Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: Luz Maria Cortes

GRUPO: Amarillo JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3115170633

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	X		
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA			
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	X		
4	FICHA DE INSCRIPCION			
5	HOJA DE VIDA	X		
6	AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS	X		
7	COPIA CEDULA CIUDADANIA	X		
8	SISBEN	X		
9	ADRES			
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			
14	Escala de Depresión Geriátrica – Yesavage	X		
	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	X		
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	X		
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 2 **MES:** 11 **AÑO:** 2024.

Glona Inés Arias Molina T. 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 198

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 27 MES 9 AÑO 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Luz Maria Cortes

LUGAR DE NACIMIENTO: Chinchina FECHA: DIA 20 MES 10 AÑO 1953

DIRECCIÓN: Cra 6 Bis #7-58 Santander

TELEFONO: 3115170633

EDAD: 70 CATEGORIA SISBEN: C10 DESPLAZADO — EPS Sura

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
William Herrera
DIRECCIÓN Cra 6 Bis # 7-58 Santander TELEFONO 3207536326

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (X) -Sisben (X) -Otro (X)
Cuál Historia clinica

Nombre del funcionario: Luz neira

3				
4				
5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

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

3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI — /

CUÁL? _____ /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI — /

CUAL? — /

TIENE ALGUN PLAN DE EJERCICIO FISICO DIRIGIDO? NO X / SI — /

CUAL? _____ /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACION — / CULTURA — / ARTES — / MANUALIDADDES — /

OTRAS: __/ CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Manualidades /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONOMICA:

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

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

OTROS CUÁLES? _____ /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. X
- 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 X / NO — / VIVIENDA: SI __ / NO __ /

VESTUARIO: SI X / NO — / TRANSPORTE: SI — / NO X / RECREACIÓN: SI — / NO X /

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA X / FAMILIAR — / ARRENDADA — / INVASION — / 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 — / PISOS CON DESNIVEL — /

PUERTAS X / VENTANAS X / BAÑO INCOMPLETO — / DIVISIONES X /

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES — / DORMITORIO COMPARTIDO — /

DORMITORIO AISLADO — / HUMEDADES — / ILUMINACION-VENTILACIÓN INTERNA DEFICIENTE — /

VIVIENDA EN RUINA — /OTRA — /

TODAS LAS ANTERIORES X / 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 Neira Bonteria /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 35 545 888

Alcaldía de PEREIRA

APROBACIÓN 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 Maria	Apellidos Cortes Ramirez
Documento de identidad 34.041.536	Expedida 17 Enero 1976 Pereira

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
	Inferior	Igual	Superior	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
SISBEN			X	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	—
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar	—	Sedentarismo	—
Ingresos económicos 1smlv	+	—	—	Violencia intrafamiliar	—	Tabaco	—
Disponibilidad de tiempo	Si X	—	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 27 Mes 9 Año 2024

Firma

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Nombre Gerontólogo(a)

Diomara Quintero

Nombre Psicólogo(a)

Diomara Quintero

C.T.A. MULTISER	FICHA DE INSCRIPCION 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: Maria

PRIMER APELLIDO: Cortes

SEGUNDO APELLIDO: Ramirez

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: 20 octubre 1953

No. Documento 34 041 536

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 70

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Est
1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: C10

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: Sura

¿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 [ ] 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 [X] PRIMARIA COMPLETA
3 [ ] 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 [X] SI
[X] GOBIERNO
[ ] SECTOR PRIVADO

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Leer la biblia - Juega Parque

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

1 [—] RURAL: VEREDA: ____ NOMBRE DE LA FINCA: —

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: ____ BARRIO: ____

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: ____ TELÉFONO MÓVIL: 3115170635 EMAIL: ____

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: ____ PARENTESCO: ____

TELÉFONO DE CONTACTO: ____

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 [X] 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

Mejorar la calidad de vida

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Discapacidad Física miembro inferior derecho.

