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 Rosalba Soto

GRUPO: Rojo JORNADA: Pm

TELEFONOS: 3102730792

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	X		
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA	X		
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	X		
4	FICHA DE INSCRIPCION	X		
5	HOJA DE VIDA	X		
6	AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS	X		
7	COPIA CEDULA CIUDADANIA	X		
8	SISBEN	X		
9	ADRES	X		
10	CERTIFICADO AFILIACION – PLAN FUNERARIO FLIAR			
11	HISTORIA CLINICA (Opcional)	X		
	VALORACION - AREA NUTRICION			
12	Mini-Nutrition Assesment - MNA	X		
	VALORACION - AREA PSICOSOCIAL			
	Por Profesional en Psicología			
13	Minimental Test o Cuestionario Pfeiffer	X		
14	Escala de Depresión Geriátrica – Yesavage	X		
	Por Profesional en Trabajo Social			
15	Familia Apgar	X		
	Por profesional en Gerontología			
16	Cuestionario 36 preguntas – Whodas – 2.0			
	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	X		
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			
26	Prueba de entrada - Área Educación			
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 7 **MES:** 11 **AÑO:** 2024.

Elena Inés Arcas Trabajo Social 1225092595

Responsable de la Verificación

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

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

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 187

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 17 **MES** 09 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Maria Rosalba Soto

LUGAR DE NACIMIENTO: Manizales **FECHA: DIA** 07 **MES** 09 **AÑO** 1948

DIRECCIÓN: Mz 22 Casa 20 Intermedio La Isla

TELEFONO: 3102730793

EDAD: 76 **CATEGORIA SISBEN:** B7 **DESPLAZADO** No **EPS** Asmet Salud

RH A+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Emma Juliana Gomez Soto
DIRECCIÓN Mz 32 casa 29 Intermedio La Isla TELEFONO 3102730792

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (x) -Sisben (x) -Otro (2)
Cuál Actas, Sisben, historia cl:

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. 1

DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA: DÍA 17 / MES 09 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Mara Rosalba Soto PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Mara Rosalba Soto C.C 24941497 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 7 / M 09 / A 1948 Manizales / EDAD 76 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz 22 Casa 20 / BARRIO Intermedio /

EPS Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN B7 / TIPO SANGRE A+ /

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

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

COMUNA ____ / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3102730792 /

OCUPACION: ACTUAL Ama de Casa / ANTERIOR Oficios Varios /

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

CUÁL: Primaria incompleta / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Emma Juliana Gomez Soto /

DIRECCION Mz 22 Casa 29 TELÉFONO 3102730792 PERENTESCO Hija /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: — /

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

AFECTACION MENTAL: ESTRÉS — / ANSIEDAD X / DEPRESION — / DEMENCIA — /
OTRAS — / CUALES: — /

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

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICION FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1	Emma Juliana Gomez	42	Hija	Oficios Varios
2	Haroldo Colorado Gomez	18	Nieto	Estudiante.

3	—	—	—	—
4	—	—	—	—
5	—	—	—	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

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

3. HABITOS 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 ALGUN PLAN DE EJERCICIO FISICO DIRIGIDO? NO X / SI — /

CUAL? — /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACION — / CULTURA — / ARTES — / MANUALIDADDES — /

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Piscina, Pintar, manualidades /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONOMICA:

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

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

OTROS CUÁLES? _____ /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. ___
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... X
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... ___

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

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

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

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA X / FAMILIAR ___/ ARRENDADA ___/ INVASION ___/ 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 X / PISOS CON DESNIVEL ___/

PUERTAS X / VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO ___/ DIVISIONES X /

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES ___/ DORMITORIO COMPARTIDO ___/

DORMITORIO AISLADO ___/ HUMEDADES ___/ ILUMINACION-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: Gloria Inés Arias /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1225092595

