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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Conrado Giraldo Ramirez	
CEDULA: 4.505.172	**EDAD:** 83 años
DIRECCION RESIDENCIA: Via la Florida Vereda el Porvenir	**TELEFONOS:** 3217881737
EAPB: Asmet Salud	**GRUPO:** Rojo **JORNADA:** PM

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION:S. Subjetivo O. Objetivo A. Análisis P. Plan	FIRMA Y SELLO
31/10/2025 15+00	En control rutinario realizado a paciente masculino de 83 años, conocido con antecedente de senilidad, se observa disminución en su participación habitual en las actividades físicas y recreativas del programa. Durante la toma de signos vitales, el paciente refiere disnea ante mínimos esfuerzos, sin evidencia de dificultad respiratoria objetiva al momento de la valoración. Los signos vitales muestran tendencia a la bradicardia e hipotensión. El paciente aporta historia clínica anterior donde medicina interna refiere que no se ha logrado conciliación medicamentosa. Presenta antecedentes de cardiopatía isquémica, portador de cuatro stent y cardiodesfibrilador implantado en el año 2012. No se cuenta con historia clínica actualizada ni con valoración médica reciente. Durante la valoración no se evidencian signos de deshidratación ni presencia de vómito o diarrea en los últimos días. El paciente se mantiene consciente, orientado, con mucosas húmedas y coloración normal, sin otros síntomas adicionales reportados. Se procede a informar la situación al personal del programa y, en cumplimiento del protocolo institucional, se decide realizar remisión al hospital de referencia para valoración médica y actualización de historia clínica, como requisito para continuar su participación en las actividades del Centro Vida. Se comunica la situación al familiar responsable, quien será el encargado de acompañar el proceso de traslado. Mientras se realiza la coordinación, el paciente permanece estable, sin signos de compromiso hemodinámico o respiratorio, y bajo observación en las instalaciones del centro. Se recomienda mantener reposo, evitar esfuerzos físicos hasta obtener nueva valoración médica, y continuar con adecuada hidratación. Se sugieren controles frecuentes de signos vitales y seguimiento médico para revisión de su tratamiento actual y conciliación medicamentosa.	Cristian Camilo Castañeda Serna CC 1192[illegible] Tecnólogo en Atención Prehospitalaria U[illegible]

Powered by CamScanner

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

1. DATOS PERSONALES DEL REMITIDO(A)		
NOMBRES Conrado	**APELLIDOS** Giraldo Ramírez	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC 4505172	**EDAD** 83 años	**EAPB** Asmet Salud
ACUDIENTE Paula Giraldo	**PARENTESCO** Hija	**TELÉFONOS** 3146339352

2. DESCRIPCIÓN

(a Descripción Beneficiario Centro Vida. b. Situación reportada. c. conclusión profesional)

Paciente masculino de 83 años, con antecedente conocido de senilidad. Se observa disminución en la participación en las actividades físicas y deportivas del programa. Durante la toma rutinaria de signos vitales, el paciente refiere disnea con mínimos esfuerzos, sin evidenciarse signos de dificultad respiratoria al momento de la valoración.

El paciente aportó historia clínica anterior en la que medicina interna reporta ausencia de conciliación medicamentosa. Signos vitales actuales muestran tendencia a bradicardia e hipotensión. Antecedentes relevantes: cardiopatía isquémica, portador de cuatro stent y cardio desfibrilador implantado en 2017.

No se dispone de historia clínica actualizada ni de valoración médica reciente. Paciente sin signos de deshidratación, sin vómitos ni diarrea en la última semana, y sin otros síntomas adicionales al momento.

Por precaución institucional, se realiza remisión al hospital de referencia con el fin de actualizar historia clínica y obtener valoración médica como soporte para su continuidad en el programa Centro Vida. Se encuentra a la espera del familiar responsable para efectuar el traslado, según protocolo institucional.

3. RECOMENDACIONES

VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL

REMITIDO A LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL KENNEDY – CLÍNICA LOS NEVADOS

HORA DE REMISIÓN: 15+00	**FECHA DE REMISIÓN:** D: 31 MES: 10 AÑO: 2025
ÁREA PROFESIONAL	**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL	**TAPH. CRISTIAN CAMILO CASTAÑEDA SERNA**
TARJETA O REGISTRO PROFESIONAL	**CC 1.125.079.588**

FIRMA PROFESIONAL Cristian Camilo Castañeda Serna

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

	REGISTRO DE ATENCIÓN PARA PRIMEROS AUXILIOS	Código: MGO-02-10 Versión: 01 Fecha: 11-08-2024

DATOS GENERALES			
EMPRESA	CTA MULTISER (Centro Vida Oriente)	FECHA	31/10/2025
HORA DE ATENCIÓN	14+45		

DATOS DEL PACIENTE						
Nombres y Apellidos	CONRADO GIRALDO RAMIREZ			Identificación		4.505.172
E.P.S	Asmet Salud			ARP		N/A
Otro	N/A					
Tipo de Paciente	Usuario	☑	Empleado	☐	Edad	83 AÑOS

SITUACIÓN REPORTADA	Toma rutinaria de SV
LUGAR DE OCURRENCIA	Área APS CEVIOP
HALLAZGOS	Durante la valoración rutinaria, se observa a un paciente masculino de 83 años, conocido por senilidad, quien ha mostrado una disminución progresiva en su participación en las actividades físicas y deportivas del programa. En la toma de signos vitales se evidencia disnea ante mínimos esfuerzos, sin signos visibles de dificultad respiratoria. Los signos vitales presentan tendencia a la bradicardia e hipotensión. El paciente aporta una historia clínica anterior donde medicina interna reporta ausencia de conciliación medicamentosa. Refiere antecedentes de cardiopatía isquémica, siendo portador de cuatro stent y cardiodesfibrilador implantado en el año 2012. No se dispone de historia clínica actualizada ni de valoración médica reciente. El paciente no presenta signos de deshidratación, ni ha referido episodios de vómito o diarrea durante la última semana.
ACCIONES REALIZADAS	Se efectuó la valoración general del paciente, incluyendo la toma de signos vitales (PA 90/62 FC 35 FR 14 y la observación del patrón respiratorio. Por precaución institucional, se coordina la remisión del paciente al hospital de referencia para su valoración médica y actualización de la historia clínica. Igualmente, se notificó al familiar responsable para que acompañe al paciente durante el proceso de remisión, conforme al protocolo institucional.
RECOMENDACIONES	Valoración médica inmediata en la institución hospitalaria de referencia, con el fin de actualizar la historia clínica. Se sugiere evitar la participación en actividades físicas o deportivas hasta obtener indicaciones médicas claras. Asimismo, se recomienda mantener adecuada hidratación y vigilancia continua de posibles signos de alarma como aumento de la disnea, dolor torácico, mareo, síncope o cambios en el estado de conciencia.
OBSERVACIONES	Estable al momento de la valoración, sin signos de dificultad respiratoria. Permanece en observación y a la espera de su familiar para proceder con el traslado hacia el hospital de referencia, según las disposiciones del protocolo institucional.

DESTINO FINAL					
	Ambulatorio	SI	☑	NO	☐
	Remisión	SI	☑	NO	☐

Powered by CamScanner

RECIBE AMBULANCIA	Hora de salida y/o Remisión		15+10		
	Nombre y firma de responsable con registro		N/A		
	N° Cédula		N/A		
	Tipo de Ambulancia	TAB	☐	TAM	☐
	N° de la Movil	N/A	Entidad	N/A	
TAPH CON REGISTRO	Cristian Camilo Castañeda Serna CC. 1.125.079.588				
FIRMA PACIENTE O RESPONSABLE CON N° DOCUMENTO	LINA GIRALDO 1088249057				

Cláusula de Protección de Datos Personales. Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los participantes y Cooperativa MULTISER no divulgar información alguna o usarla en propósitos diferentes al objetivo por la cual es diligenciado este registro, so pena de las sanciones legales a que haya lugar. Lo anterior en cumplimiento de Ley 1581 de 2012.

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

Fecha de valoración: Sep 12- 2025.

Nombre del paciente: Conrado Gualdo Ramirez

Identificación del Paciente: 4'505.172 **Ocupación:** Ninguno

Fecha de Nacimiento: 20-Sep-1941 **Edad:** 83 años

- Quienes forman su hogar ____
- Antecedentes Patológicos Cardiomiopatia Isquemica - HTA - Hipertipidemia - Nodolo froideo
- Discapacidad Mental ____
- Antecedentes Familiares ____
- Ultimo control médico ____
- Ayudas técnicas: audífono ___ lentes ___ Placa dentaria ___ Muletas ___ Silla de ruedas ___ bastón___ Prótesis___ Marcapasos ___ Otro: ____
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol ~~X~~ tabaco ~~X~~ drogas ___ frecuencia: ___
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Dapagliflozina/espironolactona/Rosuvastatina
Dosis: 1
Frecuencia Diaria
¿Desde cuándo? 10 años
Nombre del medicamento Apixaban /
Dosis: 1
Frecuencia Diaria
¿Desde cuándo? 10 años
Nombre del medicamento Carvedilol
Dosis: 1
Frecuencia Diaria
¿Desde cuándo? 10 años.

• 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?	Control
¿Confía en las opiniones médicas?	Si

• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

PSICOLÓGICOS

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

FAMILIARES

¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Regular
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Muy bien.
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Hermanos.
¿Participa de reuniones familiares?	No.
¿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? Se ven cuando
¿Hace parte de algún grupo? No.

• SEXUALIDAD

MUJER	HOMBRE
¿tiene vida sexual activa? Si___ No ___	¿tiene vida sexual activa? Si X No ___
Ultima menstruación _____	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si X No___ Prostata
Ultima citologia _____	¿Presenta secreciones inusuales? Si___ No X
¿Se practica examen de seno? Si__ No__	¿Se ha realizado examen de próstata? Si X No __
Por qué _____	Por qué Después de la operación no ha vuelto

• ELIMINACIÓN

¿Presenta dificultad para orinar? Si__ No__	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No__ A veces.
¿Con que frecuencia orina?	¿Con que frecuencia realiza deposición? 2 al día
¿Despierta en la noche para orinar? Si__ No__ A veces___	¿Salida involuntaira? Si__ No__ A veces X ocna
¿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

¿Cuántas horas duerme? 5 horas. insomnio.
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? No.
¿sufre de insomnio? Si

• ACTIVIDAD FISICA

¿Presenta fatiga? Si X No__ ¿con que actividad? al caminar mucho.
¿Presenta dolor en el tórax? Si__ No X ¿Cuándo? _____
¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si X No__
¿Cuándo? Mañana Calambres.

• SIGNOS VITALES

Frecuencia cardiaca	42	Frecuencia respiratoria	20	Presión arterial	98/60.

• NIVEL DE MOVILIDAD

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

• 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— fuera de la casa —

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

Tiempo en segundos de permanencia en el piso —

Necesitó ayuda para levantarse si— 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

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

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

OBSERVACIONES:
Usuario presenta dificultar al caminar y que se siente ahogado

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:
Presenta marcapasos; contratamiento farmacologico el dia Realizar actividad fisica moderada con acompañamiento

Nombres y Apellidos de quien realiza: Diana Sorley Galeano

Cargo: Aux 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**	
FAMILY APGAR		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

FECHA DE EVALUACION: **DIA: 28 /** **MES: OCTUBRE/** **AÑO: 2025 /**

NOMBRES Y APELLIDOS: CONRADO GIRALDO/ **C.C: 4550172/**

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 usuario obtiene un puntaje de 20 en el APGAR familiar, lo que evidencia una dinámica familiar positiva, caracterizada por una sólida red de apoyo y relaciones basadas en la confianza, el respeto y la comunicación asertiva. Se observa cohesión y cooperación entre los integrantes del núcleo familiar, quienes brindan acompañamiento emocional y material cuando es necesario, favoreciendo un entorno estable y protector.

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**

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

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: 3RO PRIMARIA DX: HTA - ARTROSIS FECHA: 15 - 09 - 2025

NOMBRE: CONRRADO GIRALDO RAMIREZ EDAD: 84 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?	4	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	0	
D2.3	Moverse dentro de su casa	0	
D2.4	Salir de su casa ?	2	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro o algo equivalente?	4	
	Domain Score	50%	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?	2	
	Domain Score	13%	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	4	
	Domain Score	20%	0%
Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas			
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa ?	1	
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?	1	
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	6%	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) ?	3	

D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	2	
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?	2	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ?	1	
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ?	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	25%	0%
	Overall Score	18,96%	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

Su cognicion se encuentra intacta. Presenta gran fluidez en el habla, lo cual permite la comunicación total y agradable, se encuerntra ubicado en tiempo , espacio y persona.

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

Es autonomo, e independiente en su movilidad, sin embargo requiere de supervision en la ejecucion de las AVD-AIVD-AAVD, debido a la dificiencia visual originada por cataratas. Se le recomienda baño sentado - msnejo de un pito en caso de quedarse solo.

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta realizar de forma independiente sus actividades de la AVD y de cuidado personal. Lo cual se evidencia en sus presentacion personal.

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con famila amigos y vecinos, argumenta participar hace tres años del programa Centro Vida unicamente

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

Argumenta realizar continuamente sus AVD, es funcional desde las areas: Fisica-Mental-Social, realiza algunas actividades del hogar a deacuerdo a su condicion fisica

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Argumenta tener buena relaciones interpersonales con familiares amigos y vecinos.

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 18,96%/26,00% - DIFICULTAD LEVE

Preservar la FUNCIONALIDAD EN LOS 6 DOMINIOS, se recomienda supervision en la ejecucion de cada uno, de igual forma supervision en las rutinas de actividad fisica, ocupacional y de participacion en la sociedad.

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	
EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO Conrado Giraldo Ramirez	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 4503172
GRUPO Rojo - PM	EVALUADO POR JHOAN FELIPE AGUDELO.
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 /	MES: Agosto / 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: A	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: A	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: A	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 6 **TOTAL** _____

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

ANALISIS: Usuario con dependencia para realizar actividades cotidianas. Dado sus limitaciones físicas requiere de acompañamiento para atender sus requerimientos diarios.

JHONN FELIPE AGUDELO R.
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

FIRMA PERSONA EVALUADA

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 TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Conrado Giraldo Ramirez	4505172
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Rojo - DM	JHONN FELIPE AGUDELO R

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 / MES: Agosto / 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.
2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos.

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

X = comienza a caerse.
1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:

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

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

X = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ ___, ___ 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.
X = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: ___ 7, 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):

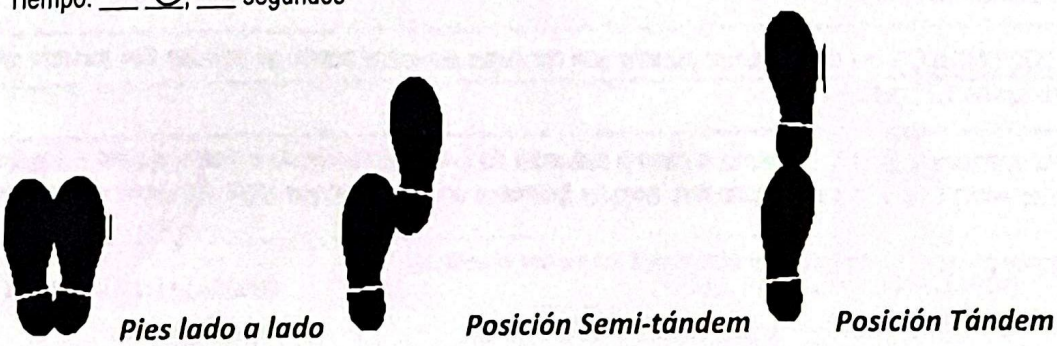
0 = incapaz o se tambalea.
X = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
2 = capaz y firme.

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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



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

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

EVALUACION DE LA MARCHA

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

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

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

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

0 = marcada desviación.
X = moderada **o** leve desviación **o** utiliza ayudas.
2 = 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.
X = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
2 = no.

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

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

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

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

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**

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

5-9
12-26
17-35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuario con riesgo de caida alto, presenta limitaciones para mantener equilibrio estatico y dinamico. Usuario utiliza baston para mantener equilibrio general.

Puntuacion obtenida 17-35.

FIRMA – EVALUADOR ***FIRMA PERSONA EVALUADA***

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR - MRC

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 29 M: 09 A: 23	Conrado Gradlo	Mariana Vargas Lopez

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	derecho	Izq
Abducción de hombro	2	2 = 4
Flexión de codo	3	3 = 6
Extensión de muñeca	3	3 = 6
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	2	2 = 4
Extensión de rodilla	3	3 = 6
Dorsiflexión de tobillo	2	2 = 4
PUNTAJE TOTAL		30

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

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

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Fuerza muscular disminuida en grandes grupos musculares, se evidencia una debilidad muscular significativa, y presenta limitacion en la mayoria de AVD.

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

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: 24 M: 07 A:	Conrado Giraldo	Mariana Vargas L.

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.

- ☐ **(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."

- ☐ **(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
☐	**(1) Moderado:** < 20 s	☐	**(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).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [x] **(0) Grave:** sin paso 0 podría caer si no fuera cogido 0 cae de manera espontánea.

5. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA ATRÁS

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

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

6. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- LATERAL

Instrucción: "De pie con los pies juntos, brazos a los lados. Inclínese hacia mi mano más allá de sus límites laterales. Cuando lo suelte, haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

Izquierda		Derecha	
☑	**(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.
- [ ] **(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.
- [ ] **(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."

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

- ☐ **(2) Normal:** gira con los pies próximos RÁPIDO (< 3 pasos) con buen equilibrio.
- ☐ **(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".

- ☐ (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: 18,48 **segundos** **TUG doble tarea:** 22,04 **segundos**

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 12 /28

Scanned with CamScanner