Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Ocampo Nombre: Luis Delio

Sexo: M Edad: 81 Peso, kg: 61 Altura, cm: 160 Fecha: 8/11/24

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 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

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?
0.0 = peor
0.5 = no lo sabe
1.0 = igual
2.0 = mejor → ☐.☐

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

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

Evaluación (máx. 16 puntos) ☐☐.☐
Cribaje ☐☐.☐
Evaluación global (máx. 30 puntos) ☐☐.☐

Evaluación del estado nutricional

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

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
® Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
® Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Para más información: www.mna-elderly.com

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

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

NOMBRE Luis Ocampo. FECHA 8/11/24

PESO 61 TALLA: 160 IMC: 23.8

Peso Adecuado Dx HTA, Dislipidemia

FIRMA USUARIO:

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

ESCALA DEPRESION GERIATRICA – YESAVAGE

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

FECHA DE APLICACION: DIA: 6 / MES: 11 / AÑO: 2024

NOMBRE COMPLETO: Luz Delio Ocampo
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 45632915.
GRUPO: Centro Vida Oriente
ENTREVISTADO POR: Diomara Montero.

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**.	0
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: Diomara Montero

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

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

EVALUACION DE LA FUNCION MINIMA DEL ESTADO MENTAL "MINIMENTAL TEST"

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO: Luis Delio Ocampo	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 4205842
GRUPO: Centro Vida Oriente	EVALUADO POR: Yomara Quintero
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 7 / MES: 11 /	AÑO: 2024

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año — 5/5
- 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

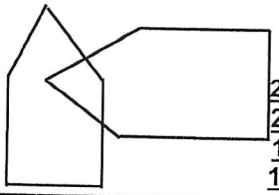
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5/5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 3/3

MEMORIA

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

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



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

33

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: 27 / MES: Septiembre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Delio Ocampo / C.C: 4563295 /

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 18 indica que el usuario percibe un apoyo familiar positivo, arrojando una buena función familiar. En cuanto al aspecto Participación, se recomienda crear espacios en donde puedan dialogar y exponer los puntos y diferencias fortaleciendo así los lazos afectivos y familiares. Se brindaron pautas para una comunicación asertiva y sana convivencia.

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

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 estás 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, Luis Delio ocampo Agudelo, con cedula N° 4.563.295, 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 16 del mes de Septiembre del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: Luis Delio ocampo CC 4563295



Firma – cedula - huella del acudiente: _____

Firma - cedula del orientador: Camila Antonio 1000494272

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
Luis Dello Ocampo	31/1/24 PM	Sara Llanos Fisioterapeuta

ANTICIPATORIO — SUBPUNTUACIÓN: 5 /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 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:	Prueba 2:	Dcha: Tpo en s Prueba 1:	Prueba 2:
[ ] (2) Normal: 20 s		[x] (2) Normal: 20 s	
[ ] (1) Moderado: < 20 s 45		[ ] (1) Moderado: < 20 s	
[x] (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].

CONTROL POSTURAL REACTIVO — SUBPUNTUACIÓN: 6 /6

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."

- [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	Derecha
[ ] (2) Normal: recupera de forma independiente con un paso	[x] (2) Normal: recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto).
[x] (cruza- do o lateral es correcto).	[ ] (1) Moderado: varios pasos para recuperar el equilibrio.
[ ] (1) Moderado: varios pasos para recuperar el equilibrio.	[ ] (0) 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.

ORIENTACIÓN SENSORIAL — SUBPUNTUACIÓN: 6 /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 sus ojos"

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: 9 /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. Cuando le diga "lento", camine muy lentamente."

[x] (2) Normal: Cambios significativos en la velocidad de marcha sin desequilibrio.
[ ] (1) Moderado: Incapaz de cambiar la velocidad de marcha o signos de desequilibrio.
[ ] (0) Grave: Incapaz de realizar cambios significativos en la velocidad de marcha Y signos de desequilibrio.