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Luz Nelly

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
27	9	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O 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 INSTITUCION: Centro Vida Oriente /

NOMBRES: Luz Mario /

APELLIDOS: Cortes Ramirez /

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 20 / MES: octubre / AÑO: 1953 /

EDAD: 70 SEXO F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 34 041536 / TIPO SANGRE: O+ /

ETNIA: MESTIZO: X / INDIGENA: — / AFROCOLOMBIANO: — / RAIZAL: — / ROM: — /
OTRO: _____ /

HOJA VIDA No: __

DIRECCIÓN: Cra 6 Bis # 7-58 / BARRIO: Santander /

COMUNA: Oriente / VEREDA: — /

TELEFONO FIJO: — / CELULAR: 3115170633 / PLAN FUNERARIO: Sura exequiales

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Sura / PUNTAJE SISBEN C10 /

ENFERMEDADES: H.T.A: X / DIABETES: — / OSTEOPOROSIS: X / ARTRITIS: X / EPOC: — / OTRA: — /

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Losartan - Atorvastatina /

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Dipirona /

DISCAPACIDADES: FÍSICA: X / MENTAL: — / SENSORIAL: — / MULTIPLE: Cual — /

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

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: — / DIETA PRESCRITA: — / PERTENENCIA GRUPOS: — /

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

INGRESOS ECONOMICOS: RENTA PROPIA: — / APOYO FLIA: X / PENSION: — / PROGRAMA ESTADO: X / NINGUNO: — /

CONVIVENCIA: PAREJA: — / FAMILIA: X / SOLO: ___ / OTRO: — /

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: William Herrera /

PARENTESCO: Hijo / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3207536326

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

DIRECCION: Cra 13 # 26-04 Pereira / TELEFONOS: 3127977448 /

CORREO ELECTRONICO: gloriac612008@Hotmail.com /

ANEXOS: CEDULA: (1) SISBEN: (1) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: (1) CONSENTIMIENTO INFORMADO: (1) 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 27 días del mes de 09 del año 2024.

Firma: Luzmaría Cortés R

Nombre: Luzmaría Cortes R

Identificación: 34041536.





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
34.041.536
NUMERO
CORTES RAMIREZ
APELLIDOS
LUZ MARIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1953
CHINCHINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-ENE-1976 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO

A-2402500-54145741-F-0034041536-20060404 02320 060948 02 186452464

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 27/09/2024

Ficha: 660011691386500020367

C10

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARIA

Apellidos: CORTES RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 34041536

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/04/2023

Última actualización ciudadano: 17/04/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	34.041.536	H.C.	34041536
Fecha nacimiento:	Oct,20/1953	Edad:	70 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	Télefono:	0000000	Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			Etnia:	Otros
Atención:	66	Fecha:	Sep,02/2024	Hora:	08:22
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

Imagenología
Electrocardiograma: Normal Fecha:

Resultados Laboratorio

Función Renal

Actual		Anterior	
Creatinina:	Fecha:	Creatinina:	Fecha:
	CG no corregida por SC:		CG no corregida por SC:
	CG corregida por SC:		CG corregida por SC:
MDRD:	CKD-EPI:	MDRD:	CKD-EPI:
Estadio ERC (CG corregida por SC):		Estadio ERC (CG corregida por SC):	
Superficie Corporal (Dubois-Dubois) (m²):		Peso Anterior (kilos):	

DELTA POR AÑO (CG no corregida por SC)
Delta: Interpretación:

DELTA POR MES (CG no corregida por SC)
Meses: Delta: Interpretación:

TFG ESTIMADA PARA LA EDAD (> 60 años)
Cockcroft-Gault.: Interpretación:

Química
Uroanálisis: Normal Fecha:
Perfil Lipídico

Hematología/Hormonas
Cuadro Hemático
Hormonas

Imagenología
Electrocardiograma: Normal Fecha:

Factores de Riesgo

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	34.041.536	H.C.	34041536
Fecha nacimiento:	Oct,20/1953	Edad:	70 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	Télefono:	0000000	Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			Etnia:	Otros
Atención:	66	Fecha:	Sep,02/2024	Hora:	08:22
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

