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: 5TO PRIMARIA DX: ACV FECHA: 26-06-2025

NOMBRE: MEDARDO DE JESUS RENDON EDAD: 75 SEXO: M

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?	0	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	0	
D2.3	Moverse dentro de su casa	0	
D2.4	Salir de su casa ?	0	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro o algo equivalente?	0	
	Domain Score	0%	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	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?	0	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ?	0	
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ?	0	
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	0	
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	0	
	Domain Score	0%	0%
	Overall Score	2,50%	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, lo cual permite la comunicación con gran facilidad.

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

Es autonoma, e independiente en su movilidad, manifiesta caminar largas distancias. Fue diagnosticada con "ARTROSIS", lo cual ha empazado a presentar molestias en la columna vertebral. En conversacion con la profesional en Fisioterapia, se iniciara un proceso de educacion en HIGIENE POSTURAL, para contribuir al manejo en cama de su hermana actualmente enferma.

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta realizar de forma independiente sus actividades de la AVD y de cuidado personal.

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con amigos, recien ingresa al Centro Vida, manifestando sertirse satisfecha.

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

Argumenta realizar continuamente sus AIVD, es funcional desde las areas: Fisica-Mental-Social

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

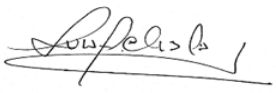
Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Recien inicia al programa Centro Vida,

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 2,50%/4,00% - SIN DIFICULTAD

Preservar la FUNCIONALIDAD EN LOS 6 DOMINIOS, es así como se deben continuar las rutinas de participacion en la sociedad, de actividad fisica, en iniciar proceso de eduacion en higiene postural.

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



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

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: 26 / MES: Junio / AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Merardo de Jesus Rendon / C.C: 2620390 /

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:

Obtuvo 15 ptos. Se evidenca disfuncion familiar leve, se observa apoyo en la familia pero se evidencia dificultades en el area de comunicacion, lo que limita la expresion de sentimientos o preocupaciones

Daniela Londoño montoya

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 1024441134

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

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: Merardo de Jesus Rendon

N° Identificación: 2620398

Fecha		HOMBRE ☒	MUJER ☐	Jornada	Tarde

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	
Discapacitado		Campesino	
Desplazadc		Otro:	
Víctima del Conflicto		Cual:	

Canasta de servicios recibidos - Ley 1276/2009 - Articulo 11 - Numerales 1 al 11

ASPECTOS A EVALUAR

1. SERVICIO

¿Cómo califica la calidad del servicio recibido en el centro vida?

☐ Muy Satisfecho ☒ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

2. INSTALACIONES Y RECURSO

¿Cómo se siente con el uso de las instalaciones del Centro Vida Oriente?

☐ Muy Satisfecho ☒ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

3. HORARIOS DE ATENCIÓN

¿Está satisfecho con el cumplimiento de los horarios establecidos?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

4. EXPECTATIVAS DEL SERVICIO

¿Está satisfecho con la variedad y calidad de las actividades ofrecidas?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

5. TALENTO HUMANO

En general, ¿cómo valora el trato recibido por parte del personal?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

OBSERVACIONES:

Gracias por su colaboración

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.620.398

RENDON

APELLIDOS

MERARDO DE JESUS

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1950

FENICIA
RIOFRIO (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

07-ENE-1975 RIOFRIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2400100-00148936 M-0002620398 20090203 0009810383A 1 4600000297

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION SOCIOECONOMICA (Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

OBJETIVOS: Identificar y Evaluar las condiciones de: Vulnerabilidad, Aislamiento o Carencia de Soporte Social del Adulto Mayor, en su calidad de potencial beneficiario del programa Centro Vida.

DATOS GENERALES

ENCUESTA No. _____

Fecha de Visita*: Día 26 / Mes Junio / Año Junio /

Quien atiende la visita*: _____ / Parentesco * _____ /

Nombre del Adulto Mayor * Merardo de Jesus Rendon C.C o C.E 2620398 /

Fecha de Nacimiento* Día 19 / Mes 03 / Año 1950 / Lugar de Nacimiento* Fenicia /

Edad al Momento de la Visita* 75 / Sexo* M / Tel Fijo o Celular 3207063788 / Tipo Sangre* A+ /

Municipio de Residencia* Pereira / Comuna *(*Dosquebradas y Pereira)* Villasantana

Barrio* Intermedio / Dirección de Residencia* M2 13 CS 14 /

EAPB* Nueva EPS / REGIMEN DE SALUD: Contributivo____/ Subsidiado X /

Excepción___/ No Asegurado___/ Especial___/ Otro cual: _____/ GRUPO SISBEN* A3 /

ETNIA (Fuente SISPRO)* Indígena__/ Afrocolombiano__/ Negro__/ Raizal__/ ROM__/ Mestizo X/ LGBTI__/ Otro_/

Estado Civil (Fuente SISPRO)* Casado__/ Divorciado X/ Soltero (Separado) __/ Unión Marital de Hecho___/

Viudo__/ Ocupación actual* no labora / Ocupación anterior* Administrador /

Nivel académico* (Fuente SISPRO): Preescolar__/ Básica Primaria X/ Básica Secundaria__/ Media

Académica o Clásica__/ Media Técnica (bachillerato técnico) __/ Normalista__/ Técnica Profesional__/

Tecnológica__/ Profesional__/ Especialización___/ Maestría___/ Doctorado___/ Ninguno__/

Persona de contacto* Maria Rubiela Carmona Dirección* M2 13 CS 14 Intermedio /

Teléfonos o celular* 3207063788 / Parentesco * Hermana /

EVALUACION SOCIOECONOMICA

(Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)

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

DISCAPACIDAD FISICA*: Monoplejia (Parálisis de una única extremidad) __/ Paraplejia (Afecta básicamente a piernas y pies) __/ Tetraplejia (Pérdida total de la capacidad de movimiento de las extremidades inferiores y en la pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de los miembros superiores.) ___/ Hemiplejia (Parálisis de la parte opuesta o contralateral a la dañada) ___/ Espina bífida (Malformación congénita en el tubo neuronal y la columna vertebral) ___/ Distrofia muscular (Provoca la presencia de un tono muscular débil que va perdiendo tejido con el tiempo) ___/ Parálisis cerebral (Condición médica crónica debida a problemas durante el desarrollo cerebral del feto o niño, que produce graves efectos en la motricidad) ___/ Amputación (La pérdida de extremidades o de partes del cuerpo) ___/ Ninguno X /

DISCAPACIDAD SENSORIAL*: (Fuente - Registro para la localización y caracterización de personas con Discapacidad) *: Movilidad ___/ Visual X / Auditiva ___/ Piel - Pelo y Uñas ____/ Voz y Habla _X_/ Sistémica___/ Talla Baja____/ Múltiple____/ Mental Psicosocial____/ Mental Cognitiva____/ Gusto - Olfato y Tacto____/ Ninguno____/

DISCAPACIDAD MENTAL*: Trastorno Afectivo Bipolar____/ Trastorno Depresivo____/ Trastorno de Pánico__/ Trastorno Obsesivo Compulsivo____/ Fobias___/ Trastorno de estrés post traumático___/ Esquizofrenia__/ Trastorno límite de personalidad__/ Trastorno antisocial de la personalidad__/ Trastornos del sueño__/ Trastornos sexuales__/ Trastornos de la conducta alimentaria__/ Trastornos del control de los impulsos__/ Discapacidad intelectual/Retardo Mental__/ Síndrome Orgánico (demencia)___/ Ninguno____/

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD*: (Fuente - SISPRO y se anexa el valor Muy Mala)*:

Excelente____/ Muy Buena____/ Buena____/ Regular X / Mala____/ Muy Mala____/

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION SOCIOECONOMICA (Ley 1276/2009 – Art 6 – De los Beneficiarios de Centros Vida)		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1. COMPOSICIÓN FAMILIAR: (Fuente - SISPRO y se anexa el valor Amistad - Personas con quien convive) Padre, Madre, Hijo(s), Hija(s), Hermano(s), Hermana(s), Esposo o compañero, Esposa o compañera, Otros familiares hombres, Otras familiares mujeres, Persona remunerada para ayudarlo(a) no cualificada, Persona remunerada para ayudarlo(a) cualificada, Necesita ayuda pero no tiene quien le ayude, Amistad)

#	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1	Maria Rubiela Carmona	67	Hermana	Minera
2				
3				
4				
5				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (Fuente SISPRO - FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

RED	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES			X	
COMUNIDADES O GRUPOS RELIGIOSOS				X
REDES COMUNITARIAS O SOCIALES				X
INSTITUCIONES				X
VECINOS Y AMIGOS	X			
NO CUENTA CON REDES DE APOYO				

3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

- PERTENECE A GRUPOS SOCIALES*: Grupos de Adultos Mayores___/ Voluntariado___/ Grupos de oración___/ Grupos de Participación Ciudadana___/ Otros - cuál? ___/ ___/

- ¿TIENE DIETA PRESCRITA? * (Criterio - Profesional de Nutrición – Secretaria Salud Departamental)

  DIETA: Hipo-Sódica (sin sal) ___/ Hipo-Glúcida (sin azúcar) X / Dieta Astringente (Problemas Gástricos - sin grasas - ni condimentos - ni color - ni bebidas oscuras - ni cítricos - ni lácteos) ___/ Dieta Proteica (Doble porción de proteína) ___/ Dieta Calórica (tenga algún dulce) ___/ Dieta Energética (arepas, papas) ___/ Dieta Líquida (Te, aromática antes de cirugía) ___/ Dieta Licuada (Pos-operatorio) _/ Dieta Blanda (Después del pos-operatorio) ___/ No tiene dieta prescrita___/ Otros Cual ?___/ ___/

- ¿TIENE ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO? * (Criterio - Profesional en Ciencias del Deporte y la Recreación de la Secretaria de Salud Departamental).

  Actividad física Musicalizada ___/ Gimnasia Cerebral ___/ Sesiones de Fortalecimiento Muscular X / Actividad Física Cardiovascular ___/ No cuenta con un plan de ejercicio prescrito___/

- REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN*:

  Recreación ___/ Cultura ___/ Artes ___/ Manualidades ___/ Ninguno X / Otras: ___/ Cuáles: ___/ ___/

- DE INGRESAR AL PROGRAMA ¿QUÉ ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Ejercicios de fortalecimiento

3.2. FACTORES DE RIESGO*:

Fuma: Si __/ No X/ Bebe: Si ___/ No X / Sedentario: Si X / No___/

Aislamiento Social: Si__/ No X /

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA (Fuente SISPRO) *:

Del trabajo___/ De una renta___/ De un subsidio o ayudas del gobierno X/

De un subsidio o ayuda de particulares___/ De Ayudas familiares___/ Ninguna___/

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___/ NO X/ Vestuario: SI___/ NO X /

Transporte: SI___/ NO X / Servicios Públicos: SI___/ NO X / Recreación: SI___/ NO X /

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA (Fuente SISPRO y se agrega el valor "No cuenta con un lugar fijo donde vivir) *

Propia___/ Arrendada___/ Familiar X /

Usufructo u ocupación de hecho___/ No cuenta con un lugar fijo donde vivir____/

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN: *(Criterio - Profesional en Trabajo Social)

Calle de difícil acceso a la vivienda ____/ Escalas ____/ Pisos con desnivel ___/ Puertas ___/

Ventanas ___/ Baño incompleto___/ Divisiones ___/ Humedades ___/

Dormitorio aislado ___/ Dormitorio con otras funciones ___/ Dormitorio compartido___/

Iluminación y ventilación interna deficiente ___/ Vivienda en ruina ___/ Todas las anteriores ___/

Ninguna de las anteriores ___/ Otra Cual? _____/

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

CENTRO VIDA: SI X NO___

NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN REALIZO LA EVALUACIÓN: Daniela Tonaño Montoya /

PROFESION U OCUPACION: Trabajadora Social / N° REGISTRO PROFESIONAL: 602441134 /

"El presente documento se debe diligenciar en atención al Artículo 6° - Ley 1276 de Enero 05 de 2009.
Tiene como objetivos: Identificar y Evaluar las condiciones de vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social de los Adultos Mayores encuestados, como potenciales usuarios o beneficiarios del programa de Atención Integral Centro Vida del Adulto Mayor".

