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: Melania Zamora Perdomo

GRUPO: Rojo JORNADA: Pm

TELEFONOS: 3207110147

#	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	X		
	VALORACION – AREA ATENCION PRIMARIA EN SALUD – A.P.S			
17	Consentimiento informado	X		

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

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

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 31 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Anas-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 134

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 27 **MES** 05 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Melania Zamora Perdomo

LUGAR DE NACIMIENTO: Guacamayas (Boyacá) **FECHA: DIA** 8 **MES** 10 **AÑO** 1941

DIRECCIÓN: Cra 7B # 4-57 Pereira.

TELEFONO: 3207110147

EDAD: 82 **CATEGORIA SISBEN:** B3 **DESPLAZADO** NO **EPS** Asmet Salud.

RH A+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Lucely Galvez.
DIRECCIÓN Cra 7B # 4-57 Pereira.
TELEFONO 304 4621525.

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario: Yamara Elena Montero.

C.T.A. MULTISER

Alcaldía de PEREIRA

APROBACION 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 Melania	Apellidos Zamora Perdomo
Documento de identidad 38951538	Expedida Cali 19/02/1963

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A —	B X	C —	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	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	X

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 27 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucia Alzate González
Nombre Gerontólogo(a)

Diomara Elena Quintero
Nombre Psicólogo(a)

Firma

Diomara Quintero.

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 27/ MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Lucely Galvez PARENTESCO Nuera /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Melania Zamora Perdomo C.C 38451538/

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 8 / M 10/ A 1941 _____ / EDAD 82/ SEXO F/

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cra 7B #4-57 / BARRIO Villavicencio /

EPS Amet Salud / PUNTAJE SISBEN 83 / TIPO SANGRE A+ /

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

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

COMUNA _____/ TELÉFONO FIJO —/ CELULAR 3207110147 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ama de Casa / ANTERIOR Ama de casa /

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

CUÁL: — / NINGUNO: —/

PERSONA DE CONTACTO Lucely Galvez /

DIRECCIÓN Cra 7B #4-57 TELÉFONO 3099621525 PARENTESCO Nuera /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL —/ OTRAS CUALES: — /

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

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

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

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	Gabriel Zamora	64	Hijo	Ninguna
2	Lucely Galvez	57	Nuera	Ama de casa
3	Paola Zamora	42	Hija	Oficios varios
4	Juan Sebastian Aguirre	18	Nieto	Estudiante

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

5	—	—	—	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

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

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI — /

CUÁL? — /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI — /

CUAL? — /

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

CUAL? — /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

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

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Recreación, Manualidades. /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

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

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

OTROS CUÁLES? — /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. X

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

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

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

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

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

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

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

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

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

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

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

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

VIVIENDA EN RUINA —/ OTRA —/

TODAS LAS ANTERIORES —/NINGUNA DE LAS ANTERIORES —/

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

CENTRO VIDA: **SI** X/ **NO** __/

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Luz Neira QQ /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 35 515 898

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: Melania

SEGUNDO NOMBRE: —

PRIMER APELLIDO: Zamora

SEGUNDO APELLIDO: Berdmo

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: 8 octubre 1941

No. Documento 38051538

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 8 2

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta 1 [X] SI 2 [ ] NO

PUNTAJE: B 3

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 [X] SI — [X] GOBIERNO [ ] SECTOR PRIVADO

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Adulto Mayor.
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Realizar costuras, Colchal, tejer

2

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: Cra 7B # 4-57
BARRIO: Villavicencio

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3207110147 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Lucely Galvez
TELÉFONO DE CONTACTO: 3049621525 PARENTESCO: Nuera

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
9 [X] OFICIOS DEL HOGAR
10 [—] INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 [—] JORNALERO O PEÓN
12 [—] TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR
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

Estar más alegre, tener espacios de esparcimiento y diversión.

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Presión Arterial, toma de medicamentos para ello.

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Xiomara Quintero.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
27	05	2024

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: Melania

APELLIDOS: Zamora Perdomo.

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 8 / MES: Octubre / AÑO: 1941

EDAD: 82 SEXO F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 38951538 / TIPO SANGRE: A+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Cra 7B # 4-57 / BARRIO: Villavicencio

COMUNA: Oriente. / VEREDA: —

TELEFONO FIJO: — / CELULAR: 3207110147 / PLAN FUNERARIO: —

S.G.S.S.S: C: — / S: — / V: — / O: — / E.P.S: Armet Salud / PUNTAJE SISBEN B3

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: losartan, alopano.

ALERGIA A MEDICAMENTOS: NO —

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Lucy Galvez

PARENTESCO: Nuera / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3044621525.

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

DIRECCION: Cra 13 # 2e-09 / TELEFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRONICO: glonac612008@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: (X) SISBEN: (X) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: (X) CONSENTIMIENTO INFORMADO: (X) 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 27 días del mes de mayo de año 2024.

Firma: Melanio Zamora

Nombre: Melania Zamora Perdomo

Identificación: 38951538



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.951.538
ZAMORA PERDOMO

APELLIDOS
MELANIA

NOMBRES

Melania Zamora Perdomo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1941
GUACAMAYAS
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-JUL-1963 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00062904-F-0038951538-20080902 0002897891A 1 4560008567

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: Melania Zamora Perdomo	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 38951538
GRUPO: PM- Rojo	EVALUADO POR: Valentina Gokano
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 9 / MES: 10 / AÑO: 2024 /	

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

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

TOTAL 12 TOTAL _____

Máxima dependencia: 0 puntos Independencia total: 8 puntos

ANALISIS: Expreso no requerir de acompañamiento en sus actividades diarias

NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Milagro Zamora
FIRMA PERSONA EVALUADA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/05/2024

Ficha: 66001045571300000099

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MELANIA

Apellidos: ZAMORA PERDOMO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 38951538

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/10/2019

Última actualización ciudadano: 15/10/2019

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: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

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	38951538
NOMBRES	MELANIA
APELLIDOS	ZAMORA PERDOMO
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	16/12/2001	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/24/2024 16:08:00	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: **MELANIA ZAMORA PERDOMO**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	38.951.538	**H.C.**	38951538
Fecha nacimiento:	Ago.08/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 7B N 4-57	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	37	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	11:18
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

ANALISIS:

PACIENTE EN LA NOVENA DÉCADA DE LA VIDA, CON ANTECEDENTES DESCRITOS, ASISTE A CONTROL, TIENE PARACLÍNICOS DEL 2023 NOV YA REGISTRADOS. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS. DEFORMIDAD EN BOTONERO DEDOS 5 AMBAS MANOS.
TIENE RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO, TFG DE 40.8 SEGÚN CKD-EPI, HDL FUERA DE METAS, LDL EN METAS. TG FUERA DE METAS. ECO RENAL NORMAL.

SE FORMULAN PARACLÍNICOS DEL PROGRAMA PARA REALIZARLOS UNA SEMANA ANTES DEL CONTROL. SS ECO TT POR HTA CRONICA. SS ECO DOPLER VENOSOS DAD INSUFIENCIEA VENSOA PERIFERICA ASOAICOAD A SENSIOCN DE PARESTESIAS REFIREDA DURANTE CONSULTA.

SE REMITE A VAL POR RESTO DE RUTA CV.
SE PROGRAMA CITA DE CONTROL EN 3 MESES, SE REALIZA FÓRMULA MÉDICA POR AHORA SIN CAMBIOS.

SE BRINDAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS, SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE. SE EXPLICA CLARAMENTE CONDUCTA AL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

SIGNOS DE ALARMA:
CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO DE INICIO SÚBITO, ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL, SI SE LE DESVÍA LA COMISURA LABIAL O PIERDE FUERZA EN LA EXTREMIDADES, DOLOR INTENSO, OPRESIVO EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SI VOMITA SANGRE, SI TIENE DEPOSICIONES ABUNDANDANTES CON SANGRE, O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA QUE LE PREOCUPE.

RECOMENDACIONES:
SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ALIMENTACIÓN RICA EN FRUTAS, VERDURAS, AGUA, CARNES BLANCAS, CAMINATA DIARIA DE 20 A 30 MINUTOS POR LO MENOS 3 VECES POR SEMANA, REALICE ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR POR LOS MENOS DOS VECES POR SEMANA , EVITAR BEBIDAS OSCURAS, EMBUTIDOS, FRITOS, HIGIENE DE HÁBITO DEL SUEÑO Y POSTURAL, FOTOPROTECCIÓN, CUIDADOS PARA LA SALUD VISUAL Y AUDITIVA , RIESGO DEL CONSUMO DE SPA , EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO.

DIAGNOSTICOS: **TIPO DIAGNOSTICO**

Diagnostico Principal	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado repetido
Adherencia a la Guía: Si			
Relacionado 1	E782	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	Confirmado repetido
Adherencia a la Guía: Si			
Relacionado 2	M139	ARTRITIS NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstic
Adherencia a la Guía: No		Justificación:	

CONDUCTA:

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: **MELANIA ZAMORA PERDOMO**

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	38.951.538	**H.C.**	38951538
Fecha nacimiento:	Ago.08/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 7B N 4-57	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	37	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	11:18
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Medicamentos

AMLODIPINO BESILATO 5MG TABLETA	5MG	TABLETA	TOMAR UNA TABLETA EN LA COMIDA DE LA NOCHE VIA ORAL	90	(NOVENTA)
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA	25MG	TABLETA	TOMAR UNA TABLETA DESAYUNO VIA ORAL	90	(NOVENTA)
LOSARTAN POTASICO 50MG TABLETA RECUBIERTA	50MG	TABLETA RECUBIERTA	TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HRS VIA ORAL	180	(CIENTO OCHENTA)

Orden de laboratorio

UROANALISIS - CONTROL RUTA CV. REALIZAR EN LA SEMANA DEL 20 AL 31 DE MAYO DEL 2024 *** O ANTES SI TIENE CONTRO
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU
ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL -
PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO -
FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO -
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD -
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO -
COLESTEROL TOTAL -
MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL -
TRIGLICERIDOS + -
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS -
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA -
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE -

Rayos X - Imagenologia

ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD + - CONTROL RUTA CV. REALIZAR EN LA SEMANA DEL 20 AL 31 DE
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES - PACIENTE DE 82 AÑOS DE EDAD CON INSUFICNEINC
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO - PACIENTE DE 82 AÑOS DE EDAD CON AP DE HTA CRONICA. SS ECO TT PARA ESTUDIC
RADIOGRAFIA DE MANO - SS RX DE MANOS BILATERAL. DEFORMIDAD ARTICULAR.

REMISIONES:

Especialidad:	MEDICINA INTERNA
Diagnóstico:	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Especialidad:	OFTALMOLOGIA
Diagnóstico:	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

INDICACIONES:

Es importante tener buenos habitos de vida: ejercicio frecuente, dieta baja en grasas, azucar y sal, dieta rica en frutas y verduras, no fumar, no tomar licor
Procure combatir el estrés realizando actividades recreativas, ejercicios de respiración.
Recuerde presentar siempre la última fórmula de medicamentos.

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: MELANIA ZAMORA PERDOMO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	38.951.538	**H.C.**	38951538
Fecha nacimiento:	Ago.08/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 7B N 4-57	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	37	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	11:18
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Meses: Delta: Interpretación:

TFG ESTIMADA PARA LA EDAD (> 60 años)

Cockcroft-Gault.: 38 Interpretación:

Química

Uroanálisis:	Anormal	Fecha:	07-11-2023
Albuminuria:	8	Fecha:	07-11-2023
Albuminuria/creatinuria:	30	Fecha:	06-09-2021

Observaciones: BACTERIURIA ASINTOMATICA

Perfil Lipídico

Colesterol:	172	Fecha:	07-11-2023
HDL:	46.39	Fecha:	07-11-2023
LDL:	89.81	Fecha:	
VLDL:	67	Fecha:	06-09-2021
Triglicéridos:	179	Fecha:	07-11-2023
Glicemia:	103	Fecha:	07-11-2023

Hematología/Hormonas

Cuadro Hemático

Hormonas

Imagenologia

Factores de Riesgo

Mujeres > 65 años o Hombres > 55 años? Si Sexo masculino No Tabaquismo: No

Historia familiar de enfermedad Cardíaca prematura (Primer Grado)? No
Mujeres < 65 Años Hombres < 55 Años

Dislipidemia (Cualquiera)? Colesterol Total > 190 mg/dL o Colesterol LDL > 115 o No
Colesterol HDL Mujeres < 46 mg/dL, Hombres < 40 mg/dL o Trigliceridos > 150

Glucemia ayunas >= 100 o <= 125 mg/dL No

Prueba de tolerancia oral a la glucosa a las 2 horas (ptog) >= 140 o <= 199 No

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: MELANIA ZAMORA PERDOMO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	38.951.538	**H.C.**	38951538
Fecha nacimiento:	Ago.08/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 7B N 4-57	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	37	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	11:18
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Perimetro abdominal (cm): Mujeres > 88 cm, Hombres > 102 cm: No

Obesidad? Si Alcohol: No

Sedentarismo? No Total de factores de riesgo (F de R): 2

Lesión de Órgano Blanc

Hipertrofia ventricular izquierda

EKG Sokolow (35 mm) No EKG Cornell (> 20 mm Mujeres y > 28 mm Hombres) No

Cornell voltaje / duración Mayor de 2.440 mm/ms No Antecedente Hipertrofia ventricular izquierda No

Enfermedad carotidea por ecodoppler: Grosor de la íntima + medida > 0.9mm o placa No Ecocardiografía No

Enfermedad renal crónica

Albuminuria: Proteínas en orina 24h 30 a 300 mg/dL No

Relación Albuminuria / Creatinuria (>= 30 - <= 300 mg/g) No

Indice brazo-tobillo por Doppler < 0.9 No

Lesión de órgano blanco (LOB): No

Diabetes mellitus (DM)

Diabetes Méllitus (DM) No Diagnóstivo Nuevo? No

Hemoglobina Glicosilada Controlada No Hemoglobina Glicosilada no Controlada No

Presión Arterial

Sentada	Parada	Adicional	Promedio
PAS/PAD: 122 80	PAS/PAD:	PAS/PAD:	PAS/PAD: 122 80

VALORACIÓN VISUAL

Medición sin Anteojos

Ojo Derecho: **Ojo Izquierdo:** **Ambos:**

Medición con Anteojos

Ojo Derecho: 20/40 **Ojo Izquierdo:** 20/40 **Ambos:** 20/40

Observaciones: 20/40

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: MELANIA ZAMORA PERDOMO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	38.951.538	**H.C.**	38951538
Fecha nacimiento:	Ago.08/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 7B N 4-57	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	37	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	11:18
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Motivo consulta: CONTROL PROGRAMA CRÓNICOS

OCUPACIÓN: AMA DE CASA
DIRECCIÓN: CARRERA 7MA NUM 4-57 BARRIO VILLAVICENCIO
TEL: 320 711 0147

Enfermedad actual: PACIENTE DE 82 AÑOS, CON AP DE HTA CRONICA HACE 8 AÑOS. NIEGA IAM, NIEGA ECV. AP DE TABAQUISMO DURANTE 30 AÑOS 1 -2 CIG POR DIA. SEDENTARIA. EN ADHERENCIA Y TOLERANCIA A MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO, CON BUENA ADHERENCIA A CONTROLES PROGRAMADOS ASISTE ACOMPAÑDA POR SU MARIA LECELLY NUERA A CITA DE CONTROL. REFIERE SE HA SENTIDO BIEN, TOLERA LA VÍA ORAL. TIENE ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, NIEGA EFECTOS ADVERSOS. NIEGA DISNEA, NIEGA PALPITACIONES, NIEGA FOSFENOS, NIEGA TINITUS, NIEGA EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, NIEGA CEFALEA GLOBAL, NIEGA FIEBRE, NIEGA PRECORDIALGIA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS.
YA TUVO VAL POR PSICOLOGIA Y FISIOTERAPIA EN NOV 2023. NO FUE LLAMADA PARA VAL POR MED INTERNA.

PARACLINICOS:
- ECO RENAL Y DE VIAS URINARIAS12/02/24: "ECOGRAFIA RENAL Y DE VIAS URIANRIAS NORMAL".

EN MANEJO FARMACOLÓGICO CON:
- LOSARTAN TAB 50 MG CADA 12 HORAS
- AMLODPINO TAB 5 MG CADA DIA
- HIDROCLOROTIAZIDA TAB 25 MG CADA DIA

Revisión por sistemas:

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

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	No
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento ordenado para el tratamiento de su patología?	No
Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos?	No

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: MELANIA ZAMORA PERDOMO

Tipo Documento: Cédula Documento: 38.951.538 H.C. 38951538
Fecha nacimiento: Ago.08/1941 Edad: 82 Años Sexo: Femenino
Dirección: CRA 7B N 4-57 Télefono: Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Etnia: Otros
Atención: 37 Fecha: Mar.05/2024 Hora: 11:18
Causa externa: Otra Finalidad: No Aplica

Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos?	No
En caso de consumo de tabaco, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de licor, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de sustancias psicoactivas, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de estrés, ¿ha seguido las recomendaciones para disminuirlo o manejarlo?	Si
¿Ha seguido las recomendaciones respecto a la dieta indicada en control anterior?	Si
¿Hace ejercicio según lo recomendado?, indique las recomendaciones especificas en el campo observaciones No aplica, es ingreso.	Si

CLASIFICACION DEL RIESGO METABOLICO

Clasificacion del riesgo metabolico	Moderado

EXAMEN FÍSICO ENF. CRON.

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad)	Normal	ALERTA, ORIENTADO, PARES CRANEALES SIN ALTERACIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO, MOVIMIENTOS OCULARES ESPONTÁNEOS, FUERZA 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, REFLEJOS ++/+++ SIMÉTRICOS, SIN FOCALIZACIONES NI SIGNOS MENÍNGEOS.
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices)	Normal	
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena, exudado, papiledema, hemorragias)	Normal	
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, pterigion, hipoacusia)	Normal	
CUELLO (ingurgitacion yugular, soplo carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Normal	
CORAZÓN (arritmia cardiaca, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punto maximo impulso cardiaco)	Normal	RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, COINCIDE CON PULSOS PERIFÉRICOS, SIN SOPLOS.
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares)	Normal	MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Normal	
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal	
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Normal	VARICES GRADO II BILATERAL SIN EDEMA PULSOS PEDIOS DE

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: MELANIA ZAMORA PERDOMO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	38.951.538	**H.C.**	38951538
Fecha nacimiento:	Ago.08/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 7B N 4-57	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	37	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	11:18
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Evaluados	BUENA INTENSIDAD DEFORMIDAD EN BOTONERO EN DEDOS 5 DE AMABAS MANOS.
OSTEOMUSCULAR	Normal	
MENTAL	Normal	
OTROS		

TIPO DE POBLACIÓN

Paciente LGBTI	No

SIGNOS Y/O SINTOMAS ENFERMEDAD CRONICA

Cefálea	No
Lipotimia	No
Vértigo	No
Tinitus	No
Sintomas Visuales	No
Sudoración	No
Epistaxis	No
Palpitaciones	No
Precordialgia	No
Ortopnea	No
Disnea Paroxística Nocturna	No
Disnea de Pequeños Esfuerzos	No
Disnea de Medianos esfuerzos	No
Disnea de Grandes esfuerzos	No
Polidipsia	No
Polifagia	No
Poliuria	No
Hematuria	No
Disuria	No
Edemas	No
Claudicación	No
Parestesias	No
Lesión en pies	No
Dolor neurítico	No
Otros	

Medicamentos que Consume

AMLODIPINO 5 MG

ESE Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: MELANIA ZAMORA PERDOMO

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	38.951.538	**H.C.**	38951538
Fecha nacimiento:	Ago.08/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CRA 7B N 4-57	**Télefono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	37	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	11:18
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

ATORVASTATINA 20 MG
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG
LOSARTAN 50 MG CADA12 HORAS

ALERTAS - ANTECEDENTES

Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	NO 09-08-2023 11:56
Otros	NIEGA 10-03-2021 06:46
Sabe leer	regular, estudio hasta tercer grado de primaria 29-09-2023 09:23
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NO 09-08-2023 11:56
Violencia y maltrato	no 29-09-2023 09:23
Sabe escribir	regular 29-09-2023 09:23
Hipertensión arterial	LOSARTAN , GASTRITITIS COLON IRRITABLE HELICOBACTER PYLORO 24-01-2019 16:45
Medicamentos	NIEGA 05-03-2024 11:27 niega 29-09-2023 09:21 NIEGA A LERGIAS MEDICAMENTOSAS 24-01-2019 16:46
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	NO 09-08-2023 11:56

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

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 28 MES: 12 AÑO: 2024

NOMBRES – APELLIDOS: MELANIA ZAMORA

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

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

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

INTERPRETACION

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

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

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

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

ANALISIS DEL RESULTADO: USUARIO SIN DIFICULTAD PA RAR REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS _____

Diana Galeano R.

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Helana Zamora

FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Zamora Nombre: Melania

Sexo: F Edad: 82 Peso, kg: 75.4 Altura, cm: 150 Fecha: 10/07/24

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos)

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

0.0 = 0 o 1 sies
0.5 = 2 sies
1.0 = 3 sies

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación (máx. 16 puntos)

Cribaje

Evaluación global (máx. 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

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

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA©) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nut 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 _____. FECHA 10/07/24

PESO 75.4 TALLA: 150 IMC: 33.5

Obesidad grado I
PP: 39
PB 35.5

FIRMA USUARIO: Melania Zamora

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

Alcaldía de PEREIRA

TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01 Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

FECHA:

Nombre completo Melania Zamora	Documento de identidad 38951538.
Grupo Centro Vida Oriente PM	Examinado por Xiomara Quintero

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 ¿cuántas 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?

2 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

1 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

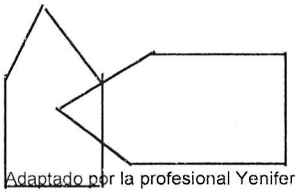
1 1

- Escriba una frase

0 1

- Copie este dibujo

0 1



30-27 sin deterioro 31
26-25 deterioro cognitivo leve
24-10 demencia leve
9-0 demencia

Adaptado por la profesional Yenifer Peña Pérez, para el programa Centro Vida 2019

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: 16 / MES: 11 / AÑO: 2024

NOMBRE COMPLETO Melania Zamora	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 38951538.
GRUPO Centro Vida Oriente	ENTREVISTADO POR Yomara Quintero

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

(Escoja la respuesta adecuada según como se sintió usted la semana pasada).

#	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	SI	NO
2	¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente usted que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se aburre a menudo?	SI	NO
5	¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6	¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SI	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	SI	NO
9	¿Prefiere usted quedarse en la casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10	¿Con respecto a su memoria: ¿siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI	NO
11	¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	SI	NO
12	¿De la forma como se siente usted en este momento, se siente usted inútil?	SI	NO
13	¿Se siente usted con mucha energía?	SI	NO
14	¿Siente usted que su situación es irremediable?	SI	NO
15	¿Piensa usted que la mayoría de personas está en mejores condiciones que usted?	SI	NO

Las respuestas en ***negrita*** indican depresión. Asigne un punto por cada respuesta en negrita.

CALIFICACIÓN	PUNTUACION TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	0
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

FIRMA PROFESIONAL: Yomara Quintero

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	
	FAMILY APGAR	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA DE EVALUACION: DIA: 6 / MES: Noviembre AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Melania Zamora Perdomo C.C: 38931538

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 19 indica buena función famliar. La familia ofrece un entorno de comunicación abierta, escucha activa, gestión de emociones y resolución de conflictos, brindando apoyo emocional y ayuda práctica de forma constante, lo cual contribuye a su estabilidad, bienestar general y sana convivencia.

Gloria Inés Arias Molina

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N°1225092595

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