Mujeres > 65 años o Hombres > 55 años? Si Sexo masculino No Tabaquismo: No
Historia familiar de enfermedad Cardiaca prematura (Primer Grado)? No
Mujeres < 65 Años Hombres < 55 Años
Dislipidemia (Cualquiera)? Colesterol Total > 190 mg/dL o Colesterol f DL > 115 o No
Colesterol HDL Mujeres < 46 mg/dL, Hombres < 40 mg/dL o Triglicéricos > 150
Glucemia ayunas >= 100 o <= 125 mg/dL No
Prueba de tolerancia oral a la glucosa a las 2 horas (ptog) >= 140 o <= 199 No
Perímetro abdominal (cm): Mujeres > 88 cm, Hombres > 102 cm: No
Obesidad? No Alcohol: No
Sedentarismo? No Total de factores de riesgo (F de R): 1

Lesión de Órgano Blanco
Hipertrofia ventricular izquierda
EKG Sokolow (35 mm) No EKG Cornell (> 20 mm Mujeres y > 28 mm Hombres) No
Cornell voltaje / duración Mayor de 2.440 mm/ms No Antecedente Hipertrofia ventricular izquierda No
Enfermedad carotídea por ecodoppler: Grosor de la íntima + media > 0.9mm o placa No Ecocardiografía No
Enfermedad renal crónica
Albuminuria: Proteínas en orina 24h 30 a 300 mg/dL No
Relación Albuminuria / Creatinuria (>= 30 - <= 300 mg/g) No
Indice brazo-tobillo por Doppler < 0.9 No
Lesión de órgano blanco (LOB): No

Diabetes mellitus (DM)
Diabetes Mélitus (DM) No Diagnóstivo Nuevo? No
Hemoglobina Glicosilada Controlada No Hemoglobina Glicosilada no Controlada No

Presión Arterial

Sentada		Parada		Adicional		Promedio	
PAS/PAD:	120	70	PAS/PAD:		PAS/PAD:	PAS/PAD:	120 70

VALORACIÓN VISUAL

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	34.041.536	H.C.	34041536
Fecha nacimiento:	Oct,20/1953	Edad:	70 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	Télefono:	0000000	Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			Etnia:	Otros
Atención:	66	Fecha:	Sep,02/2024	Hora:	08:22
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

Medición sin Anteojos
Ojo Derecho: Ojo Izquierdo: Ambos:
Medición con Anteojos
Ojo Derecho: Ojo Izquierdo: Ambos:

Observaciones:

ANALISIS:

PACIENTE EN LA OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA, CON ANTECEDENTES DESCRITOS, ASISTE A CONTROL, TIENE PARACLÍNICOS DE NOVIEMBRE 2023, AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CON SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS, TIENE RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO, TFG DE 78.2 SEGÚN CKD-EPI, HDL FUERA DE METAS, LDL FUERA DE METAS.

PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE METAS, ASINTOMATICA, REFIERE SE REALIZO EKG Y ECOCARDIOGRAMA "SALIERON BIEN" NO LOS APORTA SE INDICA TRAER RESULTADOS EN PROXIMO CONTROL, SE FORMULAN PARACLÍNICOS DEL PROGRAMA PARA REALIZARLOS UNA SEMANA ANTES DEL CONTROL, INCLUIDOS INFECCIOSOS, CUENTA CON VALORACIONES POR RUTA CARDIOVASCULAR CON MEDICINA INTERNA, NUTRICION, PSICOLOGIA, TERAPIA FISICA, POR EL MOMENTO NOR EQUEIRE CONTROL, SE DERIVA A ODONTOLOGIA, YA ASISTIO A VACUNACION, TIENE TAMIZAJE CA DE COLON AL DIA, SE PROGRAMA CITA DE CONTROL EN 3 MESES CON RESULTADOS, SE REALIZA FÓRMULA MÉDICA, SE BRINDAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS, SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE. SE EXPLICA CLARAMENTE CONDUCTA AL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

SIGNOS DE ALARMA:
CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO DE INICIO SÚBITO, ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL, SI SE LE DESVÍA LA COMISURA LABIAL O PIERDE FUERZA EN LA EXTREMIDADES, DOLOR INTENSO, OPRESIVO EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SI VOMITA SANGRE, SI TIENE DEPOSICIONES ABUNDANTES CON SANGRE, O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA QUE LE PREOCUPE.