Alcaldía de PEREIRA

APROBACIÓN DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

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

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres Merardo de Jesus	Apellidos Renaon
Documento de identidad 2620398	Expedida 07/01/1975

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	B	C	Sustancias psicoactivas		Soledad	
Edad superior o igual a 55 años			X	Abandono familiar		Sedentarismo	X
Ingresos económicos 1smlv	X			Violencia intrafamiliar		Tabaco	
Disponibilidad de tiempo	Si X		No	Signos de desnutrición		Ninguno	

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

Se le aprueba X O se le niega _____ el cupo, a partir de la fecha: Día ___Mes ___Año _____

Firma

Gloria Nemenga Gonzalez
Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Luis Antonio Chala
Nombre Gerontólogo(a)

Mary Luz Arboleda
Nombre Psicólogo(a)

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: 05-2025

HOJA DE VIDA – ADULTO MAYOR

NOMBRES: Merardo de Jesus

APELLIDOS: Rendon

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 19 / MES: marzo / AÑO: 1950

EDAD: 75 / SEXO: M / CÉDULA DE CIUDADANIA: 2620398 / TIPO SANGRE: A+

ETNIA: MESTIZO: X / INDIGENA: __ / AFROCOLOMBIANO: __ / RAIZAL: __ / ROM: __

N° _____

DIRECCIÓN: M2 13 CS 19 / BARRIO: Intermedio

COMUNA: Villasantana / VEREDA: _____

TELEFONO FIJO: _____ / CELULAR: 3207063788 / PLAN FUNERARIO: _____

S.G.S.S.S: C: __ / S: X / V: __ / O: __ / E.A.P.B: nueva eps / GRUPO SISBEN: A 3

ENFERMEDADES: H.T.A: __ / DIABETES: __ / OSTEOPOROSIS: __ / ARTRITIS: __ / EPOC: __ / OTRA: ACV, diabetes e hipertención

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: losartan, metformina insulina,

ALERGIA A MEDICAMENTOS: _____

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: maria rubiela Carmona

PARENTESCO: Hermana / TEL FIJO: _____ / TEL CELULAR: 3207063788

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

DIRECCION: Cra B #2e-04 / TELEFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRONICO: GloriaC612008@hotmail.com

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 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 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 Pereira, a los 26 días del mes de Junio del año 2025.

Firma: _____

Nombre: Merardo de Jesus Penagos

Identificación: 2620398



29

CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO
REGLAMENTO INTERNO Y MANUAL DE CONVIVENCIA
"DERECHOS Y DEBERES"

ACTA DE COMPORTAMIENTO

La Dirección Administrativa del Programa Centro Vida – Oriente Pereira – Cooperativa Multiser. Le manifiesta a usted en calidad de beneficiario(a) o usuario(a) de este programa:

Que el objetivo del presente programa es la prestación de manera gratuita de los servicios de atención integral durante el día, en atención a la Ley 1276 de 2009 – Art 11 y la Resolución Minsalud 055 de 2018. Los cuales buscan beneficiar su salud y calidad de vida.

Que por tal motivo, exige de manera irrestricta a usted en calidad de beneficiario(a) y/o usuario(a) del mismo el cumplimiento del presente MANUAL DE CONVIVENCIA Y REGLAMENTO INTERNO, para con ello lograr la consecución, la preservación y el mantenimiento de una sana y pacífica convivencia por medio de la regulación de la práctica de libertades, derechos y cumplimientos de los deberes establecidos en los mismos, manteniendo así estrechos lazos de vecindad, relaciones de hermandad y amistad con los demás usuarios, el equipo de trabajo del programa y la administración municipal.

COMPROMISO

Yo Merardo de Jesus Renteria, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 2620398 expedida en Pacifico y en mi calidad de beneficiario(a) del programa Centro Vida – O.P, del Adulto Mayor Doy fe, ante la Dirección Administrativa del programa, ante los demás beneficiarios de este, ante la administración municipal y ante las autoridades competentes. Que CONOZCO y ACEPTO, mis deberes y derechos contemplados en el presente MANUAL DE CONVIVENCIA y me COMPROMETO a cumplir a cabalidad. De no ser así ACEPTARE las disposiciones y sanciones acá establecidas.

Para constancia se firma en Pereira Risaralda a los veintiseis (26) del mes de Junio 2025

Dirección Ad/tiva – Centro Vida – Oriente

Usuario(a) – Programa Centro Vida - Oriente

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MERARDO DE JESUS RENDON

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	2.620.398	H.C.	2620398
Fecha nacimiento:	Mar.19/1950	Edad:	75 Años	Sexo:	Masculino
Dirección:	MNA 13 CSA 14 INTERMEDIO	Teléfono:	3232384564	Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	NUEVA E.P.S			Etnia:	Otros
Atención:	88	Fecha:	Jun.06/2025	Hora:	09:29
Causa externa:	Enfermedad general		Finalidad: OTRA		

Motivo consulta: CONTROL PROGRAMA CRÓNICOS

OCUPACIÓN: NINGUNA
DIRECCIÓN: MZ 13 CASA 14 INTERMEDIO VILLA SANTANA
TEL: 320 706 3788 (HERMANA - MARIA RUBIELA CARMONA)

Enfermedad actual: PACIENTE MASCULINO DE 75 AÑOS, CON AP DE HTA CRONICA HACE 8 AÑOS, DM TIPO 2 IRR HACE 8 AÑOS, DISLIPIDEMIA, ACV HACE 8 AÑOS CON SECUELAS NEUROLOGICAS MOTORAS, EN MANEJO FARMACOLÓGICO CON LOSARTAN TAB 50 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO TAB 5 MG CADA NOCHE, ASA 100 MG CADA DIA, CARVEDILOL TAB 12.5 MG 2 TAB CADA 12 HORAS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, EMPAGLIFLOZINA/METFORMINA TAB 12.5/1000 MG CADA 12 HORAS, INSULINA GLARGINA 24 UI CADA NOCHE SBC CADA DIA. EN ADHERENCIA Y TOLERANCIA A MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO, CON BUENA ADHERENCIA A CONTROLES PROGRAMADOS ASISTE ACOMPAÑADO DE SOBRINO JEFFERSON RAMIREZ (TEL: 3113233913) . REFIERE SE HA SENTIDO BIEN, TOLERA LA VÍA ORAL, TIENE ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, NIEGA EFECTOS ADVERSOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA PRECORDIALGIA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS.

ESTUDIOS*
MARZO 12 /2025: CREATININA 0.98 / TRIGLICERIDOS 110 COLESTEROL TOTAL 183 HDL 34.4 LDL 126.5 // HEMOGRAMA LEUCOCITOS 6420 N 57% L 32% HB 14.9 HCTO 47.8 PLAQUETAS 250000 / HB GLICOSILADA 6.8% / TGO 119 TGP 193 / MICROALBUMINURIA EN ORINA DE 24 HORAS: 79 (30-300) VOLUMEN DE ORINA 2500 ***
NOVIEMBRE 23/2024. ECOCARDIOGRAMA TT. CONCLUSIONES. VENTRICULO IZQUIERDO CON REMODELADO CONCENTRICO, FUNCION SISTOLICA VENTRICULAR: FEVI 62%, SIN ALTERACIONES SEGMENTARIAS EN LA CONTRACTILIDAD EN REPOSO. DISFUNCION DIASTOLICA GRADO 1. PRESIONES DE FIN DE DIASTOLE: CONSERVADAS. VENTRICULO DERECHO DE TAMAÑO, ESPESOR Y FUNCION CONSERVADAS. AURICULAS DE VOLUMENES PRESERVADOS. VALVULA AORTICA Y MITRAL CON LEVE ESCLERO CALCIFICACION, INSUFICIENCIA MITRAL LEVE, AORTICA MINIMA, INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA LEVE. PROBABILIDAD DE HIPERTENSION PULMONAR BAJA: PSAP 24 mmHg. LEVE DILATACION ECTASICA DE AORTA DESCENDENTE. ***

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

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11020 Centro de Salud Villa Santana

NOMBRE DEL PACIENTE: MERARDO DE JESUS RENDON

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	2.620.398	H.C.	2620398
Fecha nacimiento:	Mar.19/1950	Edad:	75 Años	Sexo:	Masculino
Dirección:	MNA 13 CSA 14 INTERMEDIO	Teléfono:	3232384564	Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	NUEVA E.P.S			Etnia:	Otros
Atención:	88	Fecha:	Jun.06/2025	Hora:	09:29
Causa externa:	Enfermedad general		Finalidad: OTRA		

Ojo Derecho: Ojo Izquierdo: Ambos:

Observaciones:

ANALISIS:

PACIENTE EN LA OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA, CON ANTECEDENTES DESCRITOS, ASISTE A CONTROL, CON LABORATORIOS DE MARZO DEL 2025. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CON SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS. TIENE RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO, TFG DE 75.6 SEGÚN CKD-EPI, HDL FUERA DE METAS, LDL FUERA DE METAS.

CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, SE INCIIA HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG DIA.

FUE VALORADO POR MEDICO FAMILIAR EN MARZO, NO TREN HISTORIA CLINICA, DONDE LE ORDENAN MAS ESTUDIOS. TIENE PENDIENTE ECOGRAFIA HEPATICA. SE DESCONOCEN CAMBIOS EN FORMULACION.

PENDIENTE VALORACION POR NUTRICION.

TRAE GLUCOMETRIAS EN METAS.

CONTROL EN 1 MES, CON HISTORIAS Y ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONES.

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 ABUNDANTES 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	E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	Confirmado repetico
Adherencia a la Guia:No		Justificación:	
Relacionado 1	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado repetido
Adherencia a la Guia:No		Justificación:	

Powered by CamScanner

Fecha Actual : viernes, 07 noviembr

Hospital Universitario San Jorge Pereira

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERISTARIO SAN JORGE DE PEREIRA

NIT:800231235

CARRERA 4 No. 24-88 TEL: 3356333-42

Codigo habilitacion: 660010076201

INCAPACIDAD MÉDICA
Nº74131

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Expedición: 07/noviembre/2025 11:17 a. m.
Información Paciente: MERARDO DE JESUS RENDON **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Masculino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 2620398 **Edad:** 75 Años / 7 Meses / 20 Días **F. Nacimiento:** 19/03/1950
Entidad: EPS037 NUEVA E.PS.

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Tipo: RiesgoProfesional **Causa Externa:**Enfermedad_general **Clase:**Inicial
Diagnóstico: CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA
Tipo Incapacidad: Ninguna **Grado:**Ninguno **Procedimiento:**Ambulatorio
Días de Incapacidad: 17 **Fecha Inicial:**28/10/2025 00:00 **Fecha Final:**13/11/2025 00:00
Motivo: Expedicion_Directa **Fec Acc/Trab:**
Grupo de Servicios: ConsultaExterna **Modalidad de Prestacion:** Intramural
Incapacidad Retroactiva: Ninguna **Presunto Origen:** Comun
Causa que motiva la atencion:
Descripción:
..

False

Diagnóstico Principal: **K800** CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA
Diagnóstico Relacionado:

Juan Esteban Osorio

OSORIO RONCANCIO JUAN ESTEBAN

Tipo Medico: Medico_General
Identificación: 1088330381
Especialidad: 999 - MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1088330381

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA] NIT [800231235-7]

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

FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA: 25 / MES: Junio / AÑO: 2025 /

YO Mercado de Jesus Rendon identificado(a) con cédula de ciudadanía número 2'620 398, expedida en Rio frio, residente en el municipio de Pereira Risaralda, con dirección: Mz 13 Cs 14 Intermedios V. Santana: manifiesto que he sido informado(a) acerca de las diferentes actividades contempladas en la Canasta de Servicios (Ley 1276/2009 – Art 11 – Numeral 1 – 11), así: culturales, recreativas, deportivas, ocupacionales, trabajo asociativo, encuentros intergeneracionales, programadas por el CENTRO VIDA COMUNA ORIENTE; entiendo que estas actividades me proporcionan beneficios para la salud, bienestar y calidad de vida; al igual que la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas.

Por tal motivo me comprometo a cumplir con el Manual de Convivencia y Reglamento Interno socializado por el programa, el cual contempla mis derechos, así como mis deberes y entre ellos está el óptimo comportamiento y acatamiento de las instrucciones del equipo de trabajo que coordinan dichas actividades, lo anterior con la finalidad de eliminar y reducir todo riesgo al mínimo posible.

Doy mi consentimiento para mi participación en dichas actividades programadas y eximo al "PROGRAMA CENTRO VIDA – COMUNA ORIENTE PEREIRA R", de lo que pueda ir más allá de la atención prehospitalaria.

Nombres y Apellidos del Adulto Mayor: Mercado de Jesus Rendon

Teléfonos de contacto: 320 706 37 88

Nombre y Apellido (Familiar o Acudiente) Rubiela Carmona Rendon

Teléfonos de contacto: 320 706 37 88 Hermana

Diana S. Galeano Romero 1060586780

NOMBRES/APÈLLIDOS - TARJETA/REGISTRO 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

Powered by CamScanner

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

Fecha de valoración: 25- Junio - 2025

Nombre del paciente: Merardo de Jesus Rendon

Identificación del Paciente: 2' 620. 398 **Ocupación:** Ninguno.

Fecha de Nacimiento: 19 Marzo 1950 **Edad:** 75

- Quienes forman su hogar 5 Personas
- Antecedentes Patológicos Diabetes, Neurisma Cerebral. HTA
- Discapacidad Mental Perdida de memoria.
- Antecedentes Familiares Madre Diabetes
- Ultimo control médico 3 meses
- Ayudas técnicas: audífono NO lentes NO Placa dentaria NO Muletas NO Silla de ruedas NO bastón NO Prótesis NO Marcapasos ___ Otro: _____
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol NO tabaco NO drogas NO frecuencia: NO
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Metformina - Empagliflozina
Dosis: 800 mg.
Frecuencia 2
¿Desde cuándo? 7 años
Nombre del medicamento Enalapril - Losartan - Carvedilol - Atorvastatina
Dosis: _____
Frecuencia 2
¿Desde cuándo? 8 años
Nombre del medicamento Insulina
Dosis: _____
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____

• SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD

¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural __ Buena X Muy Buena __
¿Por qué suele acudir al médico?	Por Problemas de Salud.
¿Confía en las opiniones médicas?	Si

• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

PSICOLÓGICOS					
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	X	FRECUENCIA
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	X	FESCUENCIA
¿Se diente apoyado y comprendido por su familia?	SI	X	NO		¿POR QUÉ?

FAMILIARES	
¿Como es la relación con las personas con que vive?	Muy buena
¿Cómo es la relación con sus hijos?	—o—
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Si
¿Participa de reuniones familiares?	Si
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	Si

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: MGO-02-48
Vigencia: 03-2025

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

SOCIALES

¿Tiene amigos?	Si
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	diario
¿Hace parte de algún grupo?	Centro Vida Oriente

• SEXUALIDAD

MUJER	HOMBRE
¿tiene vida sexual activa? Si___ No X	¿tiene vida sexual activa? Si___ No X
Última menstruación ___	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No X
Ultima citologia ___	¿Presenta secreciones inusuales? Si___ No X
¿Se practica examen de seno? Si__ No__ Por qué ___	¿Se ha realizado examen de próstata? Si X No __ Por qué Rutinario.

• ELIMINACIÓN

¿Presenta dificultad para orinar? Si__ No__	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No X
¿Con que frecuencia orina?	¿Con que frecuencia realiza deposición? Si
¿Despierta en la noche para orinar? Si__ No__ A veces__	¿Salida involuntaira? Si__ No X A veces__
¿Color inusual? Si__ No__ cual ___	¿ultiza ayudas para defecar? Si__ No X A veces__
¿Olor inusual? Si__ No__ cual ___	Cual ___
¿Presenta retención de la orina? Si__ No__ A veces__	
¿Salida involuntaria de la orina? Si__ No__ A veces__	
¿Presenta dolor al orinar? Si__ No__ A veces__	

• SUEÑO	• ACTIVIDAD FISICA
¿Cuántas horas duerme? 9 Hrs.	¿Presenta fatiga? Si__ No X ¿con que actividad?
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO	¿Presenta dolor en el tórax? Si__ No X ¿Cuándo?
¿sufre de insomnio? NO	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si__ No X ¿Cuándo?

• SIGNOS VITALES

Frecuencia cardiaca	64	Frecuencia respiratoria	16	Presión arterial	140/80

• NIVEL DE MOVILIDAD

Completamente inmóvil ___	Ligeramente limitado ___
Muy limitado ___	No requiere ayuda NO

• CAÍDAS

Teme usted caerse si X no __

Ha presentado caídas en el último año si__ no X cuántas____

Lugar de la caída: dentro de la casa NO fuera de la casa NO

Causa de la caída: ¿se tropezó? NO ¿se mareó? NO ¿se deslizó? NO

Tiempo en segundos de permanencia en el piso NO

Necesitó ayuda para levantarse si ___ no NO

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si___ no___ lugar de la consulta ___

Powered by CamScanner

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

OBSERVACIONES: Usuario con Dx. medico, con disposición y agrado en el Centro Vida

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN: Usuario CUOP con Dx. Diabetes, AGV, Aneurisma Cerebral, HTA. Con Perdida de memoria, Con tratamento Farmacologico e insulinodependiente. Con disposicion para realizar actividades.
El Usuario requiere Seguimiento neurologico y apoyo en actividade ademas de estrategias para mejorar la memoria y la Orientación

Nombres y Apellidos de quien realiza: Diana Sorley Galeano Romero

Cargo: Auxiliar de enfermeria

Firma: Diana Galeano

Firma o huella paciente: _____

Powered by CamScanner

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: 25 / MES: Junio / AÑO: 2025 /

NOMBRES – APELLIDOS: Merardo de Jesus Rendon /

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? Nueva EPS

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

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
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 Gerardo de Jesus Rendon. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: La usuaria Puede tener una condición de Salud que requiera evaluación medica Previa antes de iniciar un Programa de actividad Fisica esto no significa que no pueda hacer ejercicio, sino que se necesita mayor Precaución y orientacion Profesional.

Diana Sorley Galeano R.

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Merardo de Jesus Rendon | EAPB: Nueva EPS

N° identificación del adulto: 2'620.398 | Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 13 Casa 14 | Cel: 320 706 37 88

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLI
25-06-25	15:50	140/80	64	95	16	36.3	Valoración inicial	Dana Galeano

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Merardo de Jesús Rendon
CEDULA: 2' 620. 398 | EDAD: 75 años
DIRECCION RESIDENCIA: Mz 13 Casa 14 | TELEFONOS:
EAPB: (Sanitas) Nueva EPS | GRUPO: Rojo. | JORNADA: Tarde

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
25-06 2025 14:00	Usuario de CVOP Merardo de Jesús Rendon 75 años de edad Perdido en sus Tres esferas Tiempo, espacio, y Persona Por ACV Ocurrido hace 8 años al examen Cefalocaudal responde aspecto general aun Presentando Perdida de memoria, cabeza simetrica, sin deformidades sin lesiones Visibles, Cuero cabelludo abundante y en buenas condiciones higienicas, ojos Pupilas isocoricas y reactivas a la luz movimientos oculares coordinados Visión adecuada, Oidos sin secreciones, audicion Conservada, nariz sin alteraciones, mucosas humedas lengua y Paladar sin alteraciones, Motricidad, fuerza y tono muscular conservado en estremidades superiores e inferiores respuesta adecuada a estimulos tactiles y dolorosos con reflejos Presentes y simetricos, musculatura conservada sin signos de debilidad o atrofia sin lesiones, heridas o signos de infección, movilidad limitada, pero con capacidad de movilizarse sin dependencia de apoyo. Se realiza toma de signos Vitales (140/80 - Fc 64 - SATO2 95 - FR. 16 T° 36.3)	Aux. Diana Galeano

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

Powered by CamScanner

Alcaldía 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
27	Junio	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Medardo de Jesús Rendón
DOCUMENTO	Cc. 2620398
GRUPO	

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:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

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

0		2		4	5			8			11

4. Resuelve las Operaciones.

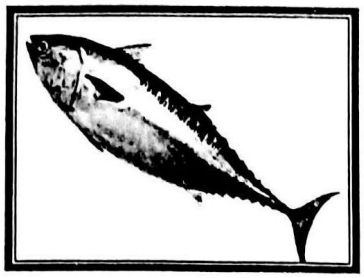
7 +2 _____	17 +39 _____	9 -3 _____	51 -35 _____

5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

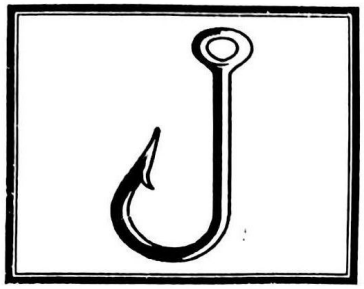
13	68	4	19	25	11	5	7	46	34

Powered by CamScanner

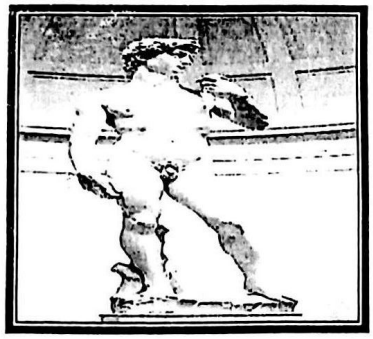
6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.



ESTATUA



CASA



PESCADO

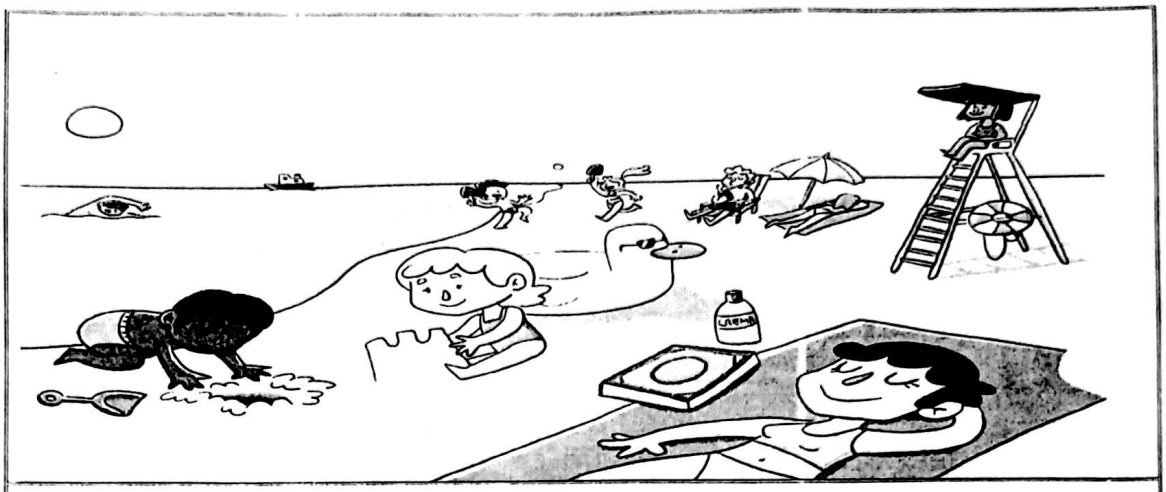


ANZUELO

Powered by CamScanner

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

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!

Powered by CamScanner

Alcaldía 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
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		

PROFESIONAL	FIRMA
Andrea Anas Quintero Claudia Patricia Corrales Villa	Claudia Corrales
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	27 Junio/2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

El usuario manifiesta que se le olvidó leer y escribir a partir de una enfermedad que le dio. Por lo tanto, no puede presentar la prueba.

Powered by CamScanner

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

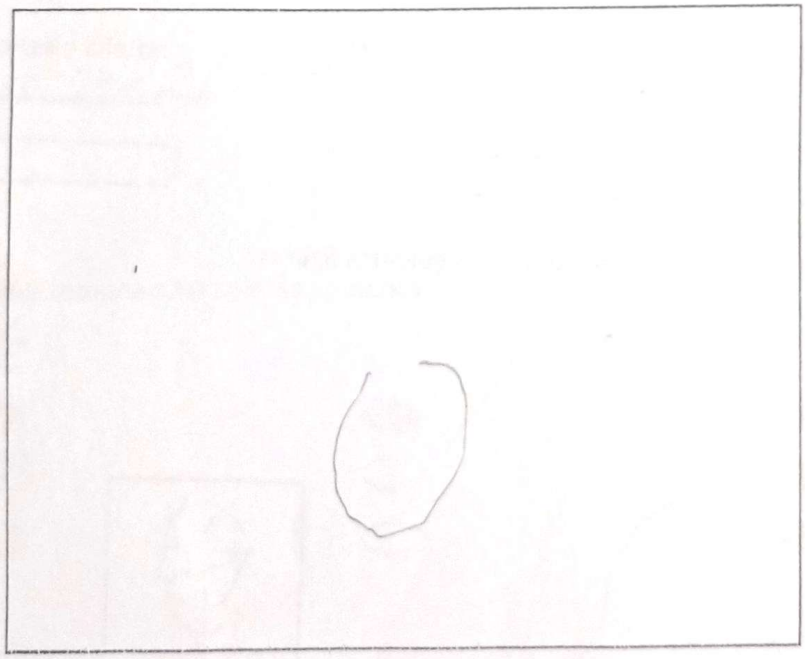
FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
27	Junio	2025

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Medardo de Jesús Rendón
DOCUMENTO	CC. 2620398
GRUPO	

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

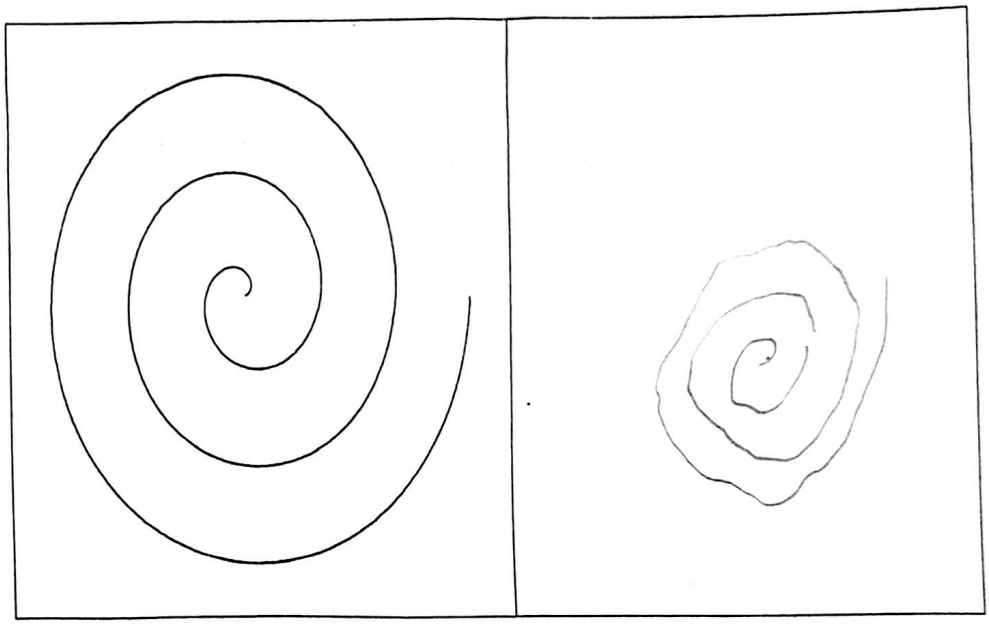
1. Dentro del siguiente espacio dibuje un círculo



Powered by CamScanner

PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL

2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



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

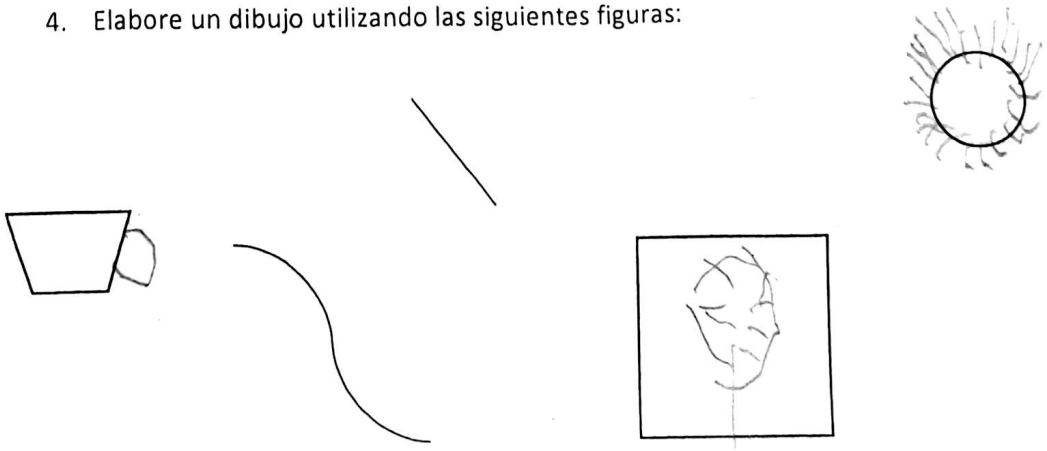
Periódico

_____
_____
_____

botella plástica

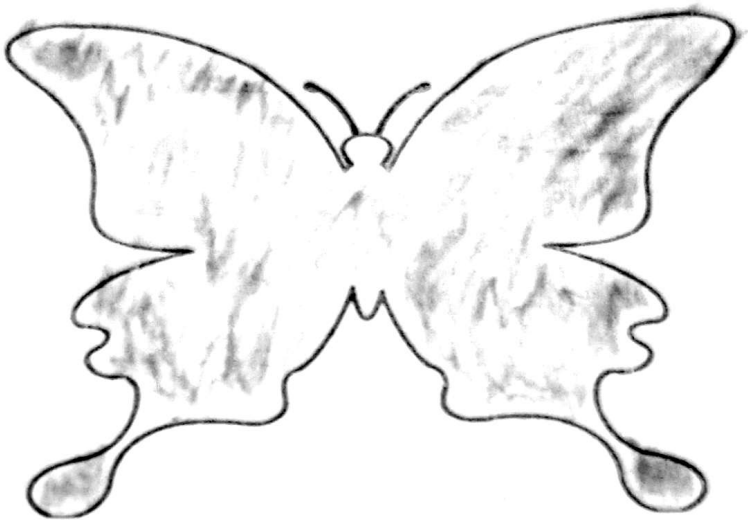
_____
_____
_____

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:



Powered by CamScanner

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 :



Powered by CamScanner

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

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

☒ Falso
☐ Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
Andrea Arias Quintero Claudia Patricia Corrales Villa	Claudia Corrales
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	27 Junio 2025

NOTAS Y OBSERVACIONES:

El usuario presenta un poco de dificultad para realizar la prueba debido a que se le olvidó leer y escribir a causa de una enfermedad que sufrió. La prueba arroja un resultado aceptable, ya que presenta algunos conocimientos básicos pero debe reforzar pulso, creatividad y capacidad viso manual.

Adaptada por: Claudia Azucena Batero Gómez
Área Actividades Productivas.

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 18/06/2025

Ficha: 660011641278800029614

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MERARDO DE JESUS

Apellidos: RENDON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2620398

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/03/2022

Última actualización ciudadano: 31/03/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	2620398
NOMBRES	MERARDO DE JESUS
APELLIDOS	RENDON
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/18/2025 16:18:59	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

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: 24 M: 06 A: 2023	Merarolo de Tex, Rendon	Mariana Vargas Lopez

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

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

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

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

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Antecedente de ACV hace 7 años. Fuerza muscular global conservada. Fuerza suficiente para realizar la mayoria de AVD sin ayuda, aunque con limitacion en esfuerzos intensos.

Scanned with CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
Mini-BESTest **"Evaluación de los Sistemas de Equilibrio"**		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 29 M: 05 A: 2023	Gerardo de Jesus Londoño	Mariana Vargas López

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

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

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

2. PONERSE DE PUNTILLAS

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

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

3. APOYO MONOPODAL

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

IZDA: Tipo en S	Prueba 1:	Prueba 2:	DCHA: Tipo en S	Prueba 1:	Prueba 2:
[ ]	**(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."

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

- [ ] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [x] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso O podría caer si no fuera cogido O 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	
☐	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto	☐	**(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: /6

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

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

Tiempo en segundos:

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

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

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

Tiempo en segundos:

- [x] **(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:

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

Scanned with CamScanner

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

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

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

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

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

TUG: 19,99 **segundos** **TUG doble tarea:** 12,8 **segundos**

- [x] **(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: 21 /28

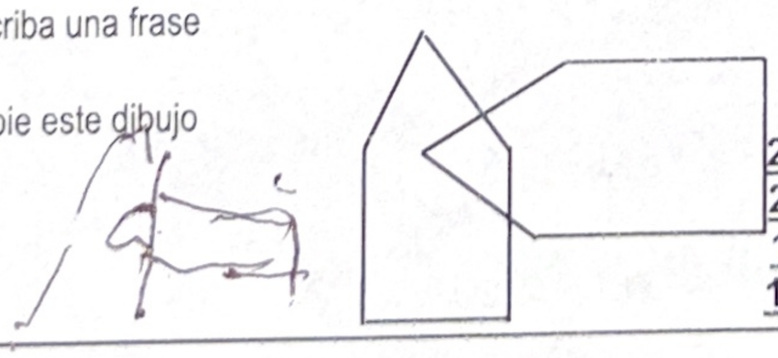
Scanned with CamScanner

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: Melardo de Jesus endon	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 2.620.398
GRUPO: PM	EVALUADO POR: Mary Luz orbulda
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 25 / MES: 06 /	AÑO: 2025 /

ORIENTACIÓN	
• Dígame el día, fecha, mes, estación, año	4/5
• Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación	3/5
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?	0/3
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?	0/2
• ¿Que son un perro y un gato?	3/3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa	1/1
• Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	0/1
• Escriba una frase	0/1
• Copie este dibujo	0/1
	24



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

Deterioro Cognitivo Leve

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: 25 /	MES: 06 /	AÑO: 2025 /
NOMBRE COMPLETO: Ruiloido de Jesus Rendon		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 2.620-398	
GRUPO: PM		ENTREVISTADO POR: Mary Luz Arboleda	

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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

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

CALIFICACIÓN	PUNTUACION TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	2
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

FIRMA PROFESIONAL: _____

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

EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO Mercedes de Jesus Restrepo	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 2620398
GRUPO Azul – PM.	**EVALUADO POR** Jhayscon David Acevedo
FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 24 /	**MES:** Junio / **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: D	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: A	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 9 **TOTAL** _____

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

ANALISIS: Usuario categorizado en independencia total; sin embargo requiere acompañamiento para ir de compras y usar celular.

Jheyson David Acevedo M

NOMBRE PERSONA EVALUADORA

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
Mercedes de Jesus Rentin	26203098
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Azul - Pm.	Jheyser David Acevedo M

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 / MES: Junio / 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: 10,2 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: 03,5 segundos

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
X = capaz por 5 segundos.
Tiempo: 05,2 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: 10,2 segundos

10. POSICIÓN TÁNDEM:

X = 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.
0 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: ___ 0, ___ segundos

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

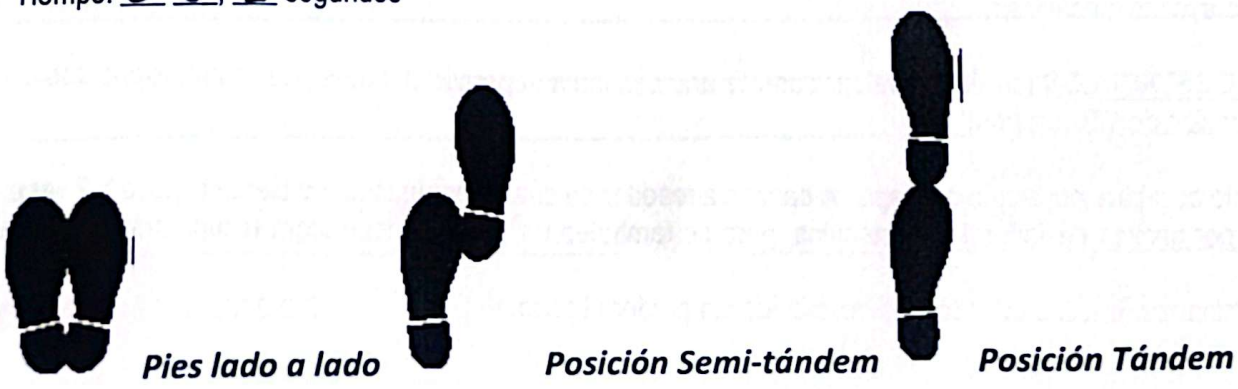
0 = incapaz o se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
X = capaz y firme.

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
X = capaz por 3 segundos.
Tiempo: 0 3, 2 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 regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plan 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 p 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.
1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
X = estable, no necesita ayudas mecánicas.

5. CAMINAR SOBRE OBSTÁCULOS (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en 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 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

8/9
23/26
32/36

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuario categorizado en riesgo de caida bajo. Presenta dificultad para mantener equilibrio estatico en su pierna derecha y posicion tandem Su marcha es aceptable, aunque presenta leves tambaleos al caminar por encima de obstaculos. Recomendacion AF general para fortalecer grandes grupos musculares.

Puntuacion obtenida 32 de 36

Jhayson David Acevedo M

FIRMA – EVALUADOR

FIRMA PERSONA EVALUADA

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Rendón Nombre: Meldardo de Jesus

Sexo: M Edad: 75 Peso, kg: 78 Altura, cm: 158 Fecha: 26/06/25

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) → 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

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

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

PESO 78 **TALLA:** 158 **IMC:** 31,2

DX NUTRICIONAL: Obesidad grado 1