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 Clavdia Ortiz Cruz	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 42056842
GRUPO Amarillo PM	**EVALUADO POR:** Mary Luz Arboleda
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 16 / MES: 10 / AÑO: 2025	

ORIENTACIÓN

- Digame el dia, fecha, mes, estación, año — 5
- Digame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 5

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

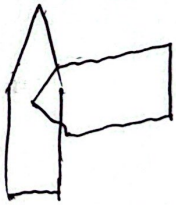
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 3/5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 2/3

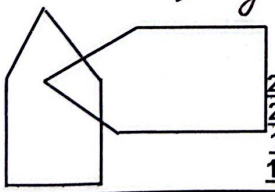
MEMORIA

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

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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

"SIN DETERIORO COGNITIVO"

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

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

FECHA DE APLICACION:	DIA: 16	MES: 10	AÑO: 2025
NOMBRE COMPLETO: Claudina Oyola		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 42036846	
GRUPO: Amarillo PM		ENTREVISTADO POR: Ricy Lia Oviedo	

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

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

CALIFICACIÓN	PUNTUACION TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	5
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	
CUESTIONARIO PARA LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA PAR-Q		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 / MES: Octubre / AÑO: 2025 /

NOMBRES – APELLIDOS: claudina ayola /

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?
		12. ¿Cuál es su EAPB? Coosalud

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 Claudina Ayola. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuaria con osteoporosis grave alto riesgo de Fractura, responde 2 pregunta positivas lo que indica que debe realizar actividad física moderada bajo supervicion profesional

Diana S. Galeano R.
FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Claudina Ayola C.
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

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Claudina Ayola | EAPB: Coosalud.

N° identificación del adulto: 42.056.842 | Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 2 Cs 5 Margaritas | Cel:

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 RESPONSABLE
19-09-25	16:10	120/70	53	95	15	36.0	T. signos vitales	Diana Galeano
08-10-25	14:28	125/56	70	96	20	35.1	T. Signos V. tales	Diana 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
	FAMILY APGAR	

FECHA DE EVALUACION: DIA: 08/ MES: SEPTIEMBRE/ AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudina Oyola Cruz/ C.C: 42056842/

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:

El resultado del APGAR familiar de Claudina, con un puntaje de 15, indica una funcionalidad familiar moderada. Se identifican limitaciones en la comunicación, lo que puede generar barreras en la expresión de emociones y necesidades dentro de la dinámica familiar. Sin embargo, a pesar de estas dificultades, existe la certeza de poder contar con apoyo cuando lo requiere, lo que evidencia la presencia de vínculos protectores y una disposición de ayuda en momentos de necesidad. En conjunto, se observa una familia con aspectos a fortalecer en términos de comunicación y cohesión, pero que mantiene una base de soporte que contribuye al bienestar de Claudina.

DANIELA LONDOÑO MONTOYA
PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL
N°602441134

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

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

Fecha de valoración: 12 Septiembre 2025

Nombre del paciente: Claudina ayola Cruz

Identificación del Paciente: 42'056842 **Ocupación:** Ama de casa.

Fecha de Nacimiento: 04 Febrero 1958 **Edad:** 67 años.

- Quienes forman su hogar 2 Personas.
- Antecedentes Patológicos Gastritis crónica, Osteoporisis-Diverticulos.
- Discapacidad Mental NO.
- Antecedentes Familiares Cáncer-Diabetes-
- Ultimo control médico 8-septiembre 2024.
- Ayudas técnicas: audífono — lentes — Placa dentaria — Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis — Marcapasos — Otro: —
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol ___ tabaco ___ drogas ___ frecuencia: ___
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Esomeprazol. Trimebutina.
Dosis: 1 diaria
Frecuencia__
¿Desde cuándo? ___
Nombre del medicamento Teriperatide.
Dosis: diaria (inyección) no la tiene en el momento.
Frecuencia__
¿Desde cuándo? ___
Nombre del medicamento Bicalcium.
Dosis: Diario.
Frecuencia__
¿Desde cuándo? ___

- **SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD**

¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural X Buena __ Muy Buena __
¿Por qué suele acudir al médico?	Controles - Revisiones.
¿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

¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Buena.
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Regular
¿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? Compañeros.
¿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 ___
Última menstruación 51 años.	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si ___ No ___
Ultima citología 64 años.	¿Presenta secreciones inusuales? Si ___ No ___
¿Se practica examen de seno? Si X No __ Por qué control.	¿Se ha realizado examen de próstata? Si __ No __ Por qué

- **ELIMINACIÓN**

¿Presenta dificultad para orinar? Si X No __ Ardor.	¿Presenta dificultad al defecar? Si X No __
¿Con que frecuencia orina? Normal.	¿Con que frecuencia realiza deposición? 1 vez al día.
¿Despierta en la noche para orinar? Si __ No __ A veces X	¿Salida involuntaira? Si __ No X A veces ___
¿Color inusual? Si __ No X cual ___	¿ultiza ayudas para defecar? Si X No __ A veces ___
¿Olor inusual? Si __ No X cual ___	Cual Metamuxil
¿Presenta retención de la orina? Si __ No X A veces ___	
¿Salida involuntaria de la orina? Si __ No X A veces ___	
¿Presenta dolor al orinar? Si X No __ A veces ___	

- **SUEÑO**

¿Cuántas horas duerme? 5 a 6 horas.
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO. Naturales.
¿sufre de insomnio? Si

- **ACTIVIDAD FISICA**

¿Presenta fatiga? Si __ No X ¿con que actividad?
¿Presenta dolor en el tórax? Si __ No X ¿Cuándo?
¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si __ No X
¿Cuándo?

- **SIGNOS VITALES**

Frecuencia cardiaca	53	Frecuencia respiratoria	15	Presión arterial	120/75

- **NIVEL DE MOVILIDAD**

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

- **CAÍDAS**

Teme usted caerse si X no —

Ha presentado caídas en el último año si X no — cuántas —

Lugar de la caída: dentro de la casa — fuera de la casa +

Causa de la caída: ¿se tropezó? X ¿se mareó? — ¿se deslizó? —

Tiempo en segundos de permanencia en el piso 15 segundos.

Necesitó ayuda para levantarse si — no X

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si — no X 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: Usuaria tranquila, colaboradora, amable de buen aspecto físico, buenos hábitos de higiene.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

DX Gastritis crónica, osteoporosis - Dislipidemias.

Con tratamiento farmacológico oral y intramuscular vigente (2 meses sin la una ampolleta)

controles de seguimiento por especialistas al día.

Valoración por enfermería mensual de signos vitales.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Diana Sorley Galeano

Cargo: Aux de enfermería

Firma: Diana Galeano

Firma o huella paciente: Claudia Ofalia C.

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Claudina Ayola

EAPB: Coosalud.

N° identificación del adulto: 42.056.842

Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 2 Cs 5 Margaritas

Cel:

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 RESPONSABLE
19-09-25	16+10	120/70	53	95	15	36.0	T. signos vitales	Diana Galeano

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Claudia Ayola Cruz	EAPB: Coosalud
N° identificación del adulto: 42036892	Nivel de Riesgo:
Dirección domicilio:	Cel: 3194892678

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
21/09/2025	14:50	110/70	56	95	16	35,6	Toma SV Rutinario	Cristian Camilo Cortés Serna TEC 1123 Técnico en Atención Prehospitalaria UTP

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	

Nombre del adulto:	EAPB:
N° identificación del adulto:	Nivel de Riesgo:
Dirección domicilio:	Cel:

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE

Powered by CamScanner