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: Pedro Nel Osgna

GRUPO: Rojo JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3206482506

#	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	X		
11	HISTORIA CLINICA (Opcional)			
	VALORACION - AREA NUTRICION			
12	Mini-Nutrition Assesment - MNA	X		
	VALORACION - AREA PSICOSOCIAL			
	Por Profesional en Psicología			
13	Minimental Test o Cuestionario Pfeiffer	X		
14	Escala de Depresión Geriátrica – Yesavage	X		
	Por Profesional en Trabajo Social			
15	Familia Apgar	X		
	Por profesional en Gerontología			
16	Cuestionario 36 preguntas – Whodas – 2.0	X		
	VALORACION – AREA ATENCION PRIMARIA EN SALUD – A.P.S			
17	Consentimiento informado	X		

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 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	—	—	No está en carpeta
	VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN			
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton	X		
24	Escala de Tinetti Modificada	X		
	VALORACION – AREAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS/TRABAJO ASOCIATIVO Y EDUCACION			
25	Prueba de entrada - Área Ocupacional			
26	Prueba de entrada - Área Educación			
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 31 MES: 10 AÑO: 2024.

Gloria Inés Arias - 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 154

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 29 **MES** 05 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Pedro Nel Ospina Herrera

LUGAR DE NACIMIENTO: Pereira **FECHA: DIA** 13 **MES** 05 **AÑO** 1945

DIRECCIÓN: Cra 15bis#196-67

TELEFONO: 3206482506 Mejía Robledo.

EDAD: 79 **CATEGORIA SISBEN:** A4 **DESPLAZADO** No **EPS** Asmet Salud

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Yolanda Castrillón
DIRECCIÓN Calle 26#11-48 El Lago TELEFONO 3117176824

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (x) -Sisben (✓) -Otro (x)
Cuál Historia Clinica

Nombre del funcionario: Gloria Inés Anas

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: Pedro Nel	Apellidos: OSPina Herrera
Documento de identidad: 10056112	Expedida: Pereira 11/agosto/1966

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 X	B	C	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	X
Edad superior o igual a 55 años	—	—	—	Abandono familiar	—	Sedentarismo	—
Ingresos económicos 1smlv	X	—	—	Violencia intrafamiliar	—	Tabaco	—
Discapacidad 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: Dia 29 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Firma

Alba Lucia Alzate Gonzalez
Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodriguez
Nombre Psicólogo(a)

Carolina R.

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 29 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Pedro Nel Ospina PARENTESCO ——— /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Pedro Nel Ospina C.C 10056112 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 13/ M 05/ A 1945 Pereira / EDAD 79/ SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cra 15bis # 19b-67 / BARRIO Mejia Robledo /

EPS Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN A4 / TIPO SANGRE O+ /

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

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

COMUNA Bostón TELÉFONO FIJO ——— / CELULAR 3206482506 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ninguna / ANTERIOR Tapicería /

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

CUÁL: ——— / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Yolanda Castrillón Ospina /

DIRECCIÓN Cra 26 # 11-50. Centro TELÉFONO 3117176824 PARENTESCO Prima /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: ——— /

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

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

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

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	—	—	—	—
2	—	—	—	—
3	—	—	—	—
4	—	—	—	—

3				
4				
5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

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

3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI — /

CUÁL? — /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI — /

CUAL? — /

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

CUAL? — /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

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

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Actividad física /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONOMICA:

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

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 __/ NO __/

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

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA —/ FAMILIAR —/ ARRENDADA X/ INVASION —/ CEDIDA —/

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

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

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

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

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

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

VIVIENDA EN RUINA —/OTRA Material bahareque /

TODAS LAS ANTERIORES —/ NINGUNA DE LAS ANTERIORES —/

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

CENTRO VIDA: **SI** X/ **NO** —/

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Gloria Inés Anas /

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

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

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Centro Vida Oriente

NOMBRES: Pedro Nel

APELLIDOS: Ospina Herrera

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 13 / MES: Mayo / AÑO: 1945

EDAD: 79 / SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANIA: 10056112 / TIPO SANGRE: O+

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

DIRECCIÓN: Cra 15 bis # 196-67 / BARRIO: Mejia Robledo

COMUNA: Otór. / VEREDA: —

TELEFONO FIJO: — / CELULAR: 3206482506 / PLAN FUNERARIO: —

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

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: —

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Ninguno

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Yolanda Castrillón

PARENTESCO: Sobrina / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3117176824

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

DIRECCION: Cra 73 # 25-04 / TELEFONOS: 3127747748

CORREO ELECTRONICO: gloriac612008@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: (1) SISBEN: (1) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: (1) CONSENTIMIENTO INFORMADO: (1) OTRO: CUAL —

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: Pedro

SEGUNDO NOMBRE: Nel

PRIMER APELLIDO: Ospina

SEGUNDO APELLIDO: Herrera

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

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

Fecha de Nacimiento: 13/mayo/1945

No. Documento 10056172

RANGO DE EDAD:

			AÑOS CUMPLIDOS
1	X	MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)	7 9
2	—	MAYOR DE 55 AÑOS	

SEXO:

1	X	HOMBRE
2	—	MUJER
3	—	LGBTI

DATOS SISBEN:

Est		PUNTAJE
1	X SI	A4
2	— NO	

ESTADO CIVIL:

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

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

					CUAL
1	X SI	1	—	CONTRIBUTIVA	A Sanet Salud
2	— NO	2	X	SUBSIDIADA	

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

1	—	NINGUNO	5	—	SECUNDARIA INCOMPLETA	9	—	UNIVERSITARIA INCOMPLETA
2	X	PRIMARIA COMPLETA	6	—	TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA	10	—	POSTGRADO COMPLETO
3	—	PRIMARIA INCOMPLETA	7	—	TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA	11	—	POSTGRADO INCOMPLETO
4	—	SECUNDARIA COMPLETA	8	—	UNIVERSITARIA COMPLETA	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 Colombia Mayor

2 —

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Jugar ajedrez y caminar

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

1 [—] RURAL: VEREDA: — 2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Cra 15 b.i.5 #17b-67

NOMBRE DE LA FINCA: — BARRIO: Mejía Robledo

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3206482506 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Yolanda Castrillón PARENTESCO: Prima.

TELÉFONO DE CONTACTO: 3117176824

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

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

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

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

Mejorar la calidad de vida

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Tiene Protesis en cadera y rodilla derecha. Tiene operación en ambos hombros

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Gloria Inés Arias

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
29	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

OBSERVACIONES:

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.

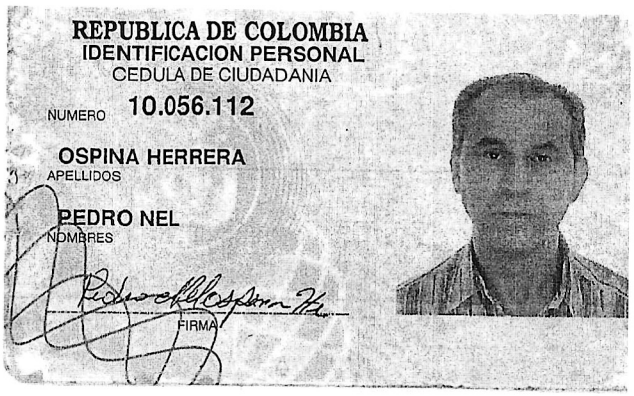
Se firma en la ciudad de Pereira, a los 29 días del mes de 05 de año 2024.

Firma: [signature]

Nombre: Nadia Del Cristo Ti

Identificación: 1005611 2





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.056.112

OSPINA HERRERA
APELLIDOS

PEDRO NEL
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1945
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

11-AGO-1966 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-2402500-54139411-M-0010056112-20060118 00671 06018A 02 196304791

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 20/06/2024

Ficha: 660011641277500002985

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PEDRO NEL

Apellidos: OSPINA HERRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10056112

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/07/2021

Última actualización ciudadano: 15/07/2021

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

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	10056112
NOMBRES	PEDRO NEL
APELLIDOS	OSPINA HERRERA
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	16/06/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/21/2024 11:52:21	**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 PERI

Nit: 816.005.003-

HISTORIA CONSULTA E

CENTRO DE ATENCIÓN: 12020 Centro de Salud San Camilo

NOMBRE DEL PACIENTE: PEDRO NEL OSPINA HERRERA

Documento: CC 10.056.112
Fecha nacimiento: May.13/1945 **Edad:** 78 Años
Dirección: CRA 19 BIS N 19B67 **Télefono:** 342344932
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Número de Ficha:
Atención: 45 **Fecha:** May.03/2024
Causa externa: Enfermedad General **Finalidad:** No Ap

Sistema Osteomuscular
Normal 03-04-2023 11
Normal 17-04-2024 07
Normal 17-07-2020 09
Normal 26-03-2021 10
Normal 08-04-2022 07
Normal 03-04-2023 11
Normal 08-02-2024 11
Normal 17-04-2024 07

Otros
Normal 08-02-2024 11
Normal 17-04-2024 07
Normal 22-04-2024 07
Normal 03-05-2024 09

Especuloscopia
No Evaluado 06-07-20
No Evaluado 17-07-20
No Evaluado 26-03-20
No Evaluado 08-04-20
No Evaluado 03-04-20
No Evaluado 08-02-20
No Evaluado 17-04-20

Extremidades
Anormal Genus Valgo
No Evalúo 31-07-2020
Normal 06-07-2020 10
Normal 17-07-2020 09
Normal 06-08-2020 12
Normal 09-09-2020 08
Normal 26-03-2021 10
Normal 03-04-2023 11
Normal 08-02-2024 11
Normal 17-04-2024 07
Normal 22-04-2024 07
Normal 03-05-2024 09

Total: 0

Clasificación:

Tipo de población

Paciente LGBTI
No 08-04-2022 07:16
No 03-04-2023 11:40
No 08-02-2024 11:15
No 17-04-2024 07:34
No 22-04-2024 07:50
No 03-05-2024 09:48

Total: 0

Clasificación:

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 12020 Centro de Salud San Camilo

NOMBRE DEL PACIENTE: PEDRO NEL OSPINA HERRERA

Documento: CC 10.056.112
Fecha nacimiento: May.13/1945 **Edad:** 78 Años **H.C.** 10056112
Dirección: CRA 19 BIS N 19B67 **Télefono:** 342344932 **Sexo:** Masculino
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ciudad:** PEREIRA
Número de Ficha: **Etnia:** Otros
Atención: 45 **Fecha:** May.03/2024 **Nivel:** Nivel 1
Causa externa: Enfermedad General **Finalidad:** No Aplica **Hora:** 09:48

Motivo consulta: "PARA LECTURA DE EXAMANES"

Enfermedad actual: PACIENTE FEMENINA DE 78 AÑOS DE EDAD CONSULTAPARALECTURADE EXAMANES QUE SE SOLICITARON POR EXAMEN DE GLUCOSA ALTERADO.
PARACLINICOS DE 23/04/24 HB GLIVOSILADA 6.0%, GLUCOSA PRE 100 GLUCOSA POS 99. EN EN MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICO REFIERE MEJORIA DE LOS SINTOMAS CON TTO INDICADO EN CINSULTA ANTERIOR.

Revisión por sistemas:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Otros: HIPERPLASIA PROSTATICA - CATARATA OCULAR 08-04-2022 07:15
no 31-07-2020 08:14

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido): PROSTATECTOMÍA. 03-04-2023 11:38
protesis rodilla (meniscos), hombros, protesis cadera 31-07-2020 08:15

Antecedentes Traumáticos

Otros: NO REFIER 03-04-2023 11:38

Antecedentes Alérgicos

Medicamentos: NIEGA 21-12-2023 13:38
no 31-07-2020 08:15

Otros: NO REFIERE. 03-04-2023 11:39

Historia Personal y Social

Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo): no 31-07-2020 08:18
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo): no 31-07-2020 08:18
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo): no 31-07-2020 08:18
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja): carnicero. 31-07-2020 08:18