SE BRINDA EDUCACIÓN EN CAMBIOS CARACTERÍSTICOS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y ADAPTACIÓN AL MISMO, LA IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA A PARTIR DE LOS 50 A LOS 69 AÑOS, TAMIZAJE CA DE COLON SE TOMA A TODA LA POBLACIÓN ENTRE LOS 50 Y 75 AÑOS, CUIDADO PARA LA SALUD Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, HIGIENE BUCAL Y VISITA AL ODONTÓLOGO CON REGULARIDAD, PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, RECOMENDACIONES PARA EL USO DEL TIEMPO LIBRE Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ESTIMULANTES Y PLACENTERAS, PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y FRACTURAS, RECOMENDACIONES PARA EL USO DE MEDICAMENTOS, RELACIÓN CON LA FAMILIA, AMIGOS Y CUIDADORES, DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, PRINCIPALES SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR LOS SERVICIOS DE SALUD, ASIMISMO SE INFORMA SOBRE LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LAS ACTIVIDADES Y PLANES FAMILIARES, RECONOCIMIENTO DE CAMBIOS FÍSICOS Y EMOCIONALES EN LA PERSONA ADULTA MAYOR, FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMÍA Y LA MOVILIDAD EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y MOTIVACIÓN A PARTICIPAR EN GRUPOS SOCIALES SIGNIFICATIVOS PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR.

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	34.041.536	H.C.	34041536
Fecha nacimiento:	Oct,20/1953	Edad:	70 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	Télefono:	0000000	Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			Etnia:	Otros
Atención:	66	Fecha:	Sep,02/2024	Hora:	08:22
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

DIAGNOSTICOS:

			TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado repetido
Adherencia a la Guía:SI			
Relacionado 1	E785	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	Confirmado repetido
Adherencia a la Guía:SI			
Relacionado 2	Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	Confirmado repetido
Adherencia a la Guía:SI			
Relacionado 3	Z121	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DE INTESTINO	Confirmado repetido
Adherencia a la Guía:No		Justificación:	

CONDUCTA:

Medicamentos

HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA	25MG	TABLETA	TOMAR UNA TAB JUNTO CON LOSARTAN VIA ORAL	90	(NOVENTA)
AMLODIPINO BESILATO 5MG TABLETA	5MG	TABLETA	TOMAR UNA TABLETA POR LAS NOCHES VIA ORAL	90	(NOVENTA)
LOSARTAN POTASICO 50MG TABLETA RECUBIERTA	50MG	TABLETA RECUBIERTA	TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS VIA ORAL	180	(CIENTO OCHENTA)
ATORVASTATINA 20MG TABLETA RECUBIERTA	20MG	TABLETA RECUBIERTA	1 TAB CADA NOCHE VIA ORAL	90	(NOVENTA)
ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	500mg	TABLETA	2 TAB CADA 12 HORAS VIA ORAL	60	(SESENTA)
CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL TUBO X 40G	1%	CREMA VAGINAL	APLICAR 2 VECES AL DIA POR 10 DIAS VIA VAGINAL	1	(UN)

Orden de laboratorio

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - CONTROL EN 3 MESES, REALIZAR EXAMENES ULTIMA SEMANA DE NOVIEMBRE 2024 ANTE
HEPATITIS C ANTICUERPOS MANUAL -
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU
TRIGLICERIDOS + -
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS -
COLESTEROL TOTAL -
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA -
MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL -
POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS -
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE -
UROANALISIS -
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS -
TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO -
HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] -

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	34.041.536	H.C.	34041536
Fecha nacimiento:	Oct,20/1953	Edad:	70 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	Télefono:	0000000	Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			Etnia:	Otros
Atención:	66	Fecha:	Sep,02/2024	Hora:	08:22
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO -

INDICACIONES:

Es importante tener buenos habitos de vida: ejercicio frecuente, dieta baja en grasas, azucar y sal, dieta rica en frutas y verduras, no fumar, no tomar licor
Procure combatir el estrés realizando actividades recreativas, ejercicios de respiración.
Recuerde presentar siempre la última fórmula de medicamentos.
Consulte inmediatamente si presenta: dolor de cabeza intenso que no cede al consumo de analgésico, visión borrosa, visión doble o ceguera transitoria, sangrado por la nariz, piernas o cara hinchada, mareo constante que le impide realizar las actividades de su vida diaria, dolor fuerte en el pecho, opresivo o con dificultad para respirar.
No falte a sus citas de control, asista a los especialistas a donde sea remitido y realice los exámenes que el médico le solicite.
Si usted presenta obesidad o sobrepeso se recomienda bajar de peso.
Se recomienda automonitoreo de la presión arterial en casa.
Evitar el consumo de grasa: chicharrón, chorizo, morcilla, vísceras, carnes gordas, carnes frías y fritos.
Evitar el consumo de pasta hojaldrada, gratinados, manteca, leche entera, crema de leche, queso crema.
Evitar consumo de mantequilla, quesito o queso.
Procure cocinar con aceite canola, girasol, oliva.
Procure consumir leche descremada, cuajada.
Realice ejercicio al menos 30 minutos todos los días.
No se auto medique, lome el medicamento como se le ordeno, no suspenda, disminuya o aumente el medicamento sin orden médica.
Cumpla las instrucciones dadas por el médico en la consulta.
Evitar el consumo de harinas y dulces
Procure consumir alimentos cocidos o asados.
USTED TIENE DERECHO A LA REALIZACIÓN DE UN TAMIZAJE VISUAL EN LAS SIGUIENTES EDADES CUMPLIDAS: 4 AÑOS, 11 AÑOS, 16 AÑOS, 40 AÑOS Y, A PARTIR DE ESA EDAD CADA 5 AÑOS
LA DISTANCIA ADECUADA PARA VER TELEVISIÓN ES DE 1.5 A 2 METROS. LA PANTALLA DEBE ESTAR POSICIONADA A LA MISMA ALTURA DE QUIEN LA VISUALIZA.
SI FRECUENTEMENTE PRESENTA RASQUIÑA O ARDOR EN SUS OJOS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.
SI PRESENTA SALIDA DE PUS, LAGRIMEO CONSTANTE O SOBRE PRODUCCIÓN DE LAGAÑAS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.
SI UTILIZA MUCHO EL COMPUTADOR, REALICE PAUSAS ACTIVAS DE 10 A 15 MINUTOS CADA DOS HORAS Y CONTINUE DESPUÉS.
USTED DEBE VER IGUAL POR AMBOS OJOS, EVALÚELOS POR SEPARADO, SI ENCUENTRA QUE VE DIFERENTE POR ALGUNO DE LOS DOS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.
NO SE APLIQUE GOTAS EN SUS OJOS QUE NO HAYAN SIDO ORDENADAS POR SU MÉDICO O ESPECIALISTA.

Melissa González M.

MELISSA GONZALEZ MONTOYA
CC 1.088.348.024 Registro: 1088348024

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	34.041.536	H.C.	34041536
Fecha nacimiento:	Oct,20/1953	Edad:	70 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	Télefono:	0000000	Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			Etnia:	Otros
Atención:	66	Fecha:	Sep,02/2024	Hora:	08:22
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

MEDICINA GENERAL

Registro:

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.041.536	**H.C.**	34041536
Fecha nacimiento:	Oct.20/1953	**Edad:**	70 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	**Télefono:**	0000000	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			**Etnia:**	Otros
Atención:	66	**Fecha:**	Sep.02/2024	**Hora:**	08:22
Causa externa:	Otra		**Finalidad:** No Aplica		

Motivo consulta: CONTROL PROGRAMA CRÓNICOS

OCUPACIÓN: AMA DE CASA
DIRECCIÓN: CARRERA 6TA BIS 7-58 BARRIO SANTANDER
TEL: 311 517 0633

Enfermedad actual: PACIENTE DE 70 AÑOS, CON AP DE HTA CRONICA HACE 3 AÑOS Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLÓGICO CON LOSARTAN TAB 50 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO TAB 5 MG CADA DIA (TOMA IRREGULAR), HIDROCLOROTIAZIDA TAB 25 MG CADA MAÑANA, ATORVASTATINA TAB 40 MG CADA NOCHE, ACETAMINOFEN TAB 500 MG SI DOLOR, EN ADHERENCIA Y TOLERANCIA A MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO, CON BUENA ADHERENCIA A CONTROLES PROGRAMADOS ASISTE SOLA A CITA DE CONTROL. REFIERE SE HA SENTIDO BIEN, TOLERA LA VÍA ORAL. TIENE ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, NIEGA EFECTOS ADVERSOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA PRECORDIALGIA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS.

Revisión por sistemas:

Sistema respiratorio	No manifiesta
Sistema cardiovascular	No manifiesta
Sistema Vascular periferico	No manifiesta
Sistema digestivo	No manifiesta
Sistema genitourinario	No manifiesta
Sistema locomotor	No manifiesta
Sistema neurologico	No manifiesta
Sistema mental y/o comportamiento	No manifiesta

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

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

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.041.536	**H.C.**	34041536
Fecha nacimiento:	Oct.20/1953	**Edad:**	70 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	**Télefono:**	0000000	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			**Etnia:**	Otros
Atención:	66	**Fecha:**	Sep.02/2024	**Hora:**	08:22
Causa externa:	Otra		**Finalidad:** No Aplica		

CLASIFICACION DEL RIESGO METABOLICO

Clasificacion del riesgo metabolico	Alto

EXAMEN FÍSICO ENF. CRON.

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad)	Normal	
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices)	Normal	
FONDO DE OJO (cataraza que impida ver, cruces arteriovena, exudado, papiledema, hemorragias)	Normal	
ORGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, pterigion, hipoacusia)	Normal	
CUELLO (ingurgitacion yugular, soplo carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Normal	
CORAZÓN (arritmia cardiaca, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punto maximo impulso cardiaco)	Normal	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, COINCIDE CON PULSOS PERIFÉRICOS, SIN SOPLOS.
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares)	Normal	MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Normal	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN PRESENCIA DE MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal	
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Normal	
PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Normal	
OSTEOMUSCULAR	Normal	
MENTAL	Normal	
OTROS	Normal	

TIPO DE POBLACIÓN

Paciente LGBTI	No

Medicamentos que Consume

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.041.536	**H.C.**	34041536
Fecha nacimiento:	Oct.20/1953	**Edad:**	70 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	**Télefono:**	0000000	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			**Etnia:**	Otros
Atención:	66	**Fecha:**	Sep.02/2024	**Hora:**	08:22
Causa externa:	Otra		**Finalidad:** No Aplica		

ALERTAS - ANTECEDENTES

Otros	ARTROSIS 09-10-2023 08:26 artrosis, gastritis, osteomielitis en la infancia 14-10-2021 15:41 ARTROSIS, OSTEOMILITIS EN LA INFANCIA 26-01-2021 16:35
Medicamentos	ALERGICA A LA DIPIRONA 20-05-2024 13:03 ALERGIA A LA DIPIRONA 09-10-2023 08:27 ALERGIA A DIPIRONA, Niega alergias o reacciones adversas a cualquier otro medicamento recibido hasta ahora 14-10-2021 15:28 DIPIRONA 26-01-2021 16:36
Tabaco (inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	ANTECEDENTES 09-10-2023 08:27 FUMADORA HASTA HACE 9 AÑOS , UN PAQUETE DIA , DESDE LOS 7 AÑOS ,? 17-08-2021 12:19
Hipertensión arterial	SI 20-05-2024 13:03 EN TRATAMIENTO 09-10-2023 08:26 SI 14-10-2021 15:28

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.041.536	**H.C.**	34041536
Fecha nacimiento:	Oct.29/1953	**Edad:**	70 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	**Télefono:**	0000000	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			**Etnia:**	Otros
Atención:	66	**Fecha:**	Sep.02/2024	**Hora:**	08:22
Causa externa:	Otra		**Finalidad:** No Aplica		

Antecedentes Enfermedades Crónicas

Accidente Isquémico Transitorio:	No		
Evento Cerebrovascular Isquémico:	No		
Evento Cerebrovascular Hemorrágico:	No		
Infarto Agudo de Miocardio(ST/No ST):	No		
Angina de pecho:	No	Revascularización:	No
Falla cardiaca:	No	Enfermedad art periférica documentada:	No
Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 0-30):	No		
Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 30-60):	No		
Hipertrofia ventricular Izquierda:	No		
Retinopatia con Hemorragias/Exudados:	No	Popliodemia:	No
Historia familiar de enfermedad cardiaca prematura (Primer Grado) : Mujeres < 65 Años Hombres < 55 Años	No	Tabaquismo:	No
		Alcohol:	No
			No
Fecha Diagnóstico Hipertensión:		Fecha Diagnóstico Diabetes:	

Observaciones:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	En Tratamiento 09-10-2023 08:26 SI 14-10-2021 15:28 SI 20-05-202 SI 20-05-2024 13:03
Otros	Artrosis 09-10-2023 08:26 Artrosis, Osteomilitis En La Infancia 26-01-2 Artrosis, Osteomilitis En La Infancia 26-01-2021 16:35 Artrosis, Gastri Artrosis, Gastritis, Osteomielitis En La Infancia 14-10-2021 15:41

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	Cateteres, Cesareo 13-06-2023 07:11 Tunel Carpo Mano Derche, 25 Cx De Femur Y Cade re 25-01-2021 16:35 Tunel Del Carpo Mano Izquierda 19-04-2021 06: Tunel Del Carpo Mano Izquierda 19-04-2021 06:55 Cx Por Tunel Carpi ano Bilateral, Protesis De Cadera Derecha 14-10-2021 15:28

Antecedentes Traumáticos

Otros	Niega 26-01-2021 16:35

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.041.536	**H.C.**	34041536
Fecha nacimiento:	Oct.20/1953	**Edad**	70 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	**Télefono:**	0000000	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			**Etnia:**	Otros
Atención:	66	**Fecha:**	Sep.02/2024	**Hora:**	08:22
Causa externa:	Otra		**Finalidad:** No Aplica		

Antecedentes Alérgicos

Medicamentos	Alergia A Dipirona, Niega Alergias O Reacciones Adversas A Cualquier O tro Medicamento Recibido Hasta Ahora 14-10-2021 15:28 Alergia A La Alergia A La Dipirona 09-10-2023 08:27 Alergica A La Dipirona 20-05- Alergica A La Dipirona 20-05-2024 13:03 Dipirona 26-01-2021 16:36

Antecedentes familiares

Diabetes mellitus	Madre Fallecio 20-05-2024 13:03 Madre Ye Fallecida 09-10-2023 08:2 Madre Ya Fallecida 09-10-2023 08:26 Madre, Nieta 26-01-2021 16:36 Madre, Nieta 26-01-2021 16:36
Otros	Niega Otros 26-01-2021 16:36

Examen Estomatológico

Encias	Inflamacion 20-05-0024 00:00 Inflamades 09-10-0023 00:00 Inflamad Inflamades 10-11-0023 00:00

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive	1 Persona 20-05-2024 13:03 Vive Con El Hijo 09-10-2023 08:27
Tabaco (inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	Antecedentes 09-10-2023 08:27 Fumadora Hasta Hace 9 Años , Un Pa quete Dia , Desde Los 7 Años ,? 17-08-2021 12:19

Tratamiento en el cuello

Otros	Niega 20-04-0021 00:00

Sintomas Actuales

Prurito	Refiere Picazon De Vos En Cuando, 26-05-2019 12:00 Refiere Picazon Refiere Picazon De Vos En Cuando, 20-04-2021 10:43
Otros	Refiere Nacidos Alrededor De Los Labios De La Vagina 26-09-2019 12 :00

Aspecto del cuello

Sano	Flujo Vaginal Blanco Grumoso Sin Mal Olor Moderado 20-04-0021 00:0 0

TABAQUISMO

Fuma	Niega 20-04-2021 10:44

Otros antecedes

Ha utilizado DIU alguna vez	Niega 20-04-2021 10:45
Existe en su familia antecedente de cancer ginecológico	Abuls Por Parte De Mama: Murio Por Cancer De Utero 26-09-2019 11:5 6 Niega 20-04-2021 10:45

ATENCION DEL ADULTO

Se realiza atención integral al adulto?	SI 20-01-0022 00:00 SI 09-05-2022 11:20
Se hace valoración de agudeza visual?	SI 20-01-0022 00:00
Se identifica disminución de la agudeza auditiva?	No 20-01-0022 00:00

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: LUZ MARIA CORTES RAMIREZ

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	34.041.536	**H.C.**	34041536
Fecha nacimiento:	Oct.20/1953	**Edad:**	70 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CR 6 BIS N 7- 58	**Télefono:**	0000000	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	EPS SURA			**Etnia:**	Otros
Atención:	66	**Fecha:**	Sep.02/2024	**Hora:**	08:22
Causa externa:	Otra		**Finalidad:** No Aplica		

Se solicitan paraclinicos del adulto?	No 20-01-0022 00:00
Uso de cigarrillo (inicio, tiempo y cantidad, hace cuanto lo dejo)	No 20-01-0022 00:00
Consumo de sustancias psicoactivas o alcohol?	No 20-01-0022 00:00
Tiene buenos hábitos en la alimentación? (consumo habitual de frutas, verd	SI 20-01-0022 00:00
¿Realiza actividades físicas, deportivas, culturales o grupales?	No 20-01-0022 00:00
Presenta síntomas de ansiedad o depresión? (llanto frecuente, insomnio, as	No 20-01-0022 00:00
Se instruye en autoexamen de mama?	SI 20-01-0022 00:00
Se solicita mamografía?	No 20-01-0022 00:00
Se realiza citología en el último año?	No 20-01-0022 00:00
Se instruye en autoexamen de testículo?	No 20-01-0022 00:00
Se solicita examen de próstata? ¿Cual?	No 20-01-0022 00:00
Asistió a salud oral en el último año?	No 20-01-0022 00:00
Se brinda el adulto educación en: estilos de vida saludable, buenos hábitos	SI 20-01-0022 00:00

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:

Ginecológicos

Antecedentes Ginecológicos:

Obstétricos

Antecedentes Obstétricos

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

Hospital de Kennedy

ORDEN DE LABORATORIO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Identificación:	CC 34.041.536	**No. Historia Clínica:**	34041536	**Admisión:**		**Atención:** 66	**Fecha:** Sep.02/2024
Apellidos y Nombres:	CORTES RAMIREZ LUZ MARIA						**N° de Orden:** OM26 290103
Sexo:	FEMENINO	**Edad:**	70 AÑOS	**Dirección:**	CR 6 BIS N 7- 58		
Entidad:	EPS SURA						**Teléfono:** 0000000
Nivel:	NIVEL 1			**Tipo afiliación:**	REGIMEN SUBSIDIADO	**Tipo usuario:**	BENEFICIARIO
Diagnóstico:	I10X			**Centro Costos:**	Consulta externa - Medicina General	**Cama:**	

		Servicio	Observaciones
903815	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	CONTROL EN 3 MESES. REALIZAR EXAMENES ULTIMA SEMANA DE NOVIEMBRE 2024 ANTES DEL CONTROL.
903816	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	
902210	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	
903868	903868	TRIGLICERIDOS +	
903895	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
903818	903818	COLESTEROL TOTAL	
903841	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	
903026	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	
903859	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
904904	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	
907106	907106	UROANALISIS	
906249	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	
906040	906040	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
906317	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	
906263	906263	HEPATITIS C ANTICUERPOS MANUAL	

MELISSA GONZALEZ M.

MELISSA GONZALEZ MONTOYA

MