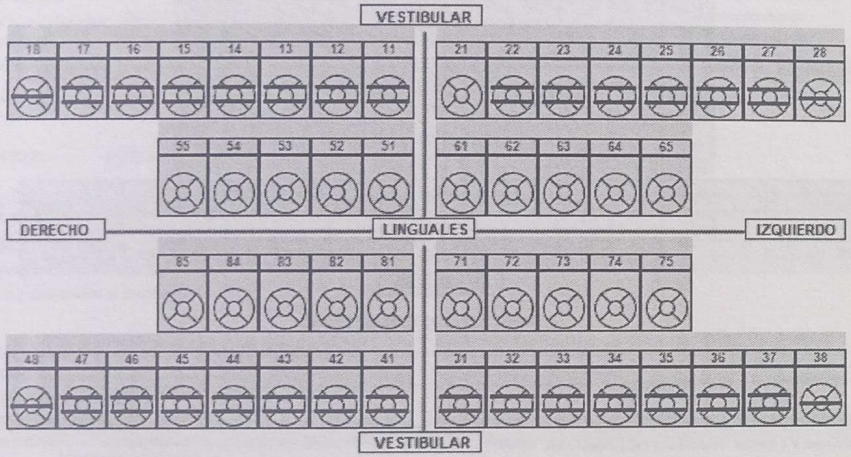
CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO

Documento:	CC 24.942.557	**H.C.**	24942557	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Dic.20/1949	**Edad:**	75 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 38 CS 12	**Télefono:**	3162451	**Estado Civil:**	Separado
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	SAN VICENTE
Atención:	81	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	09:08
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Parentesco:					

DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO



Tipo Dentición: Permanentes

Diente	Superficie	Convención	Observaciones
11	TODO	ReemplazadoCaries	
12	TODO	ReemplazadoCaries	
13	TODO	ReemplazadoCaries	
14	TODO	ReemplazadoCaries	
15	TODO	ReemplazadoCaries	
16	TODO	ReemplazadoCaries	
17	TODO	ReemplazadoCaries	
18	TODO	Extraido	
22	TODO	ReemplazadoCaries	
23	TODO	ReemplazadoCaries	

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO

Documento:	CC 24.942.557	**H.C.**	24942557	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	Dic.20/1949	**Edad:**	75 Años	**Etnia:**	Otros
Dirección:	MZ 38 CS 12	**Télefono:**	3162451	**Estado Civil:**	Separado
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Ocupación:**	Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación:	REGIMEN SUBSIDIADO				
Lugar de Residencia					
Departamento:	Risaralda	**Ciudad:**	PEREIRA	**Barrio:**	SAN VICENTE
Atención:	81	**Fecha:**	Ago.25/2025	**Hora:**	09:08
Causa externa:	Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc	**Finalidad:**	VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y		
Información Acompañante:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Información Persona Responsable:	**Nombre:**			**Télefono:**	
Parentesco:					

Diente	Superficie	Convención	Observaciones
24	TODO	ReemplazadoCaries	
25	TODO	ReemplazadoCaries	
26	TODO	ReemplazadoCaries	
27	TODO	ReemplazadoCaries	
28	TODO	Extraido	
31	TODO	ReemplazadoCaries	
32	TODO	ReemplazadoCaries	
33	TODO	ReemplazadoCaries	
34	TODO	ReemplazadoCaries	
35	TODO	ReemplazadoCaries	
36	TODO	ReemplazadoCaries	
37	TODO	ReemplazadoCaries	
38	TODO	Extraido	
41	TODO	ReemplazadoCaries	
42	TODO	ReemplazadoCaries	
43	TODO	ReemplazadoCaries	
44	TODO	ReemplazadoCaries	
45	TODO	ReemplazadoCaries	
46	TODO	ReemplazadoCaries	
47	TODO	ReemplazadoCaries	
48	TODO	Extraido	

PREVALENCIA DE CARIES:

Cariados: 0 Obturados: 0 Caries no Cavitacional: 0Perdidos: 27 Sano: 0

Total Dientes presentes en boca: 1

Total Dientes Cariados, Obturados y Perdidos (C.O.P): 26

Total Dientes Cariados, Extraídos y Obturados (C.E.O): 0

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO

Documento: CC 24.942.557 **H.C.** 24942557 **Sexo:** Femenino

Fecha nacimiento: Dic.20/1949 **Edad:** 75 Años **Etnia:** Otros

Dirección: MZ 38 CS 12 **Télefono:** 3162451 **Estado Civil:** Separado

Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ocupación:** Adultos sin ocupación

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** SAN VICENTE

Atención: 81 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 09:08

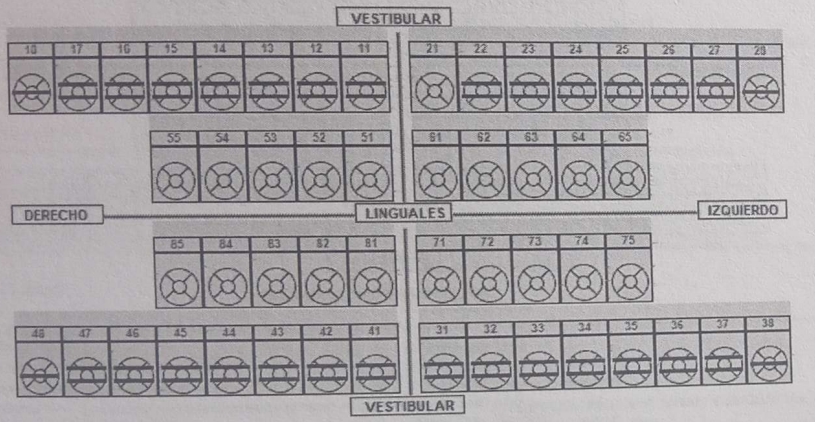
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**

Información Persona Responsable: Nombre: **Télefono:**

Parentesco:

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



Diente	Superficie	Procedimiento	Cantidad	Evolución

Diente	Superficie	Convención	Evolución
11	TODO	ReemplazadoCaries	
12	TODO	ReemplazadoCaries	
13	TODO	ReemplazadoCaries	
14	TODO	ReemplazadoCaries	
15	TODO	ReemplazadoCaries	
16	TODO	ReemplazadoCaries	
17	TODO	ReemplazadoCaries	
18	TODO	Extraido	
22	TODO	ReemplazadoCaries	
23	TODO	ReemplazadoCaries	

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO

Documento: CC 24.942.557 H.C. 24942557 Sexo: Femenino

Fecha nacimiento: Dic.20/1949 Edad: 75 Años Etnia: Otros

Dirección: MZ 38 CS 12 Télefono: 3162451 Estado Civil: Separado

Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Ocupación: Adultos sin ocupación

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda Ciudad: PEREIRA Barrio: SAN VICENTE

Atención: 81 Fecha: Ago.25/2025 Hora: 09:08

Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: Nombre: Télefono:

Información Persona Responsable: Nombre: Télefono:

Parentesco:

Diente	Superficie	Convención	Evolución
24	TODO	ReemplazadoCaries	
25	TODO	ReemplazadoCaries	
26	TODO	ReemplazadoCaries	
27	TODO	ReemplazadoCaries	
28	TODO	Extraido	
31	TODO	ReemplazadoCaries	
32	TODO	ReemplazadoCaries	
33	TODO	ReemplazadoCaries	
34	TODO	ReemplazadoCaries	
35	TODO	ReemplazadoCaries	
36	TODO	ReemplazadoCaries	
37	TODO	ReemplazadoCaries	
38	TODO	Extraido	
41	TODO	ReemplazadoCaries	
42	TODO	ReemplazadoCaries	
43	TODO	ReemplazadoCaries	
44	TODO	ReemplazadoCaries	
45	TODO	ReemplazadoCaries	
46	TODO	ReemplazadoCaries	
47	TODO	ReemplazadoCaries	
48	TODO	Extraido	