EXAMEN FISICO

Cabeza
Normal 06-07-2020 10:25
Normal 17-07-2020 09:23
Normal 31-07-2020 08:18
Normal 06-08-2020 12:45
Normal 09-09-2020 08:41
Normal 26-03-2021 10:32
Normal 08-04-2022 07:19
Normal 03-04-2023 11:46
Normal 08-02-2024 11:15
Normal 17-04-2024 07:25
Normal 22-04-2024 07:56
Normal 03-05-2024 09:49

Ojos: Anormal Disminución De La Afgudesa Visual. 03-04-0023

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 12020 Centro de Salud San Camilo

NOMBRE DEL PACIENTE: PEDRO NEL OSPINA HERRERA

Documento: CC 10.056.112
Fecha nacimiento: May.13/1945 **Edad:** 78 Años **H.C.** 10056112
Dirección: CRA 19 BIS N 19B67 **Télefono:** 342344932 **Sexo:** Masculino
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS **Ciudad:** PEREIRA
Número de Ficha: **Etnia:** Otros
Atención: 45 **Fecha:** May.03/2024 **Nivel:** Nivel 1
Causa externa: Enfermedad General **Finalidad:** No Aplica **Hora:** 09:48

00:00
Anormal Uso De Gafas 08-04-0022 00:00
Anormal Uso De Gafas Opacidad Cristalino Ojo Izquierdo 26-03-0021 00:00

Fondo de Ojo
Normal 06-08-2020 12:45
Normal 08-08-2020 12:45

Oidos
Normal Pupilas Isocoricas Normoreactivas 17-04-0024 00:00

Nariz y senos paranasales
Normal 06-08-2020 12:45
Normal Cerumen Bilateral 17-04-0024 00:00

Boca
Normal 06-07-2020 10:22
Normal 08-08-2020 12:45
Anormal Exodoncias Parciales Prótesis Dental. 03-04-0023 00:00
Normal Mucosa Oral Humedas 17-04-0024 00:00
No Evalúo 31-07-2020 08:18
Normal 06-07-2020 10:22
Normal 17-07-2020 09:11
Normal 06-08-2020 12:45
Normal 09-09-2020 08:41
Normal 26-03-2021 10:33
Normal 08-04-2022 07:20
Normal 08-02-2024 11:15
Normal 22-04-2024 07:43
Normal 03-05-2024 09:48

Garganta
No Evalúo 31-07-2020 08:18
Normal 06-07-2020 10:22
Normal 17-07-2020 09:11
Normal 06-08-2020 12:40
Normal 09-09-2020 08:41
Normal 26-03-2021 10:33
Normal 08-04-2022 07:20
Normal 03-04-2023 11:48
Normal 08-02-2024 11:15
Normal 17-04-2024 07:27
Normal 22-04-2024 07:43
Normal 03-05-2024 09:48

Cuello
Anormal Tiroides Aumentada De Tamaño 26-03-0021 00:00
Normal Movil 17-04-0024 00:00
No Evalúo 31-07-2020 08:18
Normal 06-07-2020 10:22
Normal 17-07-2020 09:11
Normal 06-08-2020 12:40
Normal 09-09-2020 08:41
Normal 08-04-2022 07:20
Normal 03-04-2023 11:48
Normal 08-02-2024 11:15
Normal 22-04-2024 07:43

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 12020 Centro de Salud San Camilo

NOMBRE DEL PACIENTE: PEDRO NEL OSPINA HERRERA

Documento:	CC 10.056.112			**H.C.**	10056112
Fecha nacimiento:	May.13/1945	**Edad:**	78 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CRA 19 BIS N 19B67	**Télefono:**	342344932	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	45	**Fecha:**	May.03/2024	**Hora:**	09:48
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal
Ojos	Normal
Fondo de Ojo	Normal
Oidos	Normal
Nariz y senos paranasales	Normal
Boca	Normal
Garganta	Normal
Cuello	Normal
Mamas y axilas	Normal
Tórax	Normal
Pulmones	Normal
Corazón	Normal
Abdomen	Normal
Genitourinario	Normal
Especuloscopia	No Evaluado
Tacto vaginal	No Evaluado
Tacto rectal	No Evaluado
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal
Sistema Vascular periférico	Normal
Sistema Osteomuscular	Normal
Extremidades	Normal
Piel y faneras	Normal
Otros	Normal

ANALISIS:

PACIENTE FEMENINA DE 78 AÑOS DE EDAD CONSULTAPARALECTURADE EXAMANES QUE SE SOLICITARON POR EXAMEN DE GLUCOSA ALTERADO.
PARACLINICOS DE 23/04/24 HB GLIVOSILADA 6.0%, GLUCOSA PRE 100 GLUCOSA POS 99. EN EN MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICO REFIERE MEJORIA DE LOS SINTOMAS CON TTO INDICADO EN CINSULTA ANTERIOR. PACIENTE ESTABLE SV DENTRO DE LA NORMALIDAD NO SE ENCUENTRAN HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN FISICO, PARACLINCOS DE CONFIRMACION PARA DM DENTRO DE LA NORMALIDAD POR LO CUAL SE DECARTA DX, SE LE EXPLICA A PACIENTE DEBE CULMINAR TTO IDNICADO ANTERIORMENTE, QUIEN REFIERE ENTEDER Y ACEPTAR, ADEMAS SE INDICA DESPARACITANTE.

DIAGNOSTICOS:

Diagnostico Principal	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	**TIPO DIAGNOSTICO** Confirmado repetido

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 12020 Centro de Salud San Camilo

NOMBRE DEL PACIENTE: PEDRO NEL OSPINA HERRERA

Documento:	CC 10.056.112			**H.C.**	10056112
Fecha nacimiento:	May.13/1945	**Edad:**	78 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CRA 19 BIS N 19B67	**Télefono:**	342344932	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	45	**Fecha:**	May.03/2024	**Hora:**	09:48
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Medicamentos

ALBENDAZOL 200MG TABLETA	200MG	TABLETA	1 TABLETA VIA ORAL CADA 1 DOSIS ÚNICA DURANTE 1 DIAS	2	(DOS)

Otras Fórmulas

Incapacidad? No **Prorroga?** No

INDICACIONES:



YEYRA YHOANA SANDOVAL SANCHEZ
CC 1.053.835.466 Registro: 1053835466
MEDICINA GENERAL

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

ntro de Salud San Camilo

SPINA HERRERA

				H.C.	10056112
Edad:	78 Años			**Sexo:**	Masculino
Télefono:	342344932			**Ciudad:**	PEREIRA
				Etnia:	Otros
				Nivel:	Nivel 1
Fecha:	May.03/2024			**Hora:**	09:48
Finalidad:	No Aplica				

	Negativo 09-09-0020 00:00
	No Evalúo 31-07-2020 08:18
	Normal 26-03-2021 10:33
	Normal 08-04-2022 07:20
	Normal 03-04-2023 11:48
	Normal 08-02-2024 11:15
	Normal 22-04-2024 07:43
	Normal 03-05-2024 09:48
	No Evalúo No Permite 08-04-0022 00:00
	Normal 06-07-2020 10:22
	Normal 17-07-2020 09:11
	Normal 26-03-2021 10:33
	Normal 03-04-2023 11:48
	Normal 08-02-2024 11:15
	Normal 17-04-2024 07:25
	No Evaluado 06-07-2020 10:22
	No Evaluado 17-07-2020 09:11
	No Evaluado 26-03-2021 10:33
	No Evaluado 08-04-2022 07:20
	No Evaluado 03-04-2023 11:48
	No Evaluado 08-02-2024 11:15
	No Evaluado 17-04-2024 07:25
	No Evaluado 17-07-2020 09:11
	No Evaluado 26-03-2021 10:33
	No Evaluado 08-04-2022 07:20
	No Evaluado 03-04-2023 11:48
	No Evaluado 08-02-2024 11:15
do de conciencia)	**No Evaluado 17-04-2024 07:25**
	Normal Alerta , Orientado Sin Deficit Neurologico 17-04-0024 00:00
	Normal Sin Deficit Motor Os Ensitivo 09-09-0020 00:00
	Normal 17-07-2020 09:11
	Normal 26-03-2021 10:33
	Normal 08-04-2022 07:20
	Normal 03-04-2023 11:48
	Normal 08-02-2024 11:15
	Normal Buena Perfusion Distal , Llenado Capialr < 2 Seg 17-04-0024 00:00
	Normal 17-07-2020 09:11
	Normal 26-03-2021 10:33
	Normal 08-04-2022 07:20
	Normal 03-04-2023 11:48
	Normal 08-02-2024 11:15
	Evaluados Absceso De 2 Cm Duro , Con Eritema En Region Lateral 1/3 Superior Del Muslo Derecho 08-02-2024 00:00
	Normal 17-07-2020 09:11
	Normal 26-03-2021 10:33

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: 19 MES: 12 AÑO: 2024

NOMBRES – APELLIDOS: PEDRO NEL OSPINA

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 Pedro Nel Ospina. CERTIFICO, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuario con dificultad moderada por HTA Para realizar actividad y la cual toma medicamentos para la presión

Diana Galeano R.
FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Pedro Nel Ospina
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: Ospina H Nombre: Pedro Nel

Sexo: M Edad: 79 Peso, kg: 62,6 Altura, cm: 166 Fecha: 240724

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos)
12-14 puntos: estado nutricional normal
8-11 puntos: riesgo de malnutrición
0-7 puntos: malnutrición
14

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

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

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

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

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

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

P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el 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 Vigencia: 12-2024
Versión: 0		

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

NOMBRE Pedro nel Ospina H. FECHA 24/07/24

PESO 62.6 TALLA: 166 IMC: 22.7

Peso Adecuado ; Adecuada Preservación de masa muscular.
FN: 13/05/45

B: 24
P: 36

FIRMA USUARIO: Pedro nel Ospina Herrera

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION DE LA FUNCION MINIMA DEL ESTADO MENTAL "MINIMENTAL TEST"		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

NOMBRE COMPLETO Pedro Nel Olaya.	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 10056112
GRUPO Centro Vida Oriente	**EVALUADO POR:** Ricardo Quintero.
FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 1 / **MES:** 11 /	**AÑO:** 2024 /

ORIENTACIÓN

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

4 5

FIJACIÓN

5 5

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

3 3

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

4 5

2 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?

3 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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

2 2

1 1

2 2

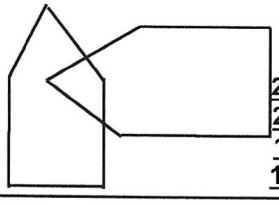
3 3

1 1

0 1

1 1

1 1



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

32

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: 1 / MES: 11 / AÑO: 2024 /	
NOMBRE COMPLETO Pedronel Orana	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 10056112
GRUPO Centro Vida Oriente	ENTREVISTADO POR Yamira 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**.	1
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: Yamira 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: 31 / MES: Octubre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Pedro Nel Ospina Herrera / C.C: 10056712 /

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)*	☐	☐	☐	☒	☐
2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – *(PARTICIPACION)*	☐	☒	☐	☐	☐
3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – *(AFECTO)*	☐	☐	☒	☐	☐
4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – *(CRECIMIENTO)*	☐	☒	☐	☐	☐
5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – *(RESOLUCION)*	☐	☐	☒	☐	☐

ANALISIS RESULTADO:

Un puntaje de 9, sugiere una percepción baja de apoyo familiar, indicando que el usuario presenta dificultades en áreas como comunicación, participación, adaptación, crecimiento y resolución de conflictos dentro de su núcleo. Se enfatiza en la importancia de crear espacios en donde ambas partes puedan manifestar sus expectativas y necesidades, y pasar tiempo de calidad, con la finalidad de fortalecer los lazos.

