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 20 días del mes de 05 de año 2024.

Firma: _____

Nombre: Conrado Gimldo

Identificación: 4505172



REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.505.172**

GIRALDO RAMIREZ

APELLIDOS

CONRADO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1941**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

04-OCT-1962 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00148601-M-0004505172-20090131 **0009**772215A 1 4570001221

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

registro

Fecha de consulta: 29/04/2024

Ficha: 66001034564700000068

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CONRADO

Apellidos: GIRALDO RAMÍREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4505172

Municipio: Pereira

Departamento: rosaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/09/2019

Última actualización ciudadana: 04/01/2022

Última actualización vía 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 CÁRDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo electrónico: sisben@pereira.gov.co

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/05/2024

Ficha: 66001034564700000068

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CONRADO

Apellidos: GIRALDO RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4505172

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/09/2019

Última actualización ciudadano: 01/04/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	4505172
NOMBRES	CONRADO
APELLIDOS	GIRALDO RAMIREZ
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	01/04/2004	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/24/2024 14:34:41	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: CONRADO GIRALDO RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	4.505.172	**H.C.**	4505172
Fecha nacimiento:	Sep.20/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	VIA FLORIDA CLL 44 E N 9 07	**Télefono:**	3217881737	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	52	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	08:07
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Motivo consulta: CONTROL PROGRAMA CRÓNICOS

OCUPACIÓN: RETIRADO
DIRECCIÓN: CALLE 44 B "12-07 VEREDA PORVENIR VIA LA FLORIDA
TEL: 312 774 2148

Enfermedad actual: PACIENTE DE 82 AÑOS, CON AP DE HTA HACE 20 AÑOS, DISLIPIDEMIA, CARDIOPATIA ISQUEMICA CON RVM PERCUTANEA PORTADOR DE 4 STENT USUARIO CARDIODESFRIBILADOR EN 2012 CON RECAMBIO EN 2017 POR FIBRILACION AURICULAR NO VALVULAR. SIN AP DE TABAQUISMO. ASISTE ACOMPAÑADO POR SU HIJA LIAN GIRALDO A CITA DE CONTROL. REFIERE SE HA SENTIDO BIEN, TOLERA LA VÍA ORAL. TIENE ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO. REFIERE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NIEGA EFECTOS ADVERSOS. MENCIONA BENDOPNEA Y DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS. NIEGA PALPITACIONES, NIEGA FOSFENOS, NIEGA TINITUS, NIEGA EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, NIEGA CEFALEA GLOBAL, NIEGA FIEBRE, NIEGA PRECORDIALGIA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS.

NO FUE POSBLE AGENDAR CITAS POR MED ITNERNA, CARDIOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA. TAMPOCO ECO DOPPLER VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES.

VALORACIONES:
– ELECTROFISIOLOGIA: FEBERO 2024. NO CAMBIA MEDICINA. INDICA CONTROL EN 8 MESES 8NO APORTAN HC).
– CARDIOLOGIA EL 27/05/23: SUSPENDE ENALALRPIL, INICIA ENTRESTO, INICIA EZETIMIBE/ROSUVASTATINA, FUROSEMIDA. CONTROL EN 3 MESES CON RESULTADOS DE PARACLINICOS, REMITE A ENDOCRINO POR NODULO TIROIDEO TI-RADS 4. SOLICITA DOPPLER VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES.

TTO ACTUAL:
- VALSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS ** LASUSPENDIO A LA SEMANA Y CONTINUA TOMANDO ENALAPRIL 5 MG CADA DIA **
- EZETIMIBE/ROSUVASTATINA 10/40 MG NOCHE ** ENTREGA IRREGULAR **
- ESPIRONOLACTONA 25 MG DIA
- FUROSEMIDA 20 MG DIA
- APIXABAN 2.5 MG CADA 12 HORAS ** ENTREGA IRREGULAR **
- DAPALGIFOZINA 10 MG DIA ** ENTREGA IRREGULAR **
- CARVEDILOL6.25 MG CADA 12 HORAS.

Revisión por sistemas:

Sistema respiratorio	No manifiesta
Sistema cardiovascular	No manifiesta
Sistema Vascular periferico	No manifiesta
Sistema digestivo	No manifiesta
Sistema genitourinario	No manifiesta
Sistema locomotor	No manifiesta
Sistema neurologico	No manifiesta

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV
CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: CONRADO GIRALDO RAMIREZ
Tipo Documento: Cédula | Documento: 4.505.172 | H.C. 4505172
Fecha nacimiento: Sep.20/1941 | Edad: 82 Años | Sexo: Masculino
Dirección: VIA FLORIDA CLL 44 E N 9 07 | Télefono: 3217881737 | Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS | Etnia: Otros
Atención: 52 | Fecha: Mar.05/2024 | Hora: 08:07
Causa externa: Otra | Finalidad: No Aplica

Sistema mental y/o comportamiento No manifiesta

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	No
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento ordenado para el tratamiento de su patología?	No
Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos?	No
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos?	No
En caso de consumo de tabaco, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de licor, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de sustancias psicoactivas, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de estrés, ¿ha seguido las recomendaciones para disminuirlo o manejarlo?	Si
¿Ha seguido las recomendaciones respecto a la dieta indicada en control anterior?	Si
¿Hace ejercicio según lo recomendado?, indique las recomendaciones específicas en el campo observaciones No aplica, es ingreso.	Si

CLASIFICACION DEL RIESGO METABOLICO

Clasificacion del riesgo metabolico	Alto

EXAMEN FÍSICO ENF. CRON.

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad)	Normal	ALERTA, ORIENTADO, PARES CRANEALES SIN ALTERACIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO, MOVIMIENTOS OCULARES ESPONTÁNEOS, FUERZA 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, REFLEJOS ++/+++ SIMÉTRICOS, SIN FOCALIZACIONES NI SIGNOS MENÍNGEOS.
CABEZA (masas; deformidades, cicatrices)	Normal	
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena, exudado, papiledema, hemorragias)	Normal	
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, pterigion, hipoacusia)	Normal	
CUELLO (ingurgitacion yugular, soplo carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Normal	
CORAZÓN (arritmia cardiaca, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punto maximo impulso cardiaco)	Normal	RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, COINCIDE CON PULSOS

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: CONRADO GIRALDO RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	4.505.172	**H.C.**	4505172
Fecha nacimiento:	Sep.20/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	VIA FLORIDA CLL 44 E N 9 07	**Télefono:**	3217881737	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	52	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	08:07
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares)	Normal	PERIFÉRICOS, SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Normal	
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal	
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Normal	VARICES GRADO II BILATERAL SIN EDEMA PULSOS PEDIOS DE BUENA INTENSIDAD
PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Normal	
OSTEOMUSCULAR	Normal	
MENTAL	Normal	
OTROS		

TIPO DE POBLACIÓN

Paciente LGBTI	No

SIGNOS Y/O SINTOMAS ENFERMEDAD CRONICA

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

Medicamentos que Consume

ATORVASTATINA 40MG DIA.
CARVEDILOL 12,5 MGCADA 12 HORAS
FUROSEMIDA 40MG DIA.
LOSARTAN X 50 MG CADA 12 HORAS.

ALERTAS - ANTECEDENTES

Otros	SINCOPE DE COLAPSO MES DE MARZO 2022 27-04-2022 13:58 1 HTA 2 FALLA CARDIACA CON FEVI 52% 3 FA ANTICOAGULADO 4 CARDIOPATIA ISQUEMICA IAM + CATETERISMO 2 SENT 5 USUARIO DE CARDIODESFIBRILADOR-ULTIMO RESINCRONIZACION MAYO DE 2019 SEGUN HIJA **SINTOMAS 04-02-2020 12:47
Sabe leer	SÍ 26-06-2021 14:18
Enfermedad Coronaria	1 HTA 2 FALLA CARDIACA CON FEVI 52% 3 FA ANTICOAGULADO 4 CARDIOPATIA ISQUEMICA IAM + CATETERISMO 2 SENT 5 USUARIO DE CARDIODESFIBRILADOR-ULTIMO RESINCRONIZACION MAYO DE 2019 SEGUN HIJA **SINTOMAS 04-02-2020 12:47 SI 18-09-2018 13:20
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NIEGA 26-06-2021 14:18
Enfermedad coronaria	HERMANOS 18-09-2018 13:21
Sabe escribir	SÍ 26-06-2021 14:18
Hipertensión arterial	SI 18-09-2018 13:20
Medicamentos	NIEGA 05-03-2024 08:21 NIEGA 16-08-2023 16:20 NIEGA 21-04-2023 15:04 NO 18-09-2018 13:21
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto	NIEGA 26-06-2021 14:18

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: CONRADO GIRALDO RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	4.505.172	**H.C.**	4505172
Fecha nacimiento:	Sep.20/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	VIA FLORIDA CLL 44 E N 9 07	**Télefono:**	3217881737	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	52	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	08:07
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: CONRADO GIRALDO RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	4.505.172	**H.C.**	4505172
Fecha nacimiento:	Sep.20/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	VIA FLORIDA CLL 44 E N 9 07	**Télefono:**	3217881737	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	52	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	08:07
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

lo dejo)

Antecedentes Enfermedades Crónicas

Accidente Isquémico Transitorio: No

Evento Cerebrovascular Isquémico: No

Evento Cerebrovascular Hemorrágico: No

Infarto Agudo de Miocardio(ST/No ST): Si Observaciones:

Angina de pecho: No

Revascularización: Si Observaciones:

Falla cardiaca: Si Observaciones:

Enfermedad art periférica documentada: No

Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 0-30): No

Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 30-60): No

Hipertrofia ventricular izquierda: No

Retinopatia con Hemorragias/Exudados: No

Papiledema: No

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

Tabaquismo: No Observaciones:

Alcohol: No

No

Fecha Diagnóstico Hipertensión: 11052021

Fecha Diagnóstico Diabetes:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial: Si 18-09-2018 13:20

Otros: 1 Hta 2 Falla Cardiaca Con Fevi 52% 3 Fa Anticoagulado 4 Cardiopatia Isquemica Iam + Cateterismo 2 Sent 5 Usuario De Cardiodesfibrilador-Ultimo Resincronizacion Mayo De 2019 Segun Hija **Sintomas 04-02-2020 12:47 Sincope De Colapso Mes De Marzo 2022 Sincope De Colapso Mes De Marzo 2022 27-04-2022 13:58

Enfermedad Coronaria: 1 Hta 2 Falla Cardiaca Con Fevi 52% 3 Fa Anticoagulado 4 Cardiopatia Isquemica Iam + Cateterismo 2 Sent 5 Usuario De Cardiodesfibrilador-Ultimo Resincronizacion Mayo De 2019 Segun Hija **Sintomas 04-02-2020 12:47 Si 18-09-2018 13:20

Enfermedad Renal: Si 18-09-2018 13:20

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: CONRADO GIRALDO RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	4.505.172	**H.C.**	4505172
Fecha nacimiento:	Sep.20/1941	**Edad:**	82 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	VIA FLORIDA CLL 44 E N 9 07	**Télefono:**	3217881737	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Atención:	52	**Fecha:**	Mar.05/2024	**Hora:**	08:07
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido) Cirugias Cardiacas 27-04-2022 13:59 Prostata 18-09-2018 13:20

Antecedentes Traumáticos

Fracturas: No 18-09-2018 13:20

Otros: Niega 27-04-2022 13:59

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos: Niega 21-04-2023 15:04 Niega 16-08-2023 16:20 Niega 05-03-2024 Niega 05-03-2024 08:21

Medicamentos: Niega 21-04-2023 15:04 Niega 16-08-2023 16:20 Niega 05-03-2024

Otros: Niega 05-03-2024 08:21 No 18-09-2018 13:21 Niega 27-04-2022 13:59

Antecedentes familiares

Hipertensión arterial: Hermanos 18-09-2018 13:21

Diabetes mellitus: No 18-09-2018 13:21

Otros: Niega 27-04-2022 14:00

Enfermedad coronaria: Hermanos 18-09-2018 13:21

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive: Esposa 18-09-2018 13:21 Esposa 27-04-2022 13:59

Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo): Niega 26-06-2021 14:18

Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo): Niega 26-06-2021 14:18

Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras)): Rural 26-06-2021 14:18

Convivencia con animales (mascotas): No 18-09-2018 13:21

Sabe leer: Sí 26-06-2021 14:18

Sabe escribir: Sí 26-06-2021 14:18

Actividad física: No 18-09-2018 13:21 Poco 26-06-2021 14:18

Pareja sexual estable: Si 18-09-2018 13:21

Otros: Niega 27-04-2022 13:59

ATENCION DEL ADULTO

Se realiza atención integral al adulto: Si 11-05-0021 00:00 Si 17-08-2021 08:52 Si 07-03-2022 13:09

Se hace valoración de agudeza visual: Si 11-05-0021 00:00

Se identifica disminución de la agudeza auditiva: No 11-05-0021 00:00

Se solicitan paraclínicos del adulto: No 11-05-0021 00:00 Si 17-08-0021 00:00

Uso de cigarrillo (inicio, tiempo y cantidad, hace cuanto lo dejo): No 11-05-0021 00:00

Consumo de sustancias psicoactivas o alcohol: No 11-05-0021 00:00

Tiene buenos hábitos en la alimentación? (consumo habitual de frutas, verd: Si 11-05-0021 00:00

¿Realiza actividades físicas, deportivas, culturales o grupales?: Si 11-05-0021 00:00

Presenta síntomas de ansiedad o depresión? (llanto frecuente, insomnio, a: No 11-05-0021 00:00

Se instruye en autoexamen de mama?: Np 11-05-0021 00:00

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: 20 MES: 12 AÑO: 2024

NOMBRES – APELLIDOS: CONRRADO GIRALDO

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?

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

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuario con riesgo cardiovascular con dificultad pada realizar actividad física usuario que requiere baston para su desplazamiento.

Camila Cortes

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé NutritionInstitute

Apellidos: Giraldo Ramirez Nombre: Conrado

Sexo: M Edad: 82 Peso, kg: 70.7 Altura, cm: 157 Fecha: 5/06/24

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

Cribaje

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

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 → 1

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) → 10

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

0.0 = 0 o 1 síes
0.5 = 2 síes
1.0 = 3 síes → 1.0

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

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 → 0.5

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

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

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 → 0.5

Q Circunferencia braquial (CB en cm) 29.5
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22 → 1.0

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 35.2
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31 → 1

Evaluación (máx. 16 puntos) → 11
Cribaje → 10
Evaluación global (máx. 30 puntos) → 21

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐
De 17 a 23.5 puntos ☑ estado nutricional normal / riesgo de malnutrición ✓ / malnutrición
Menos de 17 puntos ☐

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

Anticoagulado
HTA - colesterol

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

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

NOMBRE Conrado Giraldo Ramirez **FECHA** 5/06/24

PESO 70.7 **TALLA:** 157 **IMC:** 28.7

Sobrepeso
PP: 35.2
PB: 29.5

FIRMA USUARIO: 

FECHA SEGUIMIENTO 27/08/24

PESO 68.3 **TALLA:** 157 **IMC:** 27.7

Sobrepeso.

FIRMA USUARIO Registo A.I

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

Alcaldía de PEREIRA

TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01

Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

FECHA:

Nombre completo Conrado Giraldo	Documento de identidad 1505172
Grupo Centro Vida Oriente	Examinado por Xiomara Quintero

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año

2 5

- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación

5 5

FIJACIÓN

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

3 3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando?

5 5

- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás

2 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?

0 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj

2 2

- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros

1 1

- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?
  ¿Qué son el rojo y el verde?

2 2

- ¿Que son un perro y un gato?

3 3

- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa

1 1

- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

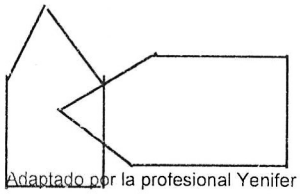
0 1

- Escriba una frase

0 1

- Copie este dibujo

0 1



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

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

FECHA:

Nombre completo: Conrado Giraldo	Documento de identidad: 4505172
Grupo: Centro Vida Oriente	Examinado por: Yamara Quintero

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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	PUNTUACIÓN 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.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	11

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

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: 24 / MES: Octubre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Conrado Giraldo R. / C.C: 4505172 /

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 la señala buena función familiar, donde el usuario se siente pleno y satisfecho con la relación familiar y apoyo de este. La familia brinda cooperación, adaptación y participación, siendo un ambiente positivo. En cuanto al aspecto Resolución, es importante fomentar espacios de dialogo y momentos de calidad.

Gloria Inés Arias Molina

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 25092595

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