Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

NOMBRE ADULTO MAYOR: Luz Dary Mejia Piedrahita

GRUPO: Azul JORNADA: Pm

TELEFONOS: 3212802206

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	X		
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA	X		
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	X		
4	FICHA DE INSCRIPCION	X		
5	HOJA DE VIDA	X		
6	AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS	X		
7	COPIA CEDULA CIUDADANIA	X		
8	SISBEN	X		
9	ADRES	X		
10	CERTIFICADO AFILIACION – PLAN FUNERARIO FLIAR			
11	HISTORIA CLINICA (Opcional)			
VALORACION - AREA NUTRICION				
12	Mini-Nutrition Assesment - MNA	X		
VALORACION - AREA PSICOSOCIAL				
Por Profesional en Psicología				
13	Minimental Test o Cuestionario Pfeiffer	X		
14	Escala de Depresión Geriátrica – Yesavage	+		
Por Profesional en Trabajo Social				
15	Familia Apgar	X		
Por profesional en Gerontología				
16	Cuestionario 36 preguntas – Whodas – 2.0			
VALORACION – AREA ATENCION PRIMARIA EN SALUD – A.P.S				
17	Consentimiento informado	X		

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q			
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular			
VALORACION – AREA FISIOTERAPIA				
20	Cuestionario - Mini-BESTest	X		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	X		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit			
VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN				
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton	X		
24	Escala de Tinetti Modificada	X		
VALORACION – AREAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS/TRABAJO ASOCIATIVO Y EDUCACION				
25	Prueba de entrada - Área Ocupacional	X		
26	Prueba de entrada - Área Educación			
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 25 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias-Trabajo Social 1225092595

Responsable de la Verificación

(Nombres – Apellidos – Profesión – Tarjeta o Registro Profesional)

DOCUMENTO ESTRUCTURADO POR
LUIS ANTONIO CHALA JARAMILLO
Profesional en Gerontología
Esp. En Gerencia de Servicios de Salud

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 120

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 23 MES 05 AÑO 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Luz Dary Mejia de piedrahita

LUGAR DE NACIMIENTO: Marsella FECHA: DIA 05 MES 05 AÑO 1957

DIRECCIÓN: Cr 9 N 2-06 - Antonio narillo

TELEFONO: 3212802206

EDAD: 67 CATEGORIA SISBEN: B4 DESPLAZADO _____ EPS N eps

RH A+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Erica Katerine piedrahita
DIRECCIÓN _____
TELEFONO 3205682910

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (X) -Sisben (X) -Otro (X)
Cuál Actas

Nombre del funcionario: Luz Nelva Renteria

C.T.A. MULTISER

Alcaldía de PEREIRA

APROBACION DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

El Comité de Admisiones del CENTRO VIDA ORIENTE haciendo uso de sus facultades profesionales que le confiere la Ley 1276 de 2009, aprueba o niega el cupo según el documento estudio de vulnerabilidad para el ingreso como beneficiario intramural del programa Centro Vida Pereira.

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres Luz Dary	Apellidos Mejia De Piedrahita
Documento de identidad 42056272	Expedida

Adulto mayor residente en la ciudad de Pereira, cumple con los siguientes requisitos fundamentales y los factores de riesgo:

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A	B	C	Enfermedad mental		Alcohol	
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas		Soledad	
Edad superior o igual a 55 años				Abandono familiar		Sedentarismo	
Ingresos económicos 1smlv				Violencia intrafamiliar		Tabaco	
Disponibilidad de tiempo	Si		No	Signos de desnutrición		Ninguno	

Por lo tanto el aspirante si X no ___ se encuentra en situación de vulnerabilidad para ser acogido por el programa CENTRO VIDA PEREIRA.

Se le aprueba X O se le niega ___ el cupo, a partir de la fecha: Día 23 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucia Alzate Gonzalez
Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodriguez
Nombre Psicólogo(a)

Firma

Carolina R.

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

ENCUESTA No. _____/

DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA: DÍA 23 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____ PARENTESCO _____ /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Luz Dary De Mejía C.C 42056272

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 05 / M 05 / A 1957 / _____ / EDAD 67 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cr 9 N 206 / BARRIO Antonio narillo /

EPS N Eps / PUNTAJE SISBEN B 4 / TIPO SANGRE A+ /

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

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

COMUNA _____ / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3212802206 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ama de Casa / ANTERIOR _____ /

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

CUÁL: — / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Erica Katerine Piedrahita /

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO 3205682910 PARENTESCO _____ /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: _____ /

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

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

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

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	Erika maria Piedrahita	35	hija	operaria De Mq
2	Dilan estiven Cuecoya	12	nieto	estudia
3	Coral daniana Piedrahita	8	nieta	estudia
4				

5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

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

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X SI —/

CUÁL? —/

TIENE DIETA PRESCRITA? NO —/ SI X/

CUAL? —/

TIENE ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO? NO —/ SI X/

CUAL? ejercicios en el centro vida/

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACIÓN X/ CULTURA —/ ARTES —/ MANUALIDADES —/

OTRAS: —/ CUÁLES: —/

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

todas/

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

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

FAMILIARES —/ SUBSIDIO DEL ESTADO —/ AMIGOS —/ VECINOS —/

OTROS CUÁLES? —/

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. _____

- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... _____
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... _____

4.3 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN CUBRIR LAS SIGUIENTES NECESIDADES BÁSICAS:

ALIMENTACIÓN: SI X/ NO __/ SALUD: SI __/ NO __/ VIVIENDA: SI __/ NO __/

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

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA __/ FAMILIAR __/ ARRENDADA X/ INVASIÓN __/ CEDIDA __/

PRESTADA __/ NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR __/ OTRO _____/

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

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

PUERTAS X/ VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO __/ DIVISIONES __/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES __/ DORMITORIO COMPARTIDO __/

DORMITORIO AISLADO __/ HUMEDADES __/ ILUMINACIÓN-VENTILACIÓN INTERNA DEFICIENTE __/

VIVIENDA EN RUINA __/ OTRA _____/

TODAS LAS ANTERIORES _____/NINGUNA DE LAS ANTERIORES _____/

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

CENTRO VIDA: SI X/ NO __/

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Luz Neiva _____/

PROFESIÓN: Trabajo Social _____/ **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 35545888

C.T.A. MULTISER	FICHA DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR CENTRO VIDA ORIENTE	Alcaldía de PEREIRA	Código: FO-DS-04-009 Versión: 01 Fecha de Creación: 17/08/2017

IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Luz

SEGUNDO NOMBRE: Dary

PRIMER APELLIDO: Mejia de

SEGUNDO APELLIDO: Piedrahita

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

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

Fecha de Nacimiento: 05-05-1957
No. Documento 42.056.272

RANGO DE EDAD:

1 [X] MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)
2 [ ] MAYOR DE 55 AÑOS

AÑOS CUMPLIDOS: 67

SEXO:

1 [ ] HOMBRE
2 [X] MUJER
3 [ ] LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B4

ESTADO CIVIL:

CASADO(A) [ ]
SOLTERO(A) [ ]
DIVORCIADO(A) [ ]
VIUDO(A) [ ]

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

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [X] CONTRIBUTIVA
2 [ ] SUBSIDIADA

CUAL: N E.P.S

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

1 [ ] NINGUNO
2 [ ] PRIMARIA COMPLETA
3 [X] PRIMARIA INCOMPLETA
4 [ ] SECUNDARIA COMPLETA
5 [ ] SECUNDARIA INCOMPLETA
6 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA
7 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA
8 [ ] UNIVERSITARIA COMPLETA
9 [ ] UNIVERSITARIA INCOMPLETA
10 [ ] POSTGRADO COMPLETO
11 [ ] POSTGRADO INCOMPLETO
12 [ ] OTRO (EDUCACIÓN NO FORMAL)

¿PERTENECE USTED A ALGUNA(S) ORGANIZACIÓN(ES) Y/O ASOCIACION(ES)?

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 —
2 —
2 [X] NO

¿ACTUALMENTE RECIBE ALGÚN(OS) SUBSIDIO(S) POR PARTE DEL GOBIERNO (NACIONAL, DEPARTAMENTAL O DISTRITAL) O DEL SECTOR PRIVADO?

1 [ ] SI
[ ] GOBIERNO
[ ] SECTOR PRIVADO

2 [X] NO

¿CUAL(ES)?: 1
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: Cr 9-N 206'

1 [—] RURAL: VEREDA: _____ —

NOMBRE DE LA FINCA: —

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: _____

BARRIO: Antonio narillo

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3112802206 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____ PARENTESCO: _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

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

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

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

Por ser parte de todos los ejercicios y actividades de regracción

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Luz Helena

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
23	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA



Huella

OBSERVACIONES:

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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro Vida Oriente

NOMBRES: Luz Dary

APELLIDOS: Mejia de piedrahita

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 05 **MES:** Mayo **AÑO:** 1957

EDAD: 67 **SEXO** F **CÉDULA DE CIUDADANÍA:** 42056272 **TIPO SANGRE:** A+

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: X INDÍGENA: - AFROCOLOMBIANO: - RAIZAL: - ROM: - OTRO: _____

DIRECCIÓN: Cr 9 - N 206 **BARRIO:** Antonio narillo

COMUNA: — **VEREDA:** —

TELÉFONO FIJO: — **CELULAR:** _____ **PLAN FUNERARIO:** MAPFRE

S.G.S.S.S: C: X S: - V: - O: — **E.P.S:** N. EPS **PUNTAJE SISBEN** B4

ENFERMEDADES: H.T.A: / DIABETES: - OSTEOPOROSIS: X ARTRITIS: - EPOC: - OTRA: cateterismo Cx

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Isosorbide, Enalaprin, Amlodipino, Atorvastatina, Embolipino

ALERGIA A MEDICAMENTOS: tramados

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

FACTORES DE RIESGO: TABACO: - ALCOHOL: - SEDENTARISMO: - OTRO: —

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: X DIETA PRESCRITA: X PERTENENCIA GRUPOS: -

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

INGRESOS ECONOMICOS: RENTA PROPIA: - APOYO FLIA: - PENSIÓN: - PROGRAMA ESTADO: - NINGUNO: -

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Erika Katerina piedrahita

PARENTESCO: hija **TEL FIJO:** — **TEL CELULAR:** 3205682960

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

DIRECCIÓN: CRA 13 #26-04 **TELÉFONOS:** 3127797748

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac61200s@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: (√) SISBEN: (√) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO: (√) CONSENTIMIENTO INFORMADO: (√) OTRO: CUAL ____

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 23 días del mes de Mayo de lañ 2024.

Firma: Luz Dary Mejia

Nombre: Luz Dary Mejia

Identificación: 42056272



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.056.272**
MEJIA De PIEDRAHITA
APELLIDOS
LUZ DARY
NOMBRES

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-1957**
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-JUL-1979 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00063081-F-0042056272-20060902 0002913998A 1 4590001594

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 01/06/2024

Ficha: 660011641077200030487

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ DARY

Apellidos: MEJIA DE PIEDRAHITA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 42056272

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/04/2022

Última actualización ciudadano: 19/04/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

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	42056272
NOMBRES	LUZ DARY
APELLIDOS	MEJIA DE PIEDRAHITA
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/01/2024 09:09:02	**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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Coomeva | EPS

Historia Clínica

Historia: 168553312 **Fecha Historia:** 10/08/2020 12:14:54 pm
Identificación: CC 42056272 **Nombre Afiliado:** Luz Dary Mejia De Piedrahita
Edad: 63 Años **Sexo:** Femenino **Estado Civil:** CASADO **Rango:** Rango 1 (estrato 1)
Dirección: MZ B CASA 29 SAN GREGORIO KENEDY **Telefono:** 3135149959
Ciudad: Pereira **Tipo Afiliado:** Beneficiario
Empresa: Parqeuaderos S.a **Cargo:** Empleado Dependiente
Centro Atención: Ips San Sebastian S.a Pereira
Profesional Médico: Natalia Eugenia Chilito Amaya
Registro del Profesional Médico: 0116-04

Situacion Actual

Causa de Consulta

Motivo De Consulta

CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR
CEL: 3212802206

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINO DE 63 AÑOS DE EDAD, ASISTE SIN ACOMPAÑANTE; TIENE DIAGNÓSTICOS DE:

HTA ESTADIO 2 (2013) CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ACTP +STENT ACD 2.1.2020 PRE DIABETES DISLIPIDEMIA MIGRAÑA OBESIDAD GRADO I.

RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO POR FRAMINGHAM
TFG C&G: 86 mL/min CREATININA DE MAY 2020; COMPATIBLE CON FUNCIÓN RENAL ESTADIO 2.

ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON:
OMEPRAZOL 20 MG CADA DIA
ENALAPRIL 20 MG BID
ASA 100MG 1 DIA
CLOPIDOGREL 75MG
AMLODIPINO 10MG DIA
EZETIMIBA+SIMVASTATINA 10/40MG QD (MIPRES DE MAY/2020 X 3 MESES SOLO RECLAMO 1 FORMULA)
METOPROLOL 50MG QID
METFORMINA 850MG QID

REFERE EPISODIOS DE DOLOR TORACICO NO ANGINOSOS OCASIONALES. ADEMAS DICE QUE SOLO TOMO EL MEDICACION PARA EL "COLESTEROL" POR 1 MES NO REALIZO AUTORIZACION DE LAS SIGUIENTES ENTREGAS.

PARACLINICOS:

3-8-2020: CT 245 TGS 101 HDL 54 LDL 171 GLICEMIA 97 HBA1C 5.8%

4-5-2020: CREATININA 0.78 TFG 87 ML/MIN ESTADIO RENAL 2 C-G POTASIO 4.2 MICROALBUMINURIA <1.0 RLN A/C: <3.9 CREATINURIA 25 HBA1C 6.1 GLICEMIA 89 CT 148 HDL 47 LDL 87 TGS 72 HEMOGRAMA NORMAL, UROANALISIS NORMAL.

MED INTERNA 19 JUN/2020 CONTINUAR IGUAL MANEJO

Conducta

Conducta

PACIENTE HIPERTENSA CONTROLADA, CON DOLOR TORÁCICO DESDE HACE 2 AÑOS PERO AGUDIZADO DURANTE LO TRANSCURRIDO DEL AÑO ACTUAL, CON AUMENTO DE LA INTENSIDAD EN LOS EPISODIOS DE DOLOR TORÁCICO Y AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE APARICIÓN, POR LO QUE SE SOLICITÓ ECOESTRÉS EL CUAL ES POSITIVO PARA INDUCCIÓN DE ISQUEMIA, RAZÓN POR LA CUAL SE DERIVA A VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA PARA ESTRATIFICACIÓN INVASIVA.

YA TIENE ASA Y ESTATINA, EL LDL ESTÁ POR DEBAJO DE 100, SE SUGIERE DISMINUIR CONSUMO DE FRITOS Y SE ESPERARÁ A CONCPETO DE ESPECIALISTA PARA DETERMINAR PERTINENCIA EN ESCALONAR TERAPIA HIPOLIPEMIANTE Y ESTABLECER NUEVAS METAS DE LDL (<70) POR HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PRUEBA DE ESFUERZO.

SE DEJA MANEJO CON DINITRATO DE ISOSORBIDE.

POR EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA HISTORIA DE PREDIABETES Y OBESIDAD, SE DECIDE ADICIONAR METFORMINA 850 MG QD.

SE DERIVA A VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA P y P.

EN PRÓXIMO CONTROL SE COMPLEMENTARÁ SOLICITUD DE PARACLÍNICOS SEGÚN LÍNEA DE TIEMPO.

SE REFUERZAN SIGNOS DE ALARMA CARDIOVASCULARES.

CONTROL POR RCV EN 3 MESES

Diagnósticos Historia

Diagnóstico	Tipo Diagnóstico	Contingencia Origen	Observaciones
I10x: Hipertension Esencial (primaria)	Confirmado Repetido	Enfermedad General	
E749: Trastorno Del Metabolismo De Los Carbohidratos No Especificado	Confirmado Repetido	Enfermedad General	
E785: Hiperlipidemia No Especificada	Confirmado Repetido	Enfermedad General	
E669: Obesidad No Especificada	Confirmado Repetido	Enfermedad General	
I255: Cardiomiopatia Isquemica	Impresion Diagnostica	Enfermedad General	

Vacunacion

Vacunación

Observaciones Generales

ÚLTIMA APLICACIÓN CONTRA INFLUENZA: 2017

Dx y Cx

Conducta

Conducta

PTE DE 63 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CARDIOPATIA ISQUEMICA INTERVENIDA ACT+STENT EN ADA ENERO/2020 CON LDL FUERA DE METAS 171 POR NO TOMA DE MEDICACION PRESCRITA POR 3 MESES (EZETYIMIBA+SIMVASTATINA 10/40MG) RCV ALTO POR FRAMINGHAM PREDIABETES HBA1C 5.8% EN MANEJO COPN METFORMINA 850MG QD OBESIDAD GRADO 1 TFG 86 ML/MIN CR 0.78 DE MAY/2020. EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE FALLA CARDIACA CON EPISODIOS DE DOLOR TORACICO ATIPICOS

SE SOLICITA ECG

SE HACE MIPRES X 3 MESES: EZETIMIBA 10MG QD PARA TOMAR JUNTO CON ATORVASTATINA 80MG QD. RESTO DE MEDICACION IGUAL

SE FORMULA X 3 MESES: ATORVASTATINA 80MG QD METFORMINA 850MG QD ENALAPRIL 20MG BID, AMLODIPINO 10MG QD METOPROLOL 50MG QD ASA 100MG QD CLOPIDOGREL 75MG QD OMEPRAZOL 20MG QD

SE DAN SIGNOS DE ALARMA DE CONSULTA POR URGENCIAS: DOLOR TORACICO OPRESIVO CON DISNEA, DIAFORESIS, ALTERACIONES EN LA MARCHA, MAREOS, ALTERACION EN LA FUERZA, POLIDIPSIA POLIURIA POLIFAGIA. EXPLICO QUE DEBE REALIZAR TRAMITE DE MIPRES POR VIA INETRNET A CORREO DE SALA SIP CADA MES POR 3 MESES

SE CITA A CONTROL EN 1 MES CON ECG, EN 1 MES SE ENTREGARA ORDEN DE PERFIL LIPIDICO

Diagnósticos Historia

Diagnóstico	Tipo Diagnóstico	Contingencia Origen	Observaciones
I255: Cardiomiopatia Isquemica	Confirmado Repetido	Enfermedad General	
I10x: Hipertension Esencial (primaria)	Confirmado Repetido	Enfermedad General	
E785: Hiperlipidemia No Especificada	Confirmado Repetido	Enfermedad General	
E748: Otros Trastornos Especificados Del Metabolismo De Los Carbohidratos	Confirmado Repetido	Enfermedad General	
Gp03: Actividades De Promocion Y Prevencion	Confirmado Nuevo	Enfermedad General	Educación En Signos De Alarma

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: 14 MES: 12 AÑO: 2024

NOMBRES – APELLIDOS: LUZ DARY MEJIA DE PIEDRAHITA

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 Luz Dary Mejia. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: USUARIO SIN DIFICULTAD PA RAR REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS _____

Camila Cantero

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Luz Dary Mejia.

FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Mejia Nombre: Luz Dary

Sexo: F Edad: 67 Peso, kg: 78.5 Altura, cm: 160 Fecha: 31/07/24

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 — 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) — 14

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 _____. FECHA _____

PESO 78.5 TALLA: 160 IMC: 30.7

Obesidad grado I

PP 39

PB 31

FIRMA USUARIO Luz Day Mejía

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ TALLA: _____ IMC:_____

FIRMA USUARIO

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 Luz Dary Mejía.	Documento de identidad 42056272
Grupo Centro Vida Oriente	Examinado por Diomara 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

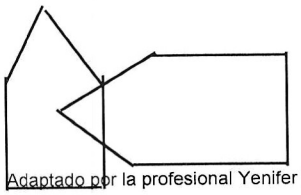
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? 2. 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás 1. 3

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 1 1
- Escriba una frase 1 1
- Copie este dibujo 1. 1



28.

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

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

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

FECHA DE APLICACION:	**DIA:** 1 /	**MES:** 11 /	**AÑO:** 2024 /
NOMBRE COMPLETO Liz Dary Mejía		**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 42056277.	
GRUPO Centro Vida Oriente		**ENTREVISTADO POR** Yicmara Quintero.	

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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

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

CALIFICACIÓN	PUNTUACION TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	1.
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

FIRMA PROFESIONAL: Yicmara Quintero

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

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

FECHA DE EVALUACION: DIA: 1 / MES: Noviembre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Dary Mejia / C.C: 42056272 /

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 20 indica buena función familiar, caracterizada por la comunicación abierta, respeto mutuo y un vínculo afectivo sano, donde el usuario experimenta satisfacción en todos los aspectos evaluados, esta dinámica familiar le proporciona un entorno seguro, sentido de pertenencia, bienestar general y calidad de vida.

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.		
3. Atención Primaria en Salud.		
4. Aseguramiento en Salud.		
5. Deporte, Cultura y Recreación.		
6. Auxilio Exequial.		
7. Manutención de alimentos		
8. Otras.		

DESCRIPCIÓN

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

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

Yo, Luz Dary Mejía Piedrahita, con cedula N° 42056272, 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 23 del mes de mayo del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: 42056272

Firma – cedula - huella del acudiente: _____



Firma - cedula del orientador: Luz Neira 35545888