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

[ ] (2) Normal: Capaz de pasar por encima de la caja con cambio mínimo en la velocidad de marcha y con buen equilibrio.
[x] (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: segundos

12,33 s

TUG doble tarea: segundos

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 26 /28

Alcaldía de
PEREIRA

C.T.A. MULTISER

CENTRO VIDA ORIENTE

Instrucciones para el Mini-BESTest

Condiciones del sujeto: el sujeto debería ser valorado con zapatos planos O sin zapatos ni calcetines.

Equipamiento: Gomaespuma Temper® (también llamada T-foam™ de 10 cm de grosor, densidad media (T41, clasificación de firmeza), silla sin reposabrazos o ruedas, rampa inclinada, cronómetro, una caja (de 23 cm altura) y una marca con cinta adhesiva a 3 metros de distancia de la silla, pegada en el suelo.

Puntuación: El test tiene una puntuación máxima de **28 puntos para 14 ítems**, valorados cada uno de ellos de 0 a 2,

"0" indica el nivel de función más bajo y "2" el nivel de función más alto.

Si un sujeto necesita asistencia para un ítem, puntúe ese ítem una categoría más baja. Si un sujeto requiere asistencia física para realizar el ítem, puntúe "0" para ese ítem.

Para el Ítem 3 (de pie en una pierna) e Ítem 6 (paso compensatorio-lateral) sólo se incluye la puntuación para un lado (la peor puntuación). Para el Ítem 3 (de pie en una pierna) seleccione el mejor tiempo de los dos registros (para un lado) para la puntuación.

Para el Ítem 14 (Test Up & Go cronometrado con doble tarea) si la persona camina lentamente más de un 10% entre el TUG sin y con doble tarea, entonces la puntuación debe disminuir en un punto.