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

COOPERATIVA MULTISER



AÑOS ESTUDIO: 5 PRIMARIA **DX:** **FECHA: 20 -12-2024**

NOMBRE: PEDRONEL OSPINA HERRERA **EDAD: 78**

Independiente X **Necesita Asistencia___** **Hospitalizado(a)___** **SEXO: M**

		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	Tener relaciones sexuales?	3	
	Domain Score	15%	0%
Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas			
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa ?	0	
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	0	
D5.3	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	0	
D5.4	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ?	0	
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario?	0	
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?	0	
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	0	
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD			

D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades) ?	0	
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	0	
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	0	
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	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?	1	
	Domain Score	3%	0%
	Overall Score	3,02%	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

EVIDENCIA BUENA COMPRENCION Y COMUNICACIÓN, ESTE DOMINIO NO PRESENTA AFECTACION

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

CONSERVA LA FUNCIONALIDAD MULTIDIMENCIONAL

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

REFIERE, REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE FORMA INDEPENDIENTE

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

REFIERE MANEJAR EXCELENTES RELACIONES INTERPERSONALES

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

ES INDEPENDIENTE Y AUTOMONO

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

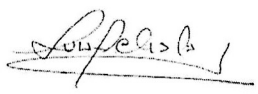
PARTICIPA DEL PROGRAMA CENTRO VIDA OTRAS Y ACTIVIDADES DE SU IGLESIA CRISTIANA

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 3.02%/4.00% - SIN DIFICULTAD

Se debera preservar la FUNCIONALIDAD DE LOS 6 DOMINIOS, es así como se deben establecer rutinas para: Actividad Física y Estimulacion Cognitiva, ademas de continuar siendo activo socialmente.

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



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

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

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

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

DESCRIPCIÓN

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

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

Yo, Pedro Nel Ospina, con cedula N° 10056112, entiendo que las actividades a realizar arriba descritas implican tener beneficios para mi salud además de la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas, según fui informado en detalle por parte de los orientadores de las actividades. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante las actividades y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo posible.

Firmado en la ciudad de: Pereira a los 29 del mes de Mayo del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: Pedro Nel Ospina Herrera

Firma – cedula - huella del acudiente: 10056112

Firma - cedula del orientador: 1225092595

Alcaldía de PEREIRA

C.T.A. MULTISER

CENTRO VIDA ORIENTE

Mini-BESTest: Test de evaluación de los sistemas de equilibrio

Nombre / código del sujeto	Fecha	Evaluador/a
Pedro Nel Ospina	11/07/24 PM	Junior Carrillo Dz Sara Sofía Llanos Fisio

ANTICIPATORIO

1. SENTADO A DE PIE — SUBPUNTUACIÓN: 5 /6

Instrucción: "Cruce los brazos sobre el tórax". Intente no usar las manos salvo que lo necesite. No deje que sus piernas se 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. Intente ponerse 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: Tpo en s Prueba 1: 5seg Prueba 2:

- [ ] (2) Normal: 20 s
- [x] (1) Moderado: < 20 s
- [ ] (0) Grave: incapaz

Dcha: Tpo en s Prueba 1: 6seg Prueba 2:

- [ ] (2) Normal: 20 s
- [x] (1) Moderado: < 20 s
- [ ] (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].

CONTROL POSTURAL REACTIVO

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE — SUBPUNTUACIÓN: 6 /6

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

- [x] (2) Normal: Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] (1) Moderado: usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] (0) Grave: sin paso 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."

- [x] (2) Normal: Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] (1) Moderado: usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] (0) Grave: sin paso 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

- [x] (2) Normal: recupera de forma independiente con un paso (cruza- do o lateral es correcto).
- [ ] (1) Moderado: varios pasos para recuperar el equilibrio.
- [ ] (0) Grave: caída o no puede dar el paso.

Derecha

- [x] (2) Normal: recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto).
- [ ] (1) Moderado: varios pasos para recuperar el equilibrio.
- [ ] (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.

ORIENTACIÓN SENSORIAL

7. DE PIE (PIES JUNTOS); OJOS ABIERTOS, SUPERFICIE FIRME — SUBPUNTUACIÓN: 6 /6

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: