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

FECHA DE EVALUACION: DIA: 28 / MES: ABRIL / AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Rubiela Linasco / C.C: 24389076 /

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:

Presenta buena función familiar, Presenta fortalezas consistentes en todas las dimensiones aunque sugiere que ante crisis pueden haber dificultades para reorganizarse se recomienda trabajar en el fortalecimiento de la dimensión adaptativa a través de estrategias familiares de manejo de estres y resilencia

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

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.389.076**

VINASCO GARCIA

APELLIDOS

MARIA RUBIELA

NOMBRES

María Rubiela VG

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1962**
ANSERMA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-MAR-1981 ANSERMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00546287-F-0024389076-20140217 **0037**20856A 1 4562751740

Alcaldía de PEREIRA	MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER - NIT: 90041528-4	Versión: 1 - Código: 1.1 - Vigencia 08 - 2024

ENCUESTA DE SATISFACCION - CALIFICACION DE LOS SERVICIOS

Apreciado usuario(a). Trabajamos día a día para ofrecerle el mejor servicio con calidad y excelencia. Su opinión es importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar la presente encuesta de satisfacción.

Nombre del Usuario: María Bobadilla G.B.

N° Identificación: 24389076

Fecha	24/06/2025	HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	Pm

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	X
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:

Todo excelente.

Gracias por su colaboración

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO N°_____

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 28 MES 04 AÑO 2025

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR María Rebiela Vinasco

LUGAR DE NACIMIENTO: Anserma FECHA: DIA 17 MES Oct AÑO 1962

DIRECCIÓN: M214 CS 9, las brisas

TELÉFONO: 3206363293

EDAD: 63 CATEGORÍA SISBEN: B5 DESPLAZADO _____ EPS Asmet Salud

RH B+

NOMBRE DE UN FAMILIAR

Diana Patricia Valencia

DIRECCIÓN M2 14 CS 7, las brisas

TELEFONO 3122214639

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario: Daniela Londoño Montoya

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 28/ MES 04 / AÑO 2025 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: maria Rubiela PARENTESCO _____/

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR maria Rubiela Vinasco C.C 24389076 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 17/ M 10/ A 1962 Anserma / EDAD ___/ SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA M2 14 Cs 9 / BARRIO las brisas /

EPS Asmet salud / PUNTAJE SISBEN B5 / TIPO SANGRE B+ /

ETNIA: MESTIZO: __/ AFROCOLOMBIANO: __/ INDIGENA: __/ RAIZAL: __/ ROM: __/ OTRO: ___/

ESTADO CIVIL CASAD@ ___/ UNION LIBRE ___/ SEPARAD@ X / VIUD@ ___/ SOLTER@_____/

COMUNA _____/ TELÉFONO FIJO _____/ CELULAR 3206363293 /

OCUPACION: ACTUAL vendedora / ANTERIOR_____/

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

CUÁL: _____ _____/ NINGUNO: ___/

PERSONA DE CONTACTO Diana patricia valencia /

DIRECCION Mz 14 Cs 7 las brisas TELÉFONO 3122214639 PERENTESCO hija /

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

FISICA: HTA __/ DIABETES X / OSTEOPOROSIS __/ ARTICULARES ___/ EPOC__/

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL ___/ OTRAS CUALES: Hipertensión, Sobrepeso

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

AFECTACION MENTAL: ESTRÉS___/ ANSIEDAD X/ DEPRESION X / DEMENCIA___/
OTRAS ___/ CUALES: _____/

AUTOPERCEPCION DE LA SALUD: MUY BUENA__/ BUENA__/ 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	Diana Patricia Valencia	45	Hija	No labora
2	Jhon Mario Valencia	41	Hijo	En Parqueadero

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

3	Maria Eugenia Valencia	43	Hija	Asegadora
4				
5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	X			
PARIENTES				X
VECINOS	X			
AMIGOS				

3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI ___ /

CUÁL? _____ /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO ___ / SI X /

CUAL? Baja en grasa, Sal, Carbohidratos /

TIENE ALGUN PLAN DE EJERCICIO FISICO DIRIGIDO? NO ___ / SI X /

CUAL? caminar, Ejercicio para adelgazar /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACION ___ / CULTURA ___ / ARTES ___ / MANUALIDADDES ___ /

OTRAS: ___ / CUÁLES: _____ /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Ejercicios funcionales y cardio /

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 ___ / 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 __/ NO X / TRANSPORTE: SI X / NO __/ 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 ___/ PISOS CON DESNIVEL ___/

PUERTAS ___/ VENTANAS ___/ BAÑO INCOMPLETO___/ DIVISIONES ___/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES ___/ DORMITORIO COMPARTIDO___/

DORMITORIO AISLADO __/ HUMEDADES X / 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: Daniela londoño Montoya

PROFESION: trabajadora social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 602441134

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 Rubiela Vinasco	Apellidos
Documento de identidad 24389076	Expedida 03 Mar 21 1991

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:	A	B	C	Sustancias psicoactivas		Soledad
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 ___Mes ___Año _____

Firma

_____

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

_____

_____

Nombre Gerontólogo(a)

Daniela Londoño Montoya

Nombre Psicólogo(a)

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: María

SEGUNDO NOMBRE: Rubiela

PRIMER APELLIDO: Vinasco

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: 17-octubre-1962
No. Documento: 24389076

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 63

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta
1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B5

ESTADO CIVIL:

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

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 [X] 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 [ ] SI
- [ ] GOBIERNO
- [ ] SECTOR PRIVADO

2 [X] NO

¿CUAL(ES)?: 1 _____
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Ejercicio y fortalecimiento

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 14 Cs 9 BARRIO: las brisas

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: 3206363293 EMAIL: _____

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Diana Patricia Valencia

TELÉFONO DE CONTACTO: 3122214639 PARENTESCO: hija

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 [ ] 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? vendedora

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

Mejorar en salud y apoyo desde la salud mental

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Daniela Londoño Montoya

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
28	04	2025

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 INSTITUCIÓN: centro vida oriente

NOMBRES: Maria Rubiela

APELLIDOS: Viñasco

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 17 / MES: Octubre / AÑO: 1962

EDAD: 63 SEXO: F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 24389076 / TIPO SANGRE: B+ /

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: __ / INDIGENA: __ / AFROCOLOMBIANO: __ / RAIZAL: __ / ROM: __ / OTRO: ____ /

DIRECCIÓN: Mz 14 Cs 9 / BARRIO: los Balsos /

COMUNA: ____ / VEREDA: ____ /

TELEFONO FIJO: ____ / CELULAR: 3206363293 / PLAN FUNERARIO: ____ /

S.G.S.S.S: C: __ / S: X / V: __ / O: __ / E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN B5 /

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: ____ /

ALERGIA A MEDICAMENTOS: ____ /

DISCAPACIDADES: FÍSICA: ____ / MENTAL: X / SENSORIAL: ____ / MULTIPLE: Cual ____ /

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

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

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

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

CONVIVENCIA: PAREJA: __ / FAMILIA: __ / SOLO: X / OTRO: ____ /

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Diana Patricia Valencia /

PARENTESCO: hija / TEL FIJO: ____ / TEL CELULAR: 3127714634

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: ____ /

DIRECCION: ____ / TELEFONOS: ____ /

CORREO ELECTRONICO: ____ /

ANEXOS: CEDULA: ( ) SISBEN: ( ) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: ( ) CONSENTIMIENTO INFORMADO: ( ) OTRO: CUAL ____ /

C.T.A.MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Alcaldía de PERE
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 Multiser 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_____, a los___días del mes de____ del año _____.

Firma: Rubiela VG

Nombre: Rubiela VG

Identificación: 24.389.076

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

NOMBRE COMPLETO Maria Gabriela Vinasco	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 24389076
GRUPO Amarillo - PM.	EVALUADO POR David Rentería
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 23 /	MES: 04 / AÑO: 2025 /

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

Información obtenida del:

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

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

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.

David R
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Rubiela V G
FIRMA PERSONA EVALUADA

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 Rebeca Vinasco	24389076
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Amarillo PM.	David Renteria

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 28 / MES: 04 / 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.
X = 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.
X = 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.
X = 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.
X = estable sin andador, bastón u otro soporte.

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

5. EQUILIBRIO CON PIES LADO A LADO:

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

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

0 = comienza a caerse.
1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
X = 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.
X = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 3, 2 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.
X = 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.
X = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos

10. POSICIÓN TÁNDEM:

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

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

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

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

0 = incapaz.
X = capaz, pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___ 0, 8 segundos



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

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

EVALUACION DE LA MARCHA

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

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

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

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

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

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

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

4. **DA LA VUELTA** (mientras camina):

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

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

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

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

INTERPRETACIÓN

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

7/9
23/26
30/35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuaria en riesgo de caida moderado, presenta limitaciones en equilibrio estatico frente a actividades unipodales, adicional indica molestias lumbares que le impiden ciertos movimientos. Marcha aceptable aunque se observa leves desviaciones o tambaleos. Se recomienda AF general para fortalecer.

Puntuacion general 30 de 35

David R.

FIRMA – EVALUADOR

Maria Rubiela V G

FIRMA PERSONA EVALUADA

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

FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
29	05	2025.

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	María Rubiela V.g
DOCUMENTO	24.389 076
GRUPO	amarillo

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: Vida Yesica

una mama — bebe vino Yubia

tetero

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

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

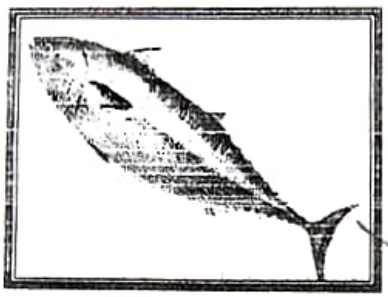
4. Resuelve las Operaciones.

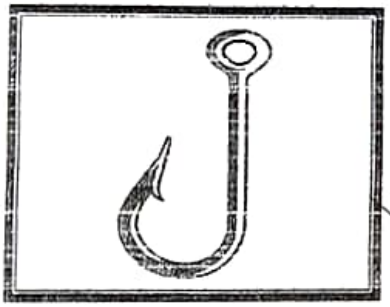
7 +2 9	17 +39 56	9 -3 6	51 -35

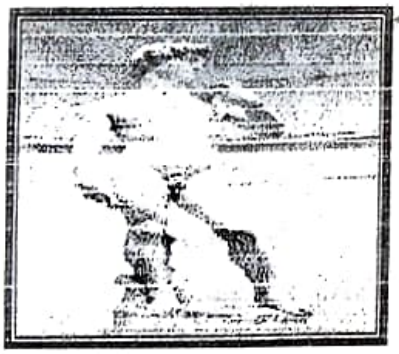
5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

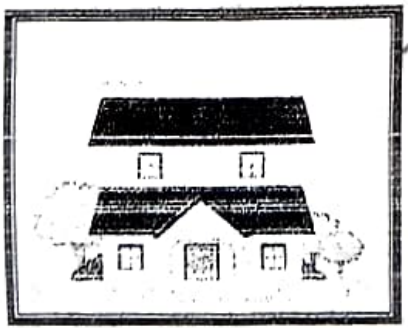
~~13~~	68	~~4~~	~~19~~	~~25~~	~~11~~	~~5~~	~~7~~	~~46~~	~~34~~
4	5	7	11	13	19	25	34	46	68

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









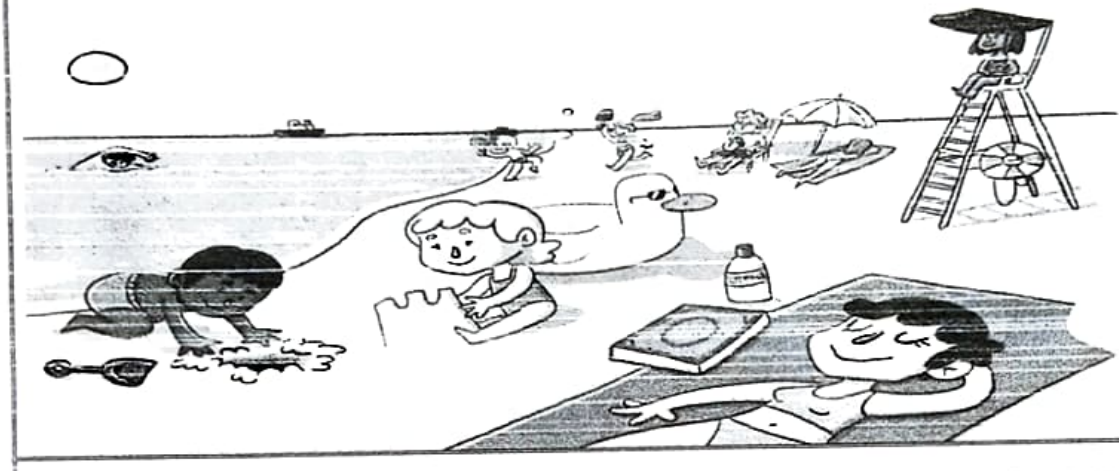
ESTATUA

CASA

PESCADO

ANZUELO

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



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

EXITOS!

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

PROFESIONAL	FIRMA
Claudia Patricia Corrales Villa Auxiliar Administrativo	Claudia Corrales
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	29 mayo 2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

La usuaria realiza la prueba con mucha dificultad debido a que necesita gafas para leer y manifiesta que se le dañaron.

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

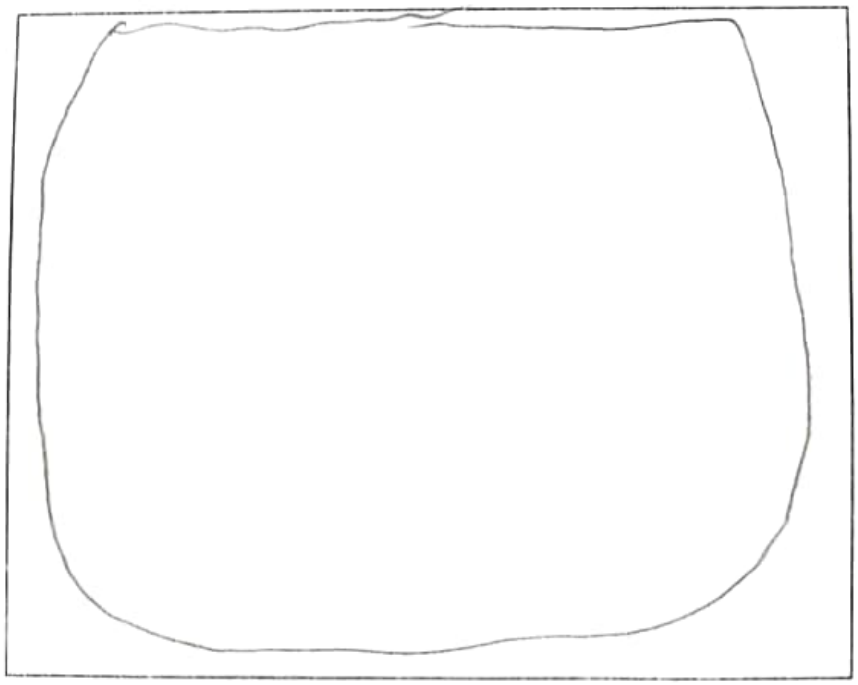
FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	**MES**	**AÑO**
29	05	2021

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

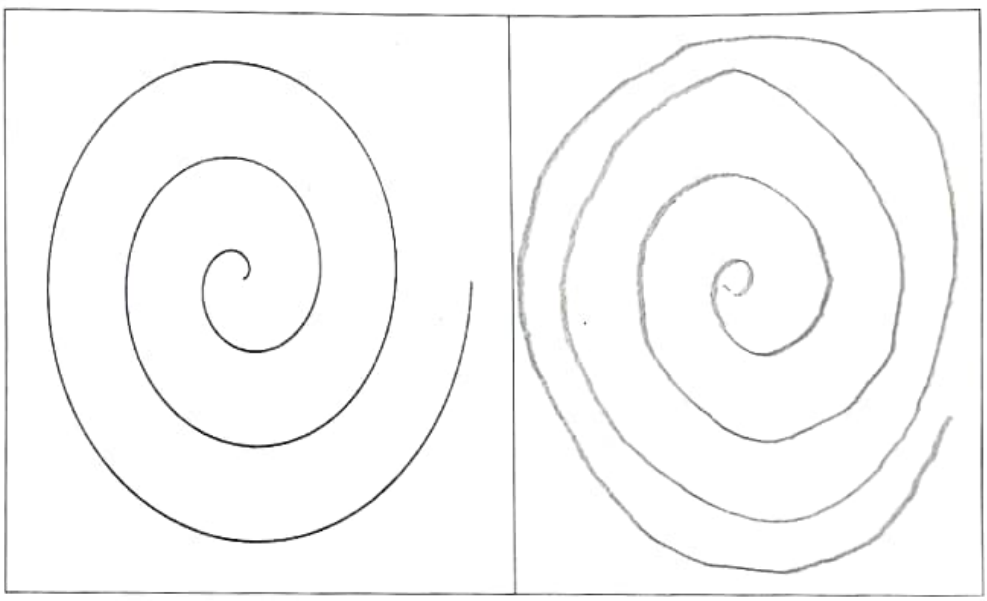
NOMBRES - APELLIDOS	Maria Rubiela. Vg.
DOCUMENTO	Maria Rubiela Vg 24389096.
GRUPO	amarillo

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

1. Dentro del siguiente espacio dibuje un círculo



2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



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

Periódico

Limpio vidrios
le pego al gato

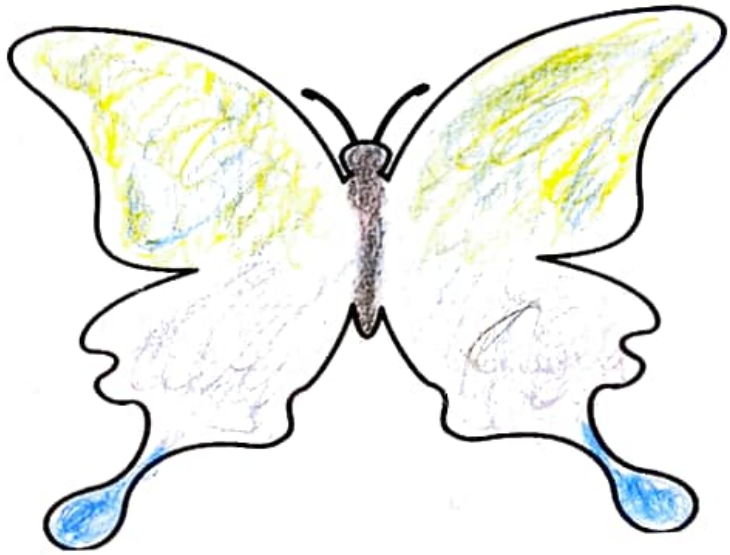
botella plástica

reciclar
aser faroles

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:



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



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



7. Señale con una x los colores primarios :



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

☐ Falso
☒ Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
Claudia Patricia Corrales Villa	Claudia Corrales.
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	29 mayo 2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

La usuaria cumple con algunos criterios para la realización de la prueba pero no ve bien debido a que debe usar gafas. Buena creatividad, pulso, pero pocos conocimientos.

Adaptada por: Claudia Azucena Batero Gómez
Área Actividades Productivas.

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 29 M: 05 A: 2025	Maria Rubiela Vinazco	Mariana Vargas López

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	
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 conservada, sin alteraciones. Buena fuerza muscular en miembros superiores, e inferiores. Se recomienda realizar ejercicios de fortalecimiento para mejorarla

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: 29 M: 05 A: 2025	Maria Rubiela Vinasco	Mariana Vargas Lopez

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:	
[ ]	**(2) Normal:** 20 s	[ ]	**(2) Normal:** 20 s
[x]	**(1) Moderado:** < 20 s	[x]	**(1) Moderado:** < 20 s
[ ]	**(0) Grave:** Incapaz	[ ]	**(0) Grave:** Incapaz

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

Scanned with CamScanner

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

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

- [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
[ ]	**(1) Grave:** Caída o no puede dar el paso	[ ]	**(0) Grave:** Caída o no puede dar el paso

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

Scanned with CamScanner

ORIENTACIÓN SENSORIAL SUBPUNTUACIÓN: /5

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

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

Tiempo en segundos:

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

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

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

Tiempo en segundos:

- [ ] **(2) Normal:** 30 s.
- [x] **(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:

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

MARCHA DINÁMICA SUBPUNTUACIÓN: /10

10. CAMBIO EN LA VELOCIDAD DE MARCHA

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

- [x] **(2) Normal:** Cambios significativos en la velocidad de marcha sin desequilibrio.
- [ ] **(1) Moderado:** Incapaz de cambiar la velocidad de marcha o signos de desequilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz de realizar cambios significativos en la velocidad de marcha Y signos de desequilibrio.

Scanned with CamScanner

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

- [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: 14,31 **segundos** **TUG doble tarea:** 18,9 **segundos**

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 26 /28

Scanned with 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 DE LA FUNCION MINIMA DEL ESTADO MENTAL "MINIMENTAL TEST"

NOMBRE COMPLETO: Maria Rubiela Vinasco
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 24389076
GRUPO: Anarillo
EVALUADO POR: mary Ive Arboleda
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 29 / MES: 04 / AÑO: 2025

ORIENTACIÓN

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

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

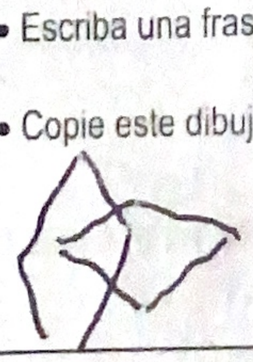
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5/5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 2/3

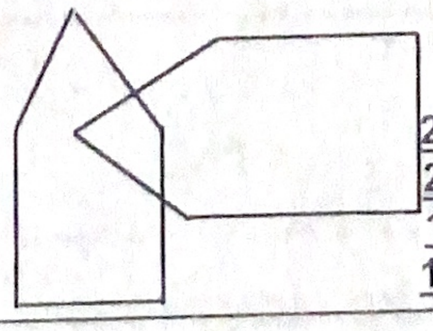
MEMORIA

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

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj — 2/2
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros — 0/1
- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? — 2/2
- ¿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 — manuela hija — 0/1
- Escriba una frase — 1/1
- Copie este dibujo — 0/1





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

TOTAL: 31

SIN DETERIORO COGNITIVO

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

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

FECHA DE APLICACION:	**DIA:** 28 /	**MES:** 04 / **AÑO:** 2025
NOMBRE COMPLETO María Rubiela Vinasco	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 24389076	
GRUPO Amarillo	**ENTREVISTADO POR** Mary Luz Piñeda	

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**.	
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**.	13

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Vinasco García Nombre: María Rubiela

Sexo: F Edad: 63 Peso, kg: 88,7 Altura, cm: 1,48 Fecha: 14/5/25

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) — 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 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

Scanned with CamScanner

COOPERATIVA MULTISER

WHODAS 2.0
CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36
Entrevista

AÑOS ESTUDIO: 3 PRIMARIA DX: HTA - DEPRESION FECHA: 28-04-2025

NOMBRE: MARIA RUBIELA VINASCO GARCIA EDAD: 63 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 ?	0	
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	0	
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	0	
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo ?	0	
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	0	
D1.6	Comenzar y mantener una conversacion?	0	
	Domain Score	0%	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?	1	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	0	
D2.3	Moverse dentro de su casa	0	
D2.4	Salir de su casa ?	1	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	2	
	Domain Score	20%	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 ?	0	
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted ?	0	
D4.4	Hacer nuevos amigos?	0	
D4.5	Relaciones sexuales	3	
	Domain Score	15%	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			
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades) ?	0	

D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	0	
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	0	
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	1	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ?	1	
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ?	1	
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	1	
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	0	
	Domain Score	13%	0%
	Overall Score	7,92%	0,00%

PLEASE NOTE: When scoring WHODAS, the following numbers are assigned to responses:			
NINGUNO	**0 = No Difficulty**	**0 – 4 %**	**0 – 4 %**
LEVE	**1 = Mild Difficulty**	**5 – 26 %**	**5 – 26 %**
MODERADO	**2 = Moderate Difficulty**	**27 – 50 %**	**27 – 50 %**
SEVERO	**3 = Severe Difficulty**	**51 – 94 %**	**51 – 94 %**
EXTREMO	**4 = Extreme Difficulty or Cannot Do**	**95 – 100 %**	**95 – 100 %**

ANALISIS INDIVIDUAL

Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación

Presenta gran fluidez en el habla y la comunicación.

Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)

Presenta sobrepeso, lo cual le esta originando mololestias en las articulacion de la rodilla y tobillos. Lo anterior esta afectando la

movilidad, argumenta la necesidad y gusto de iniciar un plan de ejercicios, es asi como en entevista con APS, se enviara area fisica.

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta realizar de forma independiente sus AVD y de cuidado personal, lo cual se evidencia en su presentacion personal.

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con familiares, amigos y vecinos.

Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas

refiere la realizacion de las AIVD, de forma independiente.

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Asiste continuamente al programa Centro Vida.

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 7,92%/26.00% - DIFICULTAD LEVE

Preservar la FUNCIONALIDAD EN LOS 6 DOMINIOS, es así como se deben continuar las rutinas de participacion en la sociedad y de un plan de actividad fisica especifico para disminuir el sobre peso.

Nombre evaluador: LUIS ANTONIO CHALA JARAMILLO **Firma:**



Profesión: GERONTOLOGO - UNIQUINDIO - REG PROF 63/866/97 ISSQ