1.SENTADO A DE PIE	Anote el inicio del movimiento y el uso de las manos del sujeto en la silla, los muslos o el empuje de los brazos hacia delante.
2.PONERSE DE PUNTILLAS	Permita al sujeto dos intentos. Puntúe el mejor de ellos. (Si sospecha que el sujeto consigue menos que la máxima altura, pídale alzarse mientras coge las manos del examinador). Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante.
3.MANTENERSE EN UNA PIERNA	Permita al sujeto dos intentos y registre los tiempos. Registre el número de segundos que el sujeto puede sostenerse, hasta un máximo de 20 s. Pare el tiempo cuando el sujeto mueva las manos de sus caderas o ponga un pie abajo. Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante. Repita del otro lado.
4.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-HACIA DELANTE	Sitúese delante del paciente con una mano en cada hombro y pídale inclinarse hacia delante. (Asegúrese de que haya espacio libre para dar un paso). Solicite al sujeto que se incline hasta que sus hombros y caderas estén frente a los dedos de los pies. Después de que sienta el peso del sujeto en sus manos, bruscamente quite su apoyo. El test debe producir un paso. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
5.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-HACIA ATRÁS	Sitúese por detrás del paciente con una mano en cada escápula y pídale inclinarse hacia atrás (Asegúrese de que hay espacio libre para dar un paso atrás.) Pida al paciente que se incline hasta que sus hombros y caderas estén por detrás de sus talones. Después de que sienta el peso del sujeto en sus manos, bruscamente quite su apoyo. El test debe producir un paso. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
6.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-LATERAL	Sitúese de lado al sujeto, coloque sus manos en la hemipelvis homolateral del sujeto. Pídale que se incline hasta que la línea media de la pelvis esté por encima del pie dcho (o izdo) y después quite bruscamente su apoyo. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
7.DE PIE (PIES JUNTOS), OJOS ABIERTOS, SUPERFICIE FIRME	Registre el tiempo que el sujeto es capaz de estar de pie con los pies juntos hasta un máximo de 30 segundos. Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante.
8.DE PIE (PIES JUNTOS), OJOS CE- RRADOS, SUPERFICIE GOMAES- PUMA	Use una gomaespuma de densidad media tipo Tempur® de 10 cm de grosor. Asista al sujeto para colocarse sobre ella. Registre el tiempo que el sujeto ha sido capaz de estar en esa condición hasta un máximo de 30 segundos. Entre los dos intentos el sujeto se coloca fuera de la gomaespuma. Dé la vuelta a la gomaespuma entre registros para que el material recupere su forma original.
9.INCLINADO OJOS CERRADOS	Ayude al sujeto en la rampa. Una vez que haya cerrado los ojos, comience a contar el tiempo y regístrelo. Anote si hay una oscilación excesiva.
10.CAMBIOS EN LA VELOCIDAD	Permita al paciente dar entre 3 y 5 pasos a una velocidad normal y después diga "rápido". Después de 3-5 pasos rápidos, diga "despacio". Permita de 3 a 5 pasos antes de que el sujeto pare de caminar.
11. CAMINAR CON GIROS DE CA-BEZA - HORIZONTAL	Permita al sujeto alcanzar su velocidad normal y dé las órdenes "dcha, izda" cada 3-5 pasos. Registre si ve algún problema en cualquier dirección. Si el sujeto tiene limitaciones cervicales, permita movimientos combinados de cabeza y tronco.
12.CAMINAR CON GIROS DE PIVO-TE	Muestre un giro de pivote. Una vez que el sujeto camine a velocidad normal, diga "gire y pare." Cuente el número de pasos para "girar" hasta que el sujeto esté estable. El desequilibrio puede evidenciarse por una bipedestación con una base amplia, pasos extra o movimiento del tronco.
13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁ- CULOS	Coloque dos cajas de zapatos encintadas juntas (de 23 cm de altura cada una de ellas) a 3 metros de donde el sujeto comenzará a caminar..
14. TEST UP & GO CRONOMETRA-DO CON DOBLE TAREA	Use el TUG cronometrado para determinar los efectos de la tarea dual. El sujeto debe caminar una distancia de 3 metros. TUG: El sujeto ha de estar sentado con su espalda en contacto con el respaldo. Se le cronometrará desde el momento en el que diga "vaya" hasta que vuelva a sentarse. Pare el tiempo cuando las nalgas del sujeto estén en el asiento y su espalda contra el respaldo. La silla debe ser firme sin reposabrazos. TUG con doble tarea: Mientras esté sentado estime cómo de rápido y seguro el sujeto puede contar hacia atrás de 3 en 3 comenzando en un número entre 100-90. Después, pida al sujeto que cuente desde un número diferente y tras varios números diga "vamos". Registre el tiempo desde desde que dice "vamos" hasta que el sujeto vuelva a la posición sentada. Puntúe la tarea dual que afecta al contar o al caminar si la velocidad de marcha se enlentece (>10%) con respecto al TUG y /o nuevos signos de desequilibrio.

©2005-2013 Oregon Health & Science University. Reservados todos los derechos.

En la traducción y adaptación han participado: Dominguez-Olivan, P. Serrano-Del-Rio, P. Fernandez-Simon, F. Fisioterapeutas del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (España). Bengoetxea, A. Fisioterapeuta. Université Libre de Bruxelles. Bolea-Moll, D. Traductor e intérprete. Traducción aprobada por F. Horak en 2017.

CENTRO VIDA ORIENTE – ÁREA DE FISIOTERAPIA – SARA SOFÍA LLANOS.

USUARIO	Luis Delio Ocampo	
JORNADA	Tarde	
ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)		
MIEMBRO SUPERIOR		
	IZQUIERDO	DERECHO
ABDUCCIÓN DE HOMBRO	4	4
FLEXIÓN DE CODO	5	5
EXTENSIÓN DE MUÑECA	5	5
MIEMBRO INFERIOR		
	IZQUIERDO	DERECHO
FLEXIÓN DE CADERA	5	5
EXTENSIÓN DE RODILLA	4	4
DORSIFLEXIÓN DE TOBILLO	4	4

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.

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:** 03 / **MES:** octubre / **AÑO:** 2024 /

NOMBRES – APELLIDOS: luis delio ocampo /

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 Luis Delio Ocampo Ch. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: Paciente con hipertencion y lesion en la columna y espalda

Niyineg Cadavid Mosquera

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Luis Delio Ocampo Ch

FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

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
Luis Delio Ocampo	4563295
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Pm-Azul	Valentina Galeano

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 9 / MES: 10 / AÑO: 2024 /

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.
2 = 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.
2 = 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.
2 = 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.
2 = 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):

0 = 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:

0 = 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: 0 1, ___ segundos

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

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

9. POSICIÓN DE SEMI-TÁNDEM:

0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (, ambos pies tocándose) **o** comienza a caerse **o** se mantiene ≤ 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: ___ 0, ___ segundos

10. POSICIÓN TÁNDEM:

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro **o** comienza a caerse **o** se mantiene por ≤ 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
0 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: ___ 0 , ___ segundos

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

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

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___ 1 , 5 segundos



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

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**

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.
1 = 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.
1 = 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.
1 = 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.
1 = 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.
1 = 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.

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

INTERPRETACIÓN

1. A mayor puntuación mejor funcionamiento.
2. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12.
3. La máxima puntuación para la subescala del equilibrio 16.
4. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.
5. A mayor puntuación>>>menor riesgo

7/9.
16/26
23

ANALISIS DEL RESULTADO

RIESGO DE CAIDAS 23/35: INDICA ALTO RIESGO DE CAIDA
EL PACIENTE REALIZA DEFICIENTEMENTE EN EQUILIBRIO, ESPECIALMENTE
EN MANTENER EL EQUILIBRIO UNIPODAL Y BIPODAL ESTATICO, Y
EN MODELO PARA INICIAR Y TERMINAR SOBRE OBSTACULOS.

FIRMA – EVALUADOR

Luis Delio Ocampo

FIRMA PERSONA EVALUADA

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: Luis Delio Ocampo	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 4563293
GRUPO: Pm-Azul	EVALUADO POR: Valentina Galeano
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 9 / MES: 10 / AÑO: 2024 /	

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: I	I A D Puntuación:	CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números D= Totalmente dependiente para realizar una llamada por teléfono por sí mismo
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	I= Viaja con independencia en transportes públicos o condice su propio auto A= Solo viaja si lo acompaña alguien D= No puede viajar en absoluto
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	IR DE COMPRAS	I= Realiza todas las compras con independencia A= Necesita compañía para realizar cualquier compra D=Totalmente independiente para ir de compras
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	PREPARACION DE LA COMIDA	I= Organiza, prepara y sirve los alimentos adecuadamente y con independencia A=Calienta, sirve y prepara alimentos ligeros, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda D= Necesita que le preparen y sirvan los alimentos

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

I A D Puntuación: I	**I A D** Puntuación:	**CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS**	I= Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta A=Toma de medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis D= Incapaz de administrarse su medicación
I A D Puntuación: 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 I I **TOTAL** _____

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

ANALISIS: Refiere completa autonomia en su mayoria de actividades pero requiere ayuda para manejar la cuenta de banco y realizar grandes compras

NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Luis Delio Campo D

FIRMA PERSONA EVALUADA

(7)

135

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
PRUEBA DE ENTRADA DE PARTICIPACION AL AREA OCUPACIONAL		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

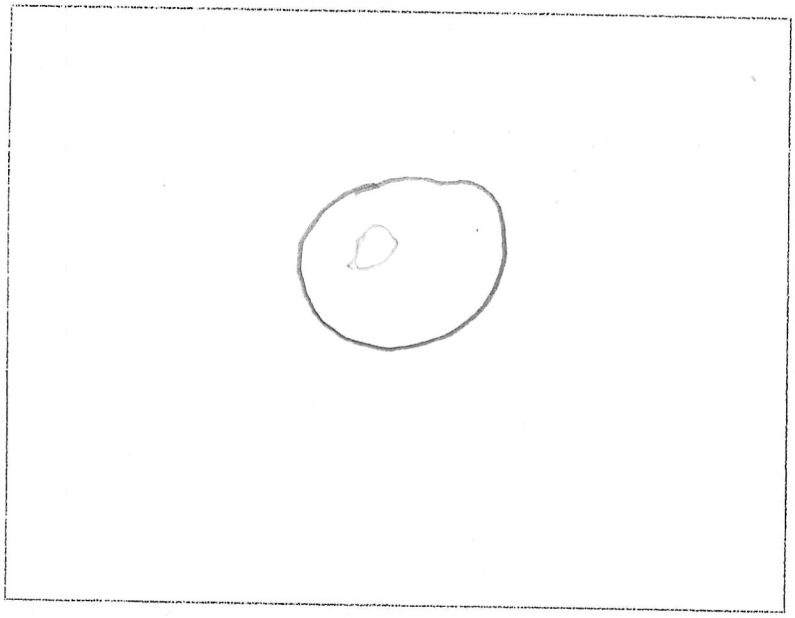
DIA	MES	AÑO
6	11	2024

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

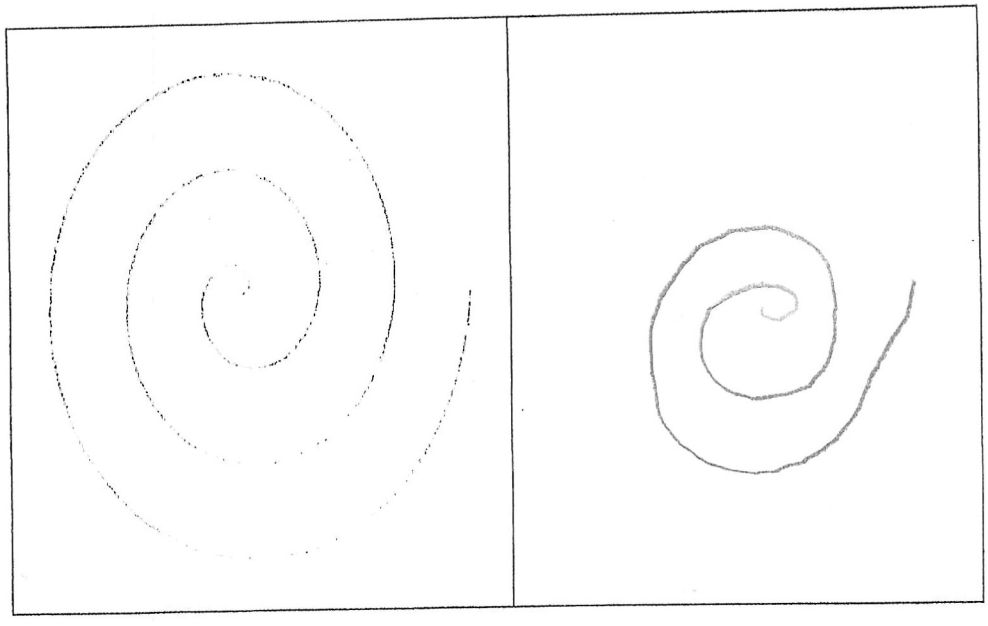
NOMBRES - APELLIDOS	Luis Delio Ocampo
DOCUMENTO	4563295
GRUPO	tarde

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

1. Dentro del siguiente espacio dibuje un círculo



2. Repita el dibujo en el cuadro en blanco.



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

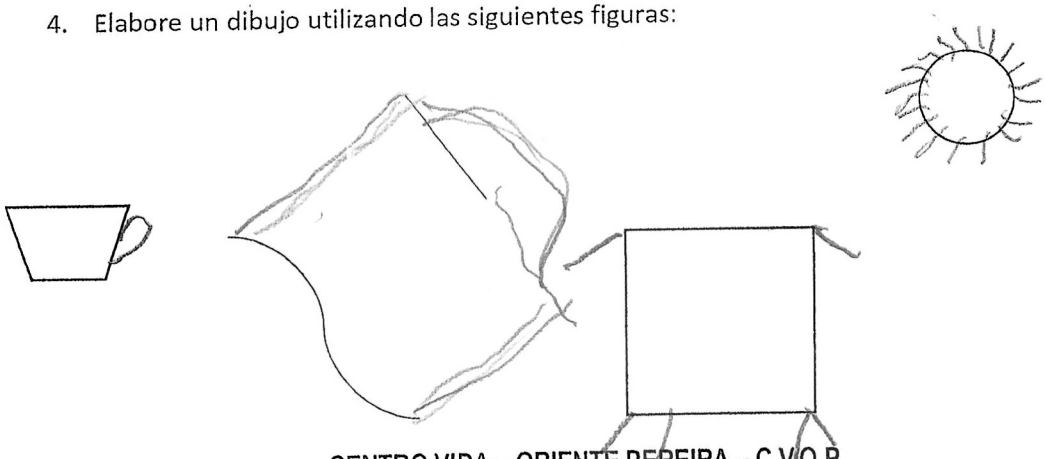
Periódico

Botalo

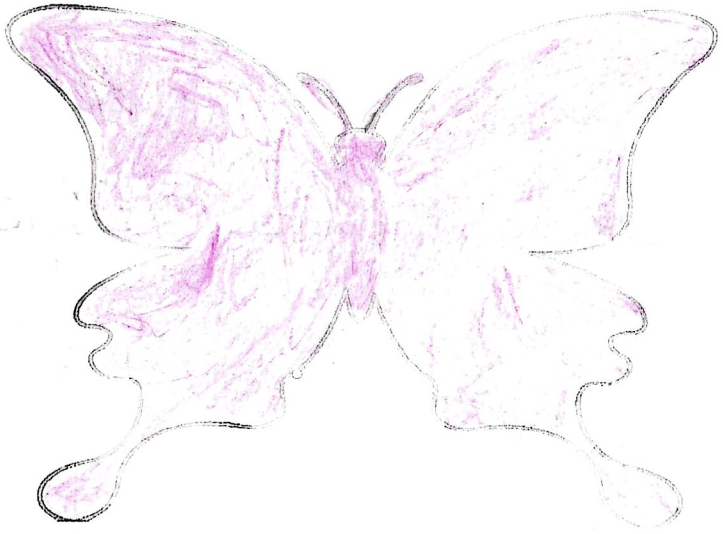
botella plástica

Vendela

4. Elabore un dibujo utilizando las siguientes figuras:



5. Pinte el dibujo con un lápiz de color sin salirse de los bordes.



6. Con la ayuda de una aguja, punce sobre las líneas



7. Señale con una x los colores primarios:



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

☐ Falso
☐ Verdadero

PROFESIONAL	FIRMA
Oliver Antonio Reina Villamil Silvia Celeste Gómez	
ÁREA	FECHA DE CALIFICACIÓN
Actividades Productivas y Promoción del Trabajo Asociativo.	7/11/2024

NOTAS Y OBSERVACIONES:

El Señor. Luis Dalio Ocampo le gusta Colorear. Colorcada, motricidad fina, y habilidades Creativas con Lineas.

Adaptada por: Claudia Azucena Batero Gómez
Área Actividades Productivas.

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

FECHA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA		
DIA	MES	AÑO
6	11	2024

PRUEBA DE ENTRADA	
PRUEBA DE SALIDA	
CALIFICACIÓN	

NOMBRES - APELLIDOS	Luis Delio Ocampo
DOCUMENTO	4563295.
GRUPO	tarde

OBJETIVO DE LA PRUEBA: Evaluar el nivel de conocimientos y razonamiento del Adulto Mayor al ingresar al Programa de Alfabetización del Área Educativa del Centro Vida – Comuna Oriente y su grado devolución al término de cada Ciclo Educativo.

1. Encierre en un círculo las letras.

U 6 ¿ m @ t # 200 b 3 + v 4 Y 7 %

2. Escriba una palabra con cada una de las letras que encerró:

Venezuela — baronia — tevaira
manizales — video
tebromencia — y tu tules

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

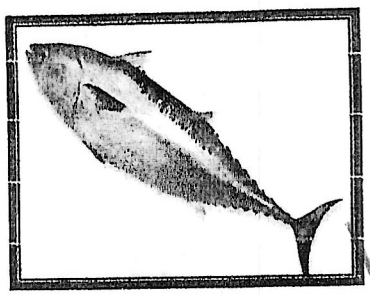
4. Resuelve las Operaciones.

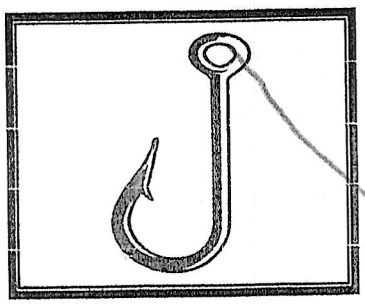
7 +2 9	17 +39 56	9 -3 16	51 -35 16

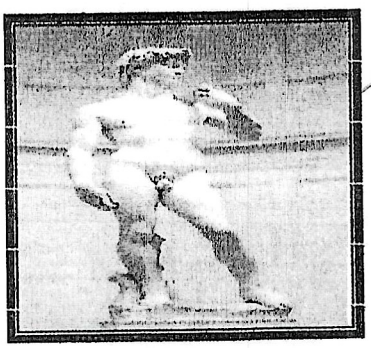
5. Ordene los siguientes números de menor a mayor.

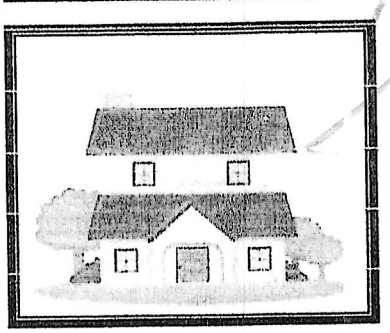
13	68	4	19	25	11	5	1	46	34
4	5	7	6	7	8	2	3	20	15

6. UNA CON LÍNEAS LAS PALABRAS Y LAS IMÁGENES.









ESTATUA

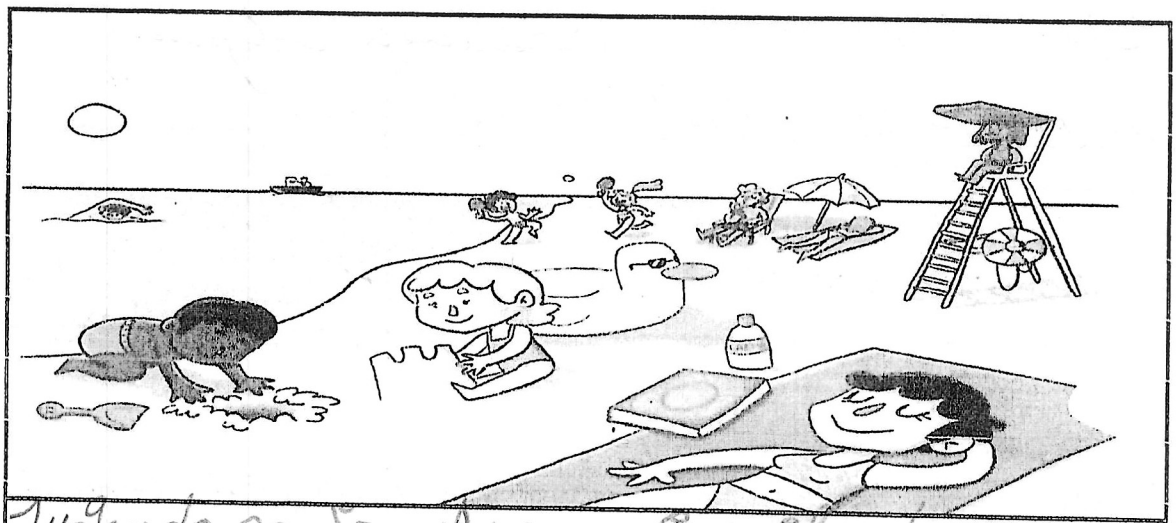
CASA

PESCADO

ANZUELO

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

7. ESCRIBA EN LAS LÍNEAS LAS ACCIONES QUE REALIZAN LOS NIÑOS EN EL DIBUJO.



Jugando en la arena Escuchando música
Jugando con los Patos
Bañándo

8. Julio tenia $40.000 pesos que se ganó por la venta de unos floreros de barro, fue a la plaza y compro dos libras de pescado por $8.000 y un paquete de arepas por $2.000 ¿Cuánta Plata le Sobro?

PROCEDIMIENTO	RESPUESTA
40000 10000 30000	30000 Sobra

EXITOS!

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
PRUEBA DE ENTRADA – INGRESO AL AREA EDUCATIVA		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

PROFESIONAL	FIRMA
Silvia Mejía Gomez Bayer Antonio Reina Villamil	
ÁREA	**FECHA DE CALIFICACIÓN**
Área de Educación y TIC´S	7/11/2024

NOTAS Y OBSERVACIONES:

Tiene habilidades de lecto-escritura, así como de operaciones matemáticas.

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

ACTA DE COMPORTAMIENTO

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

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

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

COMPROMISO

Yo Luis Delio Ocampo, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 4.563295 expedida en Salamina Caldas en mi calidad de beneficiario(a) del programa Centro Vida – Oriente – Cooperativa Multiser, del Adulto Mayor del municipio de Pereira Risaralda.

Doy fe, ante la Dirección Técnica del Centro Vida, ante los demás beneficiarios del programa, ante la administración municipal y ante las autoridades competentes. Que **CONOZCO y ACEPTO**, mis deberes y derechos contemplados en el presente **MANUAL DE CONVIVENCIA** y me **COMPROMETO** a cumplir a cabalidad. De no ser así **ACEPTARE** las disposiciones y sanciones acá establecidas.

Dirección Técnica – Centro Vida – Oriente

*Luis Delio Ocampo D

Usuario(a) – Programa Centro Vida - Oriente

DOCUMENTO ELABORADO POR:
Luis Antonio Chala J – Profesional en Gerontología - UniQuindío
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud – U.C.C
(Se reservan los derechos de autor, no puede ser reproducido total o parcialmente)

Alcaldía de PEREIRA	MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER - NIT: 90041528-4	Versión: 1 - Código: 1.1 - Vigencia 08 - 2024

ENCUESTA DE SATISFACCION - CALIFICACION DE LOS SERVICIOS

Apreciado usuario(a). Trabajamos día a día para ofrecerle el mejor servicio con calidad y excelencia. Su opinión es importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar la presente encuesta de satisfacción.

Nombre del Usuario: Luis Delio Ocampo Londoño

N° Identificación: 4563295

Fecha	22-7-2024	HOMBRE ☑	MUJER ☐	Jornada	Tarde

Tipo de usuario

Adulto Mayor	☑	Madre Cabeza de Hogar	☐
Discapacitado	☐	Campesino	☐
Desplazado	☐	Otro:	☐
Victima del Conflicto	☐	Cual:	☐

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

ASPECTOS A EVALUAR

1. **SERVICIO**
   ¿Cómo califica la calidad del servicio recibido en el centro vida?
   ☐ Muy Satisfecho ☑ Satisfecho ☑ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho
2. **INSTALACIONES Y RECURSO**
   ¿Cómo se siente con el uso de las instalaciones del Centro Vida Oriente?
   ☑ Muy Satisfecho ☑ Satisfecho ☑ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho
3. **HORARIOS DE ATENCIÓN**
   ¿Está satisfecho con el cumplimiento de los horarios establecidos?
   ☑ Muy Satisfecho ☑ Satisfecho ☑ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho
4. **EXPECTATIVAS DEL SERVICIO**
   ¿Está satisfecho con la variedad y calidad de las actividades ofrecidas?
   ☑ Muy Satisfecho ☑ Satisfecho ☑ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho
5. **TALENTO HUMANO**
   En general, ¿cómo valora el trato recibido por parte del personal?
   ☑ Muy Satisfecho ☑ Satisfecho ☑ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

OBSERVACIONES:

Si



Gracias por su colaboración