Placa: 0 **Extraidos:** 31 **Total Dientes:** 1 **Resultado:** 4 **Indice de Placa:** 0

OTROS PROCEDIMIENTOS:

CUPS	Nombre Procedimiento	Hallazgo
990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODC	

ALTERACIONES PULPARES:

Todos los hallazgos normales: No

TEJIDOS DENTARIOS:

Pregunta	Resultado

TIPO OCLUSION:

Alteracion	Observaciones

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO

Documento: CC 24.942.557 **H.C.** 24942557 **Sexo:** Femenino
Fecha nacimiento: Dic.20/1949 **Edad:** 75 Años **Etnia:** Otros
Dirección: MZ 38 CS 12 **Télefono:** 3162451 **Estado Civil:** Separado
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ocupación:** Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** SAN VICENTE
Atención: 81 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 09:08
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**
Información Persona Responsable: Nombre: **Télefono:**
Parentesco:

DIAGNOSTICOS:

			TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	Z012	EXAMEN ODONTOLOGICO	Confirmado nuevo
Relacionado 1	K050	GINGIVITIS AGUDA	Confirmado nuevo
Relacionado 2	K081	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	Confirmado nuevo
Relacionado 3	K062	LESIONES DE LA ENCIA Y DE LA ZONA EDENTULA ASOCIADAS CON TRAUMATISMO	Confirmado nuevo

PRONÓSTICO: REGULAR.

PLAN DE TRATAMIENTO

Promoción y prevención :
Fases del plan de tratamiento
Motivacion y Educacion al paciente,

 # Sesiones: 1 **Grado de Riesgo:** Medio

INDUCCIÓN A LA DEMANDA:

Programa promoción y prevención	
09	Hipertensión arterial
11	Diabetes
15	Demanda Inducida a la Identificación Personal (RC ¿ TI ¿ CC)
16	Salud Oral

REMISIONES:

Especialidad: REHABILITADOR ORAL
Diagnóstico: PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL
Diagnóstico: LESIONES DE LA ENCIA Y DE LA ZONA EDENTULA ASOCIADAS CON TRAUMATISMO

INDICACIONES:

Cepille los dientes tres veces al día o después de cada comida
Utilizar seda dental mínimo una vez por día
Usar en lo posible crema dental y enjuague bucal
Visita regularmente al odontólogo.
Se enseña a los padres o acudientes buenas practicas de higiene oral del menor.

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO
Documento: CC 24.942.557 H.C. 24942557 Sexo: Femenino
Fecha nacimiento: Dic.20/1949 Edad: 75 Años Etnia: Otros
Dirección: MZ 38 CS 12 Télefono: 3162451 Estado Civil: Separado
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Ocupación: Adultos sin ocupación
Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO
Lugar de Residencia
Departamento: Risaralda Ciudad: PEREIRA Barrio: SAN VICENTE
Atención: 81 Fecha: Ago.25/2025 Hora: 09:08
Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc Finalidad: VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y
Información Acompañante: Nombre: Télefono:
Información Persona Responsable: Nombre: Télefono:
Parentesco:

Cambiar el cepillo de diente máximo cada 4 meses.
Tener una buena higiene oral
Nunca se acueste a dormir con los dientes sucios, el cepillado de la noche es el mas importante.
Topicacion del flúor según las indicaciones del odontólogo
Aplicación de sellantes según indicaciones del odontólogo
No realizar enjuagues con sustancias que no le ha recomendado el odontólogo. (tomatera, piedra lumbre, etc.)'
RECOMENDACIONES POST DETARTRAJE
Puede presentar dolor, sangrado, inflamación e irritación de las encías.
Utilizar el cepillo y seda dental después de cada comida.
Es posible que se genere sensibilidad dental durante las siguientes 48 horas después del procedimiento.
puede presentar movilidad dental asociada a la enfermedad de los tejidos de sostén del diente ya que al retirar los cálculos dentales este se puede aumentar.
Es posible presentar sabor diferente de la cavidad oral el día del procedimiento por el sangrado generado.
si la inflamación persiste se recomienda enjuagues con calendula para ayudar a disminuirla.
La higiene oral es indespensable en pacientes portadores de prótesis,estas deben limpiarse constantemente luego de cada comida, tanto la prótesis como la cavidad bucal.
Debemos quitar las prótesis removibles para dormir, y dejar descansar las mucosas.
Se pueden sumergir las prótesis en un vaso de agua en la noche con 3 gotas de hipoclorito de sodio.
Si observa cualquier hecho anormal o dolores intensos, acuda al odontólogo.
Debe visitar al odontólogo una vez al año.

EVOLUCIÓN GENERAL SE VERIFICA PACIENTE CORRECTO. ATENCION CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.PACIENTE ADULTO MAYOR DE CENTRO VIDA ORIENTE ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA POR PRIMERA VEZ. SE REALIZA APERTURA DE HISTORIA CLINICA Y EDUCACION EN HIGIENE ORAL. AL EXAMEN CLINICO SE OBSERVAN ENCIAS INFLAMADAS.PACIENTE SE ENCUENTRA ENDENTULO TOTAL TANTO EN EL MAXILAR SUPERIOR COMO EL INFERIOR,PRESENTA PROTESIS TOTAL SUPERIOR E INFERIOR DESGASTADAS Y DESADAPTADAS, REFIERE QUE LAS TIENE HACE 5 AÑOS. PACIENTE PRESENTA COMPROMISO DE LAS FUNCIONES BUCALES COMO LO ES LA DEGLUCION FONACION, MASTICACION Y ESTETICA, PRESENTANDO AFECCION DE LA DIMENSION VERTICAL, REABSORCION DEL HUESO DEBIDO A LA PERDIDA DE LOS DIENTES POR ENDE SE VE COMPROMETIDO Y AFECTADA LAS ESTRUTURAS FACIALES ENTRE OTRAS. SE REALIZA MOTIVACION Y REFUERZO DE HIGIENE ORAL, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.SE PROCEDE A REALIZAR REMISION CON REHABILITACION ORAL. PACIENTE CONTROLADO. SE SOCIALIZA DERECHO Y DEBER DEL MES.

Powered by CamScanner

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

CITA ODONTOLÓGICA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA EUCARIS AGUDELO

Documento: CC 24.942.557 **H.C.** 24942557 **Sexo:** Femenino

Fecha nacimiento: Dic.20/1949 **Edad:** 75 Años **Etnia:** Otros

Dirección: MZ 38 CS 12 **Télefono:** 3162451 **Estado Civil:** Separado

Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ocupación:** Adultos sin ocupación

Tipo Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Lugar de Residencia

Departamento: Risaralda **Ciudad:** PEREIRA **Barrio:** SAN VICENTE

Atención: 81 **Fecha:** Ago.25/2025 **Hora:** 09:08

Causa externa: Promocion y mantenimiento de la salud - intervenc **Finalidad:** VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y

Información Acompañante: Nombre: **Télefono:**

Información Persona Responsable: Nombre: **Télefono:**

Parentesco:

JULIANA MESA MURILLO
CC 1.004.775.786 Registro: 1004775786
ODONTOLOGO

Powered by CamScanner

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

Fecha de valoración: 23 Septiembre 2025

Nombre del paciente: Maria Eucaris Agudelo.

Identificación del Paciente: 24'942 557. **Ocupación:** Ama de casa.

Fecha de Nacimiento: 20 Diciembre 1949. **Edad:** 75 años.

- Quienes forman su hogar Sola.
- Antecedentes Patológicos Hipertension - Diabetes - colon irritado.
- Discapacidad Mental NO.
- Antecedentes Familiares
- Ultimo control médico 3 meses Proximo 30 septiembre.
- Ayudas técnicas: audífono [redacted] lentes X Placa dentaria 2 Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis — Marcapasos — Otro: —
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol X tabaco — drogas — frecuencia: —
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Losartan - Atorvastina.
Dosis: 1 diaria - 1 diaria.
Frecuencia
¿Desde cuándo?
Nombre del medicamento Metformina -
Dosis: 1 diaria.
Frecuencia
¿Desde cuándo?
Nombre del medicamento Amlo dipino.
Dosis: 1 diaria.
Frecuencia
¿Desde cuándo?

• SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD						
¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural __ Buena X Muy Buena __					
¿Por qué suele acudir al médico?	Controles - Revisiones.					
¿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?	Buena.					
¿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					

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

SOCIALES

¿Tiene amigos? Si
¿Con que frecuencia comparte con ellos? Seguidamente.
¿Hace parte de algún grupo? centro vida oriente - caminos.

- **SEXUALIDAD**

MUJER

¿tiene vida sexual activa? Si – No X
Última menstruación 55 años.
Ultima citología 68 años.
¿Se practica examen de seno? Si X No__
Por qué control.

HOMBRE

¿tiene vida sexual activa? Si___ No___
¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No___
¿Presenta secreciones inusuales? Si___ No___
¿Se ha realizado examen de próstata? Si__ No __
Por qué ___

- **ELIMINACIÓN**

¿Presenta dificultad para orinar? Si__ No X
¿Con que frecuencia orina? Normalmente
¿Despierta en la noche para orinar? Si__ No X A veces__
¿Color inusual? Si__ No X cual ___
¿Olor inusual? Si__ No X 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__

¿Presenta dificultad al defecar? Si X No__
¿Con que frecuencia realiza deposición? 3 a 4 días
¿Salida involuntaira? Si__ No X A veces__
¿ultiza ayudas para defecar? Si X No__ A veces__
Cual Asacodilo - Bebidas

- **SUEÑO**

¿Cuántas horas duerme? 7 a 8 horas.
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO.
¿sufre de insomnio? NO.

- **ACTIVIDAD FISICA**

¿Presenta fatiga? Si— No X ¿con que actividad?
¿Presenta dolor en el tórax? Si— No X ¿Cuándo?
¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si— No X
¿Cuándo? ___

- **SIGNOS VITALES**

Frecuencia cardiaca	67	Frecuencia respiratoria	18.	Presión arterial	130/70

- **NIVEL DE MOVILIDAD**

Completamente inmóvil —
Muy limitado —
Ligeramente limitado —
No requiere ayuda X

- **CAÍDAS**

Teme usted caerse si— no X

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

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

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

Tiempo en segundos de permanencia en el piso ___

Necesitó ayuda para levantarse si — no —

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si— no— 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, buen semblante y hábitos de higiene, ambulatoria.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Dx Diabetes mellitus tipo 2 - Hipertension arterial - Dislipidemia mixta - colón irritable.

Tratamiento Farmacologico oral + controles al dia.

Valoración por enfermeria mensual 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: Encarnis Agudelo

Powered by CamScanner

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-37 Versión: 01 Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: Maria Ederis Agudelo | EAPB: Asmet Salud.

N° identificación del adulto: 24'942557 | Nivel de Riesgo: Ninguno.

Dirección domicilio: Mz 38 Cs 12 San Vicente. | Cel: 3202379476

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SAT02: Saturacion de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C°: Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
2-09-25	9140	110/70	65	95	18	34.5	T. signos vitales	Sandra Ibarra.

Powered by CamScanner

15

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
10	9	2024

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	María Eucaris Agudelo
DOCUMENTO	24942557
GRUPO	Mañana

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.

U 6 ¿ m @ t # 200 b 3 + v 4 Y 7 %

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

mamá — vela Yuca
tetero — Yuca
banano — Uno uno

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.

13	68	4	19	25	11	5	7	46	34
4	5	7	11	13	19	25	34	46	68

PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.



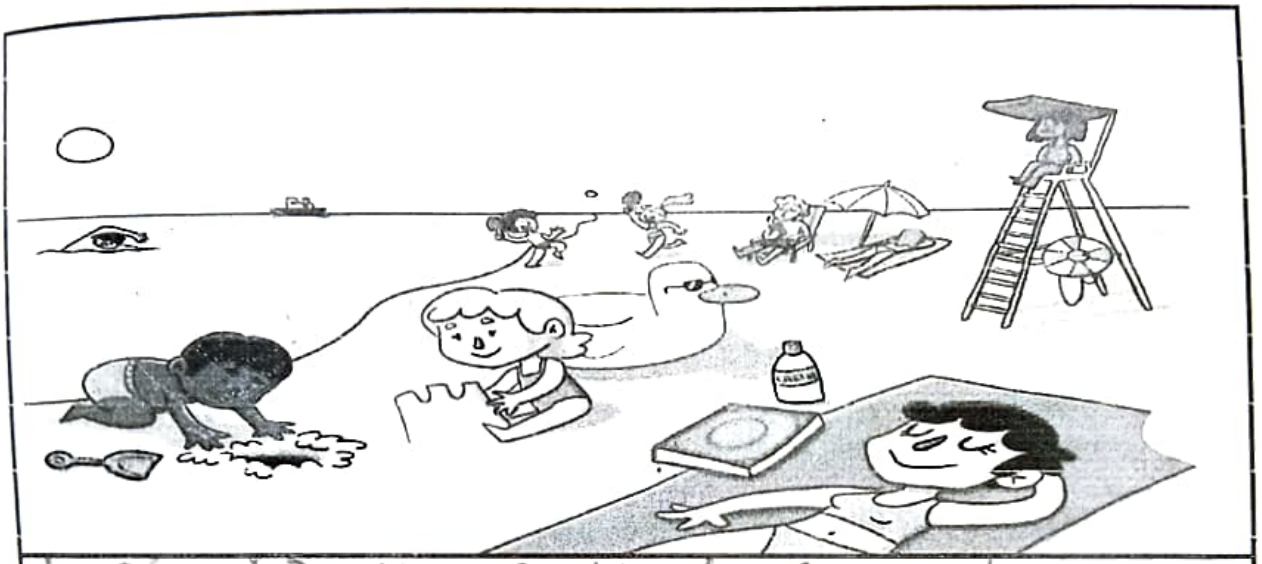
ESTA

CASA

PESCAD

ANZUEL

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



los niños están Jugando con agua y arena
bañarse
se estan bañando

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 x2000 ~~10 000~~	A Julio Le quedo 30.000 de 40000 que tenia

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

PROFESIONAL	FIRMA
Silvia Mejia Gomez Bachiller Auxiliar Nomina	Silvia Mejia G
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	17/9/2024.

NOTAS Y OBSERVACIONES:

TIENE HABILIDADES DE LECTO-ESCRITURA, DEBE PULIR ORTOGRAFÍA

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR - MRC

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS – USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 19 M: 06 A: 2025	Maria Fucaris Agudelo	Mariana Vargas López

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

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

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

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

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Fuerza muscular global conservada, fuerza suficiente para realizar la mayoria de AVD sin ayuda, aunque con limitaciones en esfuerzos intensos

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: 19 M: 06 A: 25	Maria Eucaris Agudelo	Mariana Vargas López

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

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

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

2. PONERSE DE PUNTILLAS

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

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

3. APOYO MONOPODAL

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

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

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

Scanned with CamScanner

Mini-BESTest
"Evaluación de los Sistemas de Equilibrio"

CONTROL POSTURAL REACTIVO — SUBPUNTUACIÓN: /6

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

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

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

6. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- LATERAL

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

Izquierda		Derecha	
[x]	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto	[x]	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto
[ ]	**(1) Moderado:** Varios pasos para recuperar el equilibrio	[ ]	**(1) Moderado:** Varios pasos para recuperar el equilibrio
[ ]	**(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.

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 sus ojos".

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."

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

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

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

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

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

TUG: 11,9 **segundos** **TUG doble tarea:** 12,31 **segundos**

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 28 /28

Scanned with CamScanner

	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

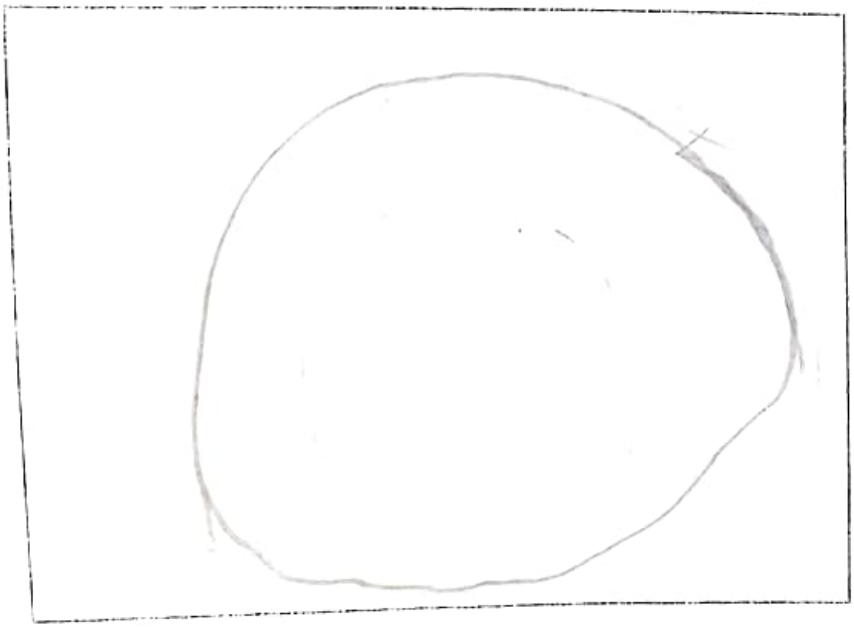
DIA	MES	AÑO

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	María Eucaris Agudelo
DOCUMENTO	24'942557
GRUPO	AM Rojo

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

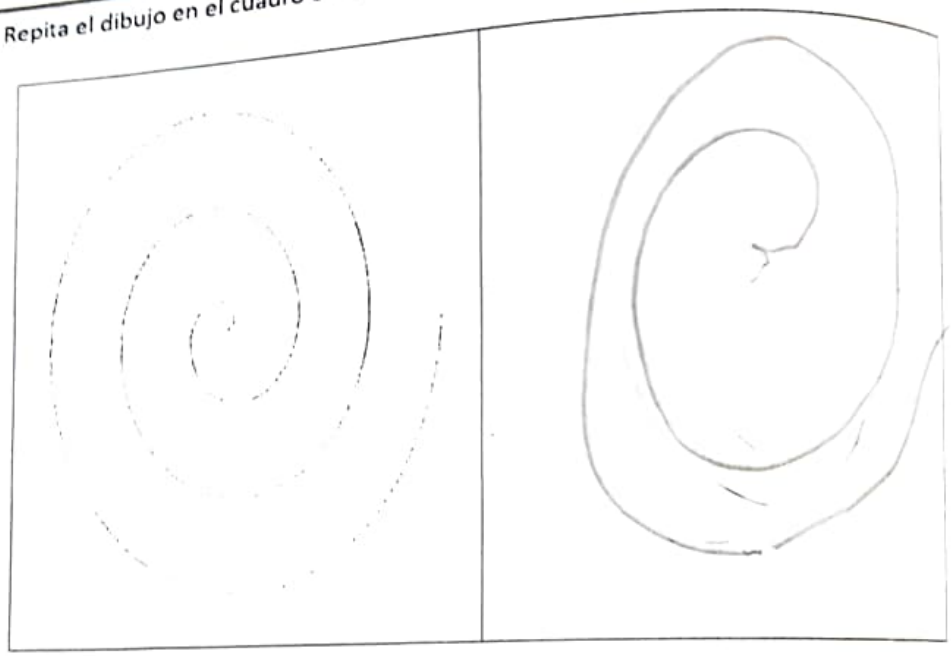


DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL

2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



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

Periódico

Ler

botella plástica

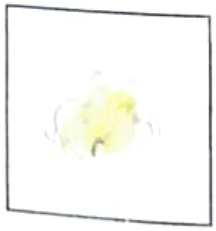
Reciclar

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 :



PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL

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

- [ ] Falso
- [ ] Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
Ms Zoraida Bueno G, Manuela Gallego.	Ms Zoraida Bueno G.
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	

NOTAS Y OBSERVACIONES:

El desempeño de la prueba es satisfa-
torio, aunque requiere apoyo alfa-
numerico.

Adaptada por: Claudia Azucena Batero G
Área Actividades Producti

Alcaldia de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

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

NOMBRE COMPLETO: MARIA ELCIRIS AGUDELO.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24942537
GRUPO: Amarillo.	EVALUADO POR: Chirmen Bucaro
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 06 / MES: Agosto. /	AÑO: 2025 /

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año ✓ 5
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación ✓ 5

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

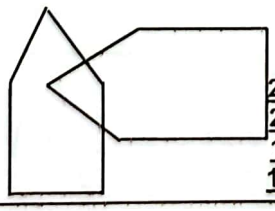
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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



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

Adecuada capacidad cognitiva.

Powered by CamScanner

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

FECHA DE APLICACION: DIA: 06 / MES: Agosto / AÑO: 2025 /	
NOMBRE COMPLETO Maria Eocelis Agudelo	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 24942559
GRUPO Amarillo.	ENTREVISTADO POR Cristina Bueno R

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.	5
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en riesgo y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.	

Fuente: http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html

FIRMA PROFESIONAL: Cristina Bueno R

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

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON

NOMBRE COMPLETO: Maria Eucaris Agudelo	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24042557
GRUPO: Amarillo - AM	EVALUADO POR: Wilmar Loaiza
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 20 / MES: Mayo /	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: 1	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 si mismo
I A D Puntuación: 1	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: 1	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: 1	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**

IAD Puntuación: 1	IAD 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
IAD Puntuación: 1	IAD Puntuación:	**MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS**	I= Maneja los asuntos económicos con independencia A=Realiza gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta del banco y hacer grandes compras, etc D= Incapaz de manejar su dinero

TOTAL 12 TOTAL _____

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

ANALISIS: Usuaria con independencia total para actividades cotidianas.

Wilmar Loaiza
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 Eucaris Agudelo	24942557
GRUPO: Amarillo - AM.	**EVALUADO POR:** Wilmar Loaiza

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 20 / MES: Mayo / 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: 10, ___ 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: 10, ___ segundos

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

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.

Powered by CamScanner

10. POSICIÓN TÁNDEM:

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

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

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

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

0 = incapaz.
X = capaz, pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___ 1, 5 segundos



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

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

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

INTERPRETACIÓN

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

9/9
25/26
34/35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuaria con correcta condicion frente a marcha y equilibrio estatico. Se recomienda AF general para mantener y mejorar condiciones actuales.
Puntuacion general 34 de 35.

FIRMA – EVALUADOR

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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 14/05/2025

Ficha: 66001044569900000189

C9

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA EUCARIS

Apellidos: AGUDELO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24942557

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/10/2019

Última actualización ciudadano: 10/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Agudelo Nombre: Maria Evaris

Sexo: F Edad: 75 Peso, kg: 52,8 Altura, cm: 148 Fecha: 19/06/25

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 (subtotal máx. 14 puntos) — 12

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 52,8 **TALLA:** 148 **IMC:** 24,1

DX NUTRICIONAL: Peso Adecuado

Dx Diabetes - HTA