Alcaldía de PEREIRA

APROBACIÓN 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 Maria Rosalba	Apellidos Soto
Documento de identidad 24941497	Expedida 13/Julio/1971 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			
	Inferior	Igual	Superior	Enfermedad mental	–	Alcohol	–
SISBEN				Sustancias psicoactivas	–	Soledad	–
Edad superior o igual a 55 años	–	–	X	Abandono familiar	–	Sedentarismo	X
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 ___ Mes ___ Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Nombre Gerontólogo(a)

Nombre Psicólogo(a)

Firma

C.T.A. MULTISER	FICHA DE INSCRIPCION 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: Rosalba

PRIMER APELLIDO: Soto

SEGUNDO APELLIDO: —

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: 7/Septiembre 1948

No. Documento 24941497

RANGO DE EDAD:

AÑOS CUMPLIDOS: 76

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

SEXO:

1 [—] HOMBRE
2 [X] MUJER
3 [—] LGBTI

DATOS SISBEN:

Est
1 [X] SI
2 [—] NO

PUNTAJE: B7

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [X] SI
2 [—] NO

1 [—] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: Asmet Salud

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

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

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

1 [—] 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 [/] SI [X] GOBIERNO [—] SECTOR PRIVADO
2 [/] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Columbia mayor
2 —

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Escuchar radio, ver tv, pintar.

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: MZ 22 Casa 20
BARRIO: Intermedio La Isla

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3102730792 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Emma Juliana Gomez PARENTESCO: Hija
TELÉFONO DE CONTACTO: 3102730792

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

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

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

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

Socializar, realizar actividad física y aprender.

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Dolor en las rodillas. Esta a la espera del exámen ocular, dado que se le dificulta ver por el ojo izquierdo.

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Gloria Inés Arias

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

OBSERVACIONES:

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

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Centro Vida Oriente /

NOMBRES: Maria Rosalba /

APELLIDOS: Soto /

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 7 / MES: Septiembre / AÑO: 1948 /

EDAD: 76 SEXO F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 24941497 / TIPO SANGRE: A+ /

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

HOJA VIDA No: __

DIRECCIÓN: Mz 22 Casa 20 / BARRIO: Intermedio Isla /

COMUNA: Villasantana / VEREDA: — /

TELEFONO FIJO: — / CELULAR: 3102730792 / PLAN FUNERARIO: Mapfre /

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN B1 /

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: — /

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Ninguno /

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

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

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

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA: — / SECUNDARIA: — / NINGUNO: — / OTRO: Primaria incompleta /

INGRESOS ECONOMICOS: RENTA PROPIA: __ / APOYO FLIA: __ / PENSION: __ / PROGRAMA ESTADO: __ / NINGUNO: __ /

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Emma Juliana Gomez /

PARENTESCO: Hija / TEL FIJO: 3102730792 / TEL CELULAR: 3102730792

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: Gloria Clemencia Gonzalez /

DIRECCION: Cra 13 # 2E - 04 / TELEFONOS: 3127797748 /

CORREO ELECTRONICO: gloriac612008@hotmail.com /

ANEXOS: CEDULA: (✓) SISBEN: (✓) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: (✓) 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 ___ días del mes de _____ del año 2024

Firma: Nallo Soto

Nombre: Nallo Soto

Identificación: 24 951 497



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.941.497**

SOTO

APELLIDOS

MARIA ROSALBA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1948**

MANZANARES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

13-JUL-1971 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00161175-F-0024941497-20090702 **0013010365A 2** 4560008824

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 16/09/2024

Ficha: 66001062568900000119

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ROSALBA

Apellidos: SOTO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24941497

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/10/2019

Última actualización ciudadano: 08/10/2019

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	24941497
NOMBRES	MARIA ROSALBA
APELLIDOS	SOTO
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	16/09/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/16/2024 08:19:49	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

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA ROSALBA SOTO
Documento: CC 24.941.497
Fecha nacimiento: Sep.07/1948
Dirección: MZ 22 CS 20
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Número de Ficha:
Atención: 20
Causa externa:
Edad: 75 Años
Télefono: 3102730792
Fecha: Ago.22/2024
Finalidad:
H.C. 24941497
Sexo: Femenino
Ciudad: PEREIRA
Etnia: Otros
Nivel: Nivel 1
Hora: 10:25

Tórax	Normal 07-09-2021 13:27 Normal 18-01-2022 08:12 No Evalúo 02-02-2021 14:21
Pulmones	Normal 07-09-2021 13:27 Normal 18-01-2022 08:12 Normal 04-09-2022 11:05 Anormal Hipoventilacion Pulmonar Bilateral 07-09-0021 00:00
Corazón	No Evalúo 02-02-2021 14:21 Normal 18-01-2022 08:12 Normal 04-09-2022 11:05
Abdomen	No Evalúo 02-02-2021 14:21 Normal 07-09-2021 13:28 Normal 23-11-2021 16:57 Normal 18-01-2022 08:12 Normal 04-09-2022 11:05 Normal Blando Depresible No Doloroso 18-01-0022 00:00
Genitourinario	No Evalúo 02-02-2021 14:22 Normal 07-09-2021 13:28 Normal 23-11-2021 16:57 Normal 04-09-2022 11:05
Tacto vaginal	No Evalúo 02-02-2021 14:22 No Evalúo 04-09-2022 11:05
Tacto rectal	Normal 07-09-2021 13:28 Normal 18-01-2022 08:12
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	No Evaluado 07-09-2021 13:29 No Evaluado 18-01-2022 08:12 No Evaluado 04-09-2022 11:05 No Evaluado 07-09-2021 13:29 No Evaluado 18-01-2022 08:12 No Evaluado 04-09-2022 11:05 Normal Pares Craneales Normales, Fuerza 5/5 Y Eurreflexia En Las 4 Extremidades, Babinsky Y Romberg Negativos, No Hay Reflejos Patológicos Ni Signos Meníngeos, Sensibilidad Intacta, Pruebas Cerebelosas Normales No Hay Signos De Focalización No Hay Signos Meningeos, No Hay Ninguna Alteración Motora Ni Sensitiva, Neurologico Normal Al Examen 04-09-0022 00:00
Sistema vascular periférico	No Evalúo 02-02-2021 14:22 Normal 07-09-2021 13:29 Normal 18-01-2022 08:12
Piel y faneras	No Evalúo 02-02-2021 14:22 Normal 07-09-2021 13:29 Normal 18-01-2022 08:12 Normal 04-09-2022 11:05 No Evalúo 02-02-2021 14:22 Normal 07-09-2021 13:30 Normal 18-01-2022 08:12

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA ROSALBA SOTO
Documento: CC 24.941.497
Fecha nacimiento: Sep.07/1948
Dirección: MZ 22 CS 20
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Número de Ficha:
Atención: 20
Causa externa:
Edad: 75 Años
Télefono: 3102730792
Fecha: Ago.22/2024
Finalidad:
H.C. 24941497
Sexo: Femenino
Ciudad: PEREIRA
Etnia: Otros
Nivel: Nivel 1
Hora: 10:25

Sistema Osteomuscular	Normal 04-09-2022 11:05 No Evalúo 02-02-2021 14:22 Normal 07-09-2021 13:29 Normal 18-01-2022 08:12 Normal 04-09-2022 11:05
Otros	Normal Paciente En Buen Estado General, Bien Ventilada, Bien Perfundida, Bien Hidratada, Estable Hemodinamicamente, No Hay Signos De Bajo Gasto Ni De Sobrecarga, Paciente Asintomatica, No Se Detectan Alteraciones Al Examen Fisico 04-09-0022 00:00
Especuloscopia	Normal 18-01-2022 08:12 No Evaluado 07-09-2021 13:29 No Evaluado 18-01-2022 08:12 No Evaluado 04-09-2022 11:05
Extremidades	Anormal Dolor A La Palpacion Art Rodillas Caderas Codos 23-11-0021 00:00 Anormal Edema Dolor A Nivel De Art Rodilla Derecha , Dolor A La Palpacion , De Art Interfalangicas Ambas Manos , 07-09-0021 00:00 No Evalúo 02-02-2021 14:22 Normal 18-01-2022 08:12 Normal 04-09-2022 11:05

Total: 0
Clasificación:

Tipo de población
Paciente LGBTI

No 18-01-2022 08:07
No 04-09-2022 10:58
No 22-08-2024 10:28

Total: 0
Clasificación:

TECNOLOGÍAS BLANDAS
NO CORRESPONDE

Histórico para seguimiento

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA ROSALBA SOTO

Documento:	CC 24.941.497			**H.C.**	24941497
Fecha nacimiento:	Sep.07/1948	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 22 CS 20	**Télefono:**	3102730792	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	20	**Fecha:**	Ago.22/2024	**Hora:**	10:25
Causa externa:			**Finalidad:**		

Motivo consulta: PACIENTE CON DOLOR EN DEDO 1 DEL PIE DERECHO

Enfermedad actual: PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS DIAS CON ERITEMA EDEMA DOLOR.ADEMAS PARA DESCARTAR DM 2

Revisión por sistemas:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos	
Otros	NO REFIERE. 06-05-2019 08:50 Niega cualquier antecedente personal patologico de relevancia 04-09-2022 10:52
Antecedentes Quirúrgicos	
Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	NIEGA 04-09-2022 10:51 NO REFIERE. 06-05-2019 08:50
Antecedentes Traumáticos	
Fracturas	COSTILLAS AL SER ATROPELLADA PORF BUSETA. 06-05-2019 08:51
Antecedentes Alérgicos	
Medicamentos	NIEGA 04-09-2022 10:51 NO REFIERE 02-02-2021 14:19 NO REFIERE. 06-05-2019 08:52
Otros	
Antecedentes familiares	
Otros	NO REFIERE. 06-05-2019 08:55
Antecedentes ocupacionales	
Ocupaciones que ha desempeñado el paciente	CASXAS DE FAMILIA. 06-05-2019 08:55
Historia Personal y Social	
Número de personas con quien vive	ESPOSOS 06-05-2019 08:59
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	FUMADORA ACTUAL 2 CIG DIA 07-09-2021 13:16 SI FUMO IMPERIAL 5 CIFGARRILLOS DÍA DURANTE 10 AÑOS. 06-05-2019 08:59
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NO 06-05-2019 08:59
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuanto lo dejo)	NO 06-05-2019 08:59
Vida sexual activa	NO 06-05-2019 08:59
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	SI 06-05-2019 08:59
Convivencia con animales (mascotas)	SI 2 GALLINAS , 3 PQATOS , UN GALLO, 2 PERROS. 06-05-2019 08:59
Sabe leer	NO 06-05-2019 09:01
Sabe escribir	NO 06-05-2019 09:01
vive solo	NO 06-05-2019 08:59
Actividad fisica	SI CAMINA 1 HORA DÍA. 06-05-2019 08:59
Mas de un compañero sexual en el último año	NO 06-05-2019 08:59
Pareja sexual estable	SI 06-05-2019 08:59
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	AMA DE CASA 06-05-2019 09:01
Método de planificación (vasectomia, barrera, otros)	ANOV ORFAL PRESERVATIVO SIEMPRE ES LO

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA ROSALBA SOTO
Documento: CC 24.941.497 — H.C. 24941497
Fecha nacimiento: Sep.07/1948 — Edad: 75 Años — Sexo: Femenino
Dirección: MZ 22 CS 20 — Télefono: 3102730792 — Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS — Etnia: Otros
Número de Ficha: — Nivel: Nivel 1
Atención: 20 — Fecha: Ago.22/2024 — Hora: 10:25
Causa externa: — Finalidad:

Violencia y maltrato	RECOMENDADO. 06-05-2019 09:01
Edad inicio de vida sexual	SI PADRASTRO. 06-05-2019 09:01
Desplazado	10 AÑOS , VIOLADA POR PADRASTRO. 06-05-2019 08:59
Habitos de Higiene (Oral y Corporal)	NO 06-05-2019 09:01 SI BUENOS HÁBITOS. 06-05-2019 09:01
Signos y sintomas- mama	
Masa	EN SENO IZQUIERDO 27-04-0019 00:00
Mastalgia	IZQUIERDA 27-04-0019 00:00
Secreción	NO 27-04-0019 00:00
Cambios de la piel	APARICION DE NEVUS 27-04-0019 00:00
Cambios del pezón	NO 27-04-0019 00:00
Prurito	NO 27-04-0019 00:00
Mastopatia	NO 27-04-0019 00:00
Simetrías	SI 27-04-0019 00:00
EXAMEN FISICO	
Cabeza	No Evalúo 02-02-2021 14:20 Normal 07-09-2021 13:27 Normal 23-11-2021 16:57 Normal 18-01-2022 08:12 Normal 04-09-2022 11:09
Ojos	No Evalúo 02-02-2021 14:21
Fondo de Ojo	No Evalúo 02-02-2021 14:21
Oidos	No Evalúo 02-02-2021 14:21 Normal 04-09-2022 11:05
Nariz y senos paranasales	No Evalúo 02-02-2021 14:21 Normal 07-09-2021 13:27 Normal 04-09-2022 11:05
Boca	No Evalúo 02-02-2021 14:21 Normal 07-09-2021 13:27 Normal 23-11-2021 16:57 Normal 18-01-2022 08:12 Normal 04-09-2022 11:05
Garganta	No Evalúo 02-02-2021 14:21 Normal 07-09-2021 13:27 Normal 23-11-2021 16:57 Normal 18-01-2022 08:12 Normal 04-09-2022 11:05
Cuello	No Evalúo 02-02-2021 14:21 Normal 07-09-2021 13:27 Normal 23-11-2021 16:57 Normal 18-01-2022 08:12 Normal 04-09-2022 11:05
Mamas y axilas	No Evalúo 02-02-2021 14:21 No Evalúo 04-09-2022 11:05

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA ROSALBA SOTO

Documento:	CC 24.941.497			**H.C.**	24941497
Fecha nacimiento:	Sep.07/1948	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 22 CS 20	**Télefono:**	3102730792	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	20	**Fecha:**	Ago.22/2024	**Hora:**	10:25
Causa externa:			**Finalidad:**		

EXAMEN FÍSICO:

Inspeccion General

Peso:	K	**Talla:**	cms	**Índice Masa Corporal:**	
Presión Arterial Sentada:	/	**Parada:** /		**Acostada:**	/
Temperatura:	° °C Axilar			**Frecuencia Respiratoria:**	/ min
Frecuencia Cardiaca:	/ min	**Pulso:**	/ min Rítmico	**Escala Glassgow:**	
Concentración de Oxígeno en el Aire Inspirado:	%			**Saturación de Oxígeno:**	%
Glucometer:	mg/dl			**Perímetro Abdominal:**	

ANALISIS:

PACIENTE CON CELULITIS DEL DEDO DEL PIE. Y DESCARTAR SINDORME METABOLICO

DIAGNOSTICOS:

Diagnostico Principal	L039	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	**TIPO DIAGNOSTICO** Confirmado repetido

Orden de laboratorio

GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL -
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS -
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD -
TRIGLICERIDOS + -
COLESTEROL TOTAL -

Medicamentos

CLINDAMICINA 300MG CAPSULA	300MG	CAPSULA	1 CÁPSULA VIA ORAL CADA 8 HORAS DURANTE 5 DIAS	15	(QUINCE)
NAPROXENO 250MG TABLETA	250MG	TABLETA	1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS DURANTE 3 DIAS	9	(NUEVE)
ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C)	10%	SOLUCION	14 GOTAS VIA ORAL CADA 15 DÍAS DURANTE 15	2	(DOS)

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA ROSALBA SOTO

Documento:	CC 24.941.497			**H.C.**	24941497
Fecha nacimiento:	Sep.07/1948	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	MZ 22 CS 20	**Télefono:**	3102730792	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	20	**Fecha:**	Ago.22/2024	**Hora:**	10:25
Causa externa:			**Finalidad:**		

10% SOLUCION ORAL ORAL DIAS

Otras Fórmulas

REMISIONES:

Especialidad:	OPTOMETRÍA				
Diagnóstico:	DISMINUCION INDETERMINADA DE LA AGUDEZA VISUAL DE UN OJO				
Justificación:	DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL				
Servicio:	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA			
CUPS:	890207	**Cantidad:**	1	**Interno?:**	No

Incapacidad? No **Prorroga?** No

INDICACIONES:

R.S.: 8625914

JUAN CARLOS QUINTERO MARMOL
CC 1.121.506.238 Registro: 8625914
MEDICINA GENERAL

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Soto Nombre: Maria Rosalba

Sexo: F Edad: 76 Peso, kg: 89 Altura, cm: 153 Fecha:

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.

NOMBRE María Rosalba soto . **FECHA** 8/11/24

PESO 89 **TALLA:** 153 **IMC:** 38

Obesidad grado II

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

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

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO Maria Bocanegra Sot	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 1563295
GRUPO Centro Vida Oriente	**EVALUADO POR:** Yuomaira Montero
FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 7 / **MES:** 11 /	**AÑO:** 2024

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año — ~~4~~ 5
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 5 5

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

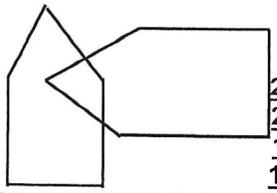
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 1 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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



27 - 30 – Normal – Adecuada Capacidad Cognitiva.
24 - 26 – Sospecha - Deterioro Cognitivo Leve. 28
12 - 23 – Deterioro Capacidad Cognitiva.
11 - 9 - Demencia - **Menos 5** – Fase Terminal.

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: 8 / MES: 11 / AÑO: 2024

NOMBRE COMPLETO: Maria Rosalba Soto
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24991997
GRUPO: Centro Vida Oriente
ENTREVISTADO POR: Yomara Montero

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**.	2
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

FIRMA PROFESIONAL: Yomara Montero

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

FAMILY APGAR

FECHA DE EVALUACION: DIA: 1 / MES: Noviembre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosalba Soto / C.C: 24941497

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

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

ANALISIS RESULTADO:

Un puntaje de 18 indica que se percibe un buen nivel de apoyo familiar en todos los aspectos de su vida, viéndose reflejado en áreas como la adaptación, participación, afecto, crecimiento y resolución, brindando una sólida base de seguridad y pertenencia, creando un entorno saludable, favoreciendo el bienestar emocional y físico de la persona

Gloria Inés Arias Molina

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 12250012595

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

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

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

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

DESCRIPCIÓN

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

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

Yo, María Rosalba Soto, con cedula N° 24.941.497, entiendo que las actividades a realizar arriba descritas implican tener beneficios para mi salud además de la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas, según fui informado en detalle por parte de los orientadores de las actividades. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante las actividades y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo posible.

Firmado en la ciudad de: Pereira a los 16 del mes de Septembre del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: María Soto 24 941 497



Firma – cedula - huella del acudiente: Emma Suliana Gomez S. 42 53724



Firma - cedula del orientador: Camila C 1000494272