Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: Maria Magnolia Orrego C.

GRUPO: Rojo **JORNADA:** Pm
TELEFONOS: 3215691270

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

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

18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q			
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular			
VALORACION – AREA FISIOTERAPIA				
20	Cuestionario - Mini-BESTest	X		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	X		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit			
VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN				
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton	X		
24	Escala de Tinetti Modificada	X		
VALORACION – AREAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS/TRABAJO ASOCIATIVO Y EDUCACION				
25	Prueba de entrada - Área Ocupacional	X		
26	Prueba de entrada - Área Educación	X		
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		Falta firma de ambos padres

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 31 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias, Trabajo Social. 1122509595

Responsable de la Verificación

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

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

1

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 113

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 23 MES 05 AÑO 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María Magnolia Orrego Cardona

LUGAR DE NACIMIENTO: Balboa FECHA: DIA 28 MES 10 AÑO 1954

DIRECCIÓN: Mz 10 Casa 6 intermedio alto

TELEFONO: 3215691270

EDAD: 74 CATEGORIA SISBEN: B2 DESPLAZADO NO EPS Famisanar

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Carlina Orrego
DIRECCIÓN Mz 10 casa 6 intermedio alto TELEFONO 3215691270

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula ( ) -Sisben (X) -Otro ( )
Cuál

Nombre del funcionario: Gloria Inés Arias

C.T.A. MULTISER

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

ENCUESTA No. ____ /

DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA: DÍA 23 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Maria Orrego PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Maria Magnolio Orrego C.C 42125305 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 28 / M 10 / A 1954 Balboa / EDAD ___ / SEXO ___ /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA M2 lo cs 6 / BARRIO Intermedio /

EPS Famisanar / PUNTAJE SISBEN B2 / TIPO SANGRE O+ /

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

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

COMUNA Villasan TELÉFONO FIJO — / CELULAR ____ /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ama de casa / ANTERIOR — /

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

CUÁL: Ninguno / NINGUNO: ___ /

PERSONA DE CONTACTO Carlina Orrego /

DIRECCIÓN M2 lo cs 6 TELÉFONO ____ PARENTESCO Hermana

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: — /

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

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

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

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	Carlina Orrego	63	Hermana	Ama de casa
2	—	—	—	—
3	—	—	—	—
4	—	—	—	—

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

5	—	—	—	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

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

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI — /

CUÁL? _____ /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI — /

CUAL? — /

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

CUAL? — /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

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

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Manualidades y Ejercicios /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

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

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

OTROS CUÁLES? — /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. X

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

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

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

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

VESTUARIO: SI —/ NO X/ TRANSPORTE: SI X/ NO —/ RECREACIÓN: SI __/ NO __/

5. VIVIENDA = 20%

5.1. **CALIDAD DE TENENCIA**

PROPIA X/ FAMILIAR —/ ARRENDADA —/ INVASIÓN —/ CEDIDA —/

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

5.2. **BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:**

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

PUERTAS X/ VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO —/ DIVISIONES X/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

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

VIVIENDA EN RUINA —/ OTRA _____/

TODAS LAS ANTERIORES —/NINGUNA DE LAS ANTERIORES —/

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

CENTRO VIDA: **SI** X/ **NO** —/

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Luz Nelly C /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 35 541 848

Alcaldía de PEREIRA

APROBAC ON DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

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

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres: María Magnolia	Apellidos: Orrego Cardona
Documento de identidad: 42125305	Expedida: 18/Enero/1996 Pereira

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

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

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

Se le aprueba X O se le niega — el cupo, a partir de la fecha: Día 23 Mes 05 Año 2024

Firma

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucía Alzate González
Nombre Gerontólogo(a)

Xiomara Quintero
Nombre Psicólogo(a)

Sí.

Xiomara Q.

C.T.A. MULTISER	FICHA DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR CENTRO VIDA ORIENTE	Alcaldía de PEREIRA	Código: FO-DS-04-009 Versión: 01 Fecha de Creación: 17/08/2017

IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Maria

SEGUNDO NOMBRE: Magnolia

PRIMER APELLIDO: Arrego

SEGUNDO APELLIDO: Cardona

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

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

Fecha de Nacimiento: 29/Enero/1949

No. Documento 42125305

RANGO DE EDAD:

AÑOS CUMPLIDOS: 74

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

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B2

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: Famisanar

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

1 [ ] VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
2 [ ] REINCORPORADO(A)
3 [ ] PUEBLOS INDIGENAS
4 [ ] MADRE CABEZA DE FAMILIA
5 [X] PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD
6 [ ] COMUNIDADES (Negras, Afro, Palenqueras y Raizales).
7 [ ] PUEBLO Rrom (Gitanos)
8 [ ] OTRO. ¿CUAL?

¿CÚAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

1 [X] NINGUNO
2 [ ] PRIMARIA COMPLETA
3 [ ] PRIMARIA INCOMPLETA
4 [ ] SECUNDARIA COMPLETA
5 [ ] SECUNDARIA INCOMPLETA
6 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA
7 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA
8 [ ] UNIVERSITARIA COMPLETA
9 [ ] UNIVERSITARIA INCOMPLETA
10 [ ] POSTGRADO COMPLETO
11 [ ] POSTGRADO INCOMPLETO
12 [ ] OTRO (EDUCACIÓN NO FORMAL)

¿PERTENECE USTED A ALGUNA(S) ORGANIZACIÓN(ES) Y/O ASOCIACION(ES)?

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 —
2 —
2 [X] NO

¿ACTUALMENTE RECIBE ALGÚN(OS) SUBSIDIO(S) POR PARTE DEL GOBIERNO (NACIONAL, DEPARTAMENTAL O DISTRITAL) O DEL SECTOR PRIVADO?

1 [X] SI
[ ] GOBIERNO
[ ] SECTOR PRIVADO

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor
2 —

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Compartir con la hermana

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

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

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: M2 10 CS 6 Intermedio
BARRIO: Mz 10 CS 6 Intermedio

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3215691270 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Carlina Orrego PARENTESCO: Hermana
TELÉFONO DE CONTACTO: 3215691270

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

E1. ACTUALMENTE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL ES: **(Asigne una sola alternativa, la que mejor describa la actividad principal**

1	[—] BUSCANDO TRABAJO	9	[X] OFICIOS DEL HOGAR
2	[—] TRABAJAR	10	[—] INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
3	[—] ESTUDIAR	11	[—] JORNALERO O PEÓN
4	[—] OBRERO O EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR	12	[—] TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA
5	[—] OBRERO O EMPLEADO DEL GOBIERNO	13	[—] PATRÓN O EMPLEADOR
6	[—] EMPLEADO(A) DOMÉSTICO	14	[—] OTRO. ¿CUÁL? —
7	[—] TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN		
8	[—] TRABAJADOR SIN REMUNERACIÓN EN EMPRESAS O DE NEGOCIOS DE OTROS HOGARES		

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO VIDA O DIA

Aprender — Pasarla rico

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Hace tres años se accidento, a causa de eso el brato le duele.

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Luz Neiva Leo

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
23	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA



OBSERVACIONES:

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

6

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro Vida



NOMBRES: Maria Magnolia

APELLIDOS: Orrego Caldona

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 28 / MES: Octubre / AÑO: 1954

EDAD: 74 SEXO F / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 42125305 / TIPO SANGRE: O+ /

ETNIA: MESTIZO: X / INDÍGENA: — / AFROCOLOMBIANO: — / RAIZAL: — / ROM: — / OTRO: — / HOJA VIDA No: —

DIRECCIÓN: Mz 10 casa 6 / BARRIO: Intermedio Alto /

COMUNA: Villa Santana / VEREDA: — /

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3215691270 / PLAN FUNERARIO: Mapfre /

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Famisanar / PUNTAJE SISBEN B2 /

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Losartan /

ALERGIA A MEDICAMENTOS: — /

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Carlina Orrego /

PARENTESCO: Hermana / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: /

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: Gloria Clemencia Gonzaley

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

CORREO ELECTRÓNICO: glonac612008@hotmail.com /

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

C.T.A.MLTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Cooperativa de Trabajo Asociado Multiser en calidad de operadora del programa para el adulto Mayor Centro Vida Oriente, de lo siguiente:

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

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 23 días del mes de 05 delaño 2024

Firma: No firma

Nombre: Maria Magnolia Orrego

Identificación: 42125305



Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 19/06/2024

Ficha: 66001002567500000143

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA MAGNOLIA

Apellidos: ORREGO CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 42125305

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/10/2023

Última actualización ciudadano: 02/10/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

12

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	42125305
NOMBRES	MARIA MAGNOLIA
APELLIDOS	ORREGO CARDONA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/19/2024 12:24:45	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Orrego cardona Nombre: maria magnolia

Sexo: F Edad: 75 años Peso, kg: 49.9 Altura, cm: 144 Fecha: 5/06/24

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

Evaluación del cribaje (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 sies
0.5 = 2 sies
1.0 = 3 sies

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación (máx. 16 puntos)

Cribaje

Evaluación global (máx. 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

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

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Para más información: www.mna-elderly.com

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

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

NOMBRE María magnolia Orrego. FECHA 5/06/24

PESO 49.9 TALLA: 144 IMC: 24

Peso Adecuado Tamizaje: Estado nutricional Normal.

FIRMA USUARIO:

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

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

FECHA DE APLICACIÓN: **DIA: 20** **MES: 12** **AÑO: 2024**

NOMBRES – APELLIDOS: MARIA MAGNOLIA ORREGO

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

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

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

INTERPRETACION

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

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

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

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

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuaria con HTA y dificultad moderada para realizar actividad física usuaria con medicación para la hipertensión.

Camila Centeno

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Orrego

Nombre: Maria magnolia

Sexo: F

Edad: 75

Peso, kg: 49.6

Altura, cm: 140

Fecha: 26/07/24

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

0.0 = 0 o 1 sies
0.5 = 2 sies
1.0 = 3 sies — ☐.☐

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 paciento su estado de salud?
0.0 = peor
0.5 = no lo sabe
1.0 = igual
2.0 = mejor — ☐.☐

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

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

Evaluación (máx. 16 puntos) — ☐☐

Cribaje — ☐☐

Evaluación global (máx. 30 puntos) — ☐☐

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos — estado nutricional normal
De 17 a 23,5 puntos — riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos — malnutrición

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

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

Para más información: www.mna-elderly.com

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

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

NOMBRE María magnolia Orrego. FECHA 26/07/24

PESO 49.6 TALLA: 140 IMC: 25.3

Peso Adecuado; Dx: Gastritis
25/07/24

b 25.5
p 33.5

FIRMA USUARIO:

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

NOVIEMBRE 5 DE 2024, CENTRO VIDA ORIENTE PEREIRA

Desde el área de **PSICOLOGÍA** se establecen la aplicación del **MINI MENTAL TEST** como una de las evaluaciones para determinar el estado mental de los usuarios. Sin embargo por la situación de salud de algunos de ellos, no es posible realizar su aplicación dado que el resultado no sería confiable y perdería validez.

Este es el caso de **MARIA MAGNOLIA ORREGO,** identificada con **CC. 42125305,** quien sufrió una parálisis cerebral en la infancia y posterior a ella secuelas a nivel cognitivo, por lo que su puntaje saldría alterado y no determinaría un deterioro mayor al que ya se conoce después del suceso.

XIOMARA ELENA QUINTERO CASTAÑO
PSICÓLOGA, ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TP.207410



CC. 1088028108

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: 28 / MES: 11 / AÑO: 2024 /	
NOMBRE COMPLETO: Maria Magnolia Ortega	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 42125305
GRUPO: Rojo - Tarde	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~~ X	**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**.	
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.	7
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

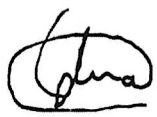
FIRMA PROFESIONAL: _____

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

INFORME SOBRE IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR VALORACIÓN APGAR FAMILIAR

Nombre completo del beneficiario: María Magnolia Orrego.
Cedula de ciudadanía del beneficiario: 42125305
Fecha: 18 octubre del 2024
Área: Trabajo social

Se solicitó la realización de una valoración Apgar Familiar para la beneficiaria María Magnolia Orrego, el cual se implementa para evaluar la dinámica familiar de los individuos. Sin embargo, la usuaria sufrió un derrame cerebral durante su infancia, lo que ha ocasionado secuelas neurológicas que afectan significativamente su capacidad para comunicarse y expresar sus pensamientos de manera clara y concisa. Ahora bien, para la aplicación del instrumento Apgar Familiar se requiere que la persona pueda responder a una serie de preguntas relacionadas con su percepción de la dinámica familiar y dada la dificultad del usuario para comprender y responder a estas preguntas, los resultados obtenidos serían poco confiables y no reflejarían de manera precisa la situación familiar, por lo que esta herramienta de evaluación no es la adecuada en este caso.



Gloria Inés Arias Molina
Cédula: 1225092595
Trabajadora social

COOPERATIVA MULTISER

AÑOS ESTUDIO: 2 PRIMARIA DX: HTA FECHA: 31-10-2024

NOMBRE: MARIA MAGNOLIA ORREGO C EDAD SEXO: F

Independiente X Necesita Asistencia___ Hospitalizada___

		Score 1	Score 2
Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación			
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ?	1	
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	1	
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	1	
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo ?	1	
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	0	
D1.6	Comenzar y mantener una conversacion?	0	
	Domain Score	17%	0%
Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)			
D2.1	Estar de pie por largos periodos de tiempo como por ejemplo 30 minutos?	0	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	0	
D2.3	Moverse dentro de su casa	0	
D2.4	Salir de su casa ?	0	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	1	
	Domain Score	5%	0%
Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO			
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse) ?	0	
D3.2	Vestirse ?	0	
D3.3	Comer?	0	
D3.4	Quedarse solo(a) durante unos días?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos			
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce ?	0	
D4.2	Mantener una amistad ?	1	
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted ?	0	
D4.4	Hacer nuevos amigos?	1	
D4.5	Tener relaciones sexuales?	4	
	Domain Score	30%	0%
Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas			
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa ?	0	
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	0	
D5.3	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	0	
D5.4	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ?	0	
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario?	0	
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?	0	
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	0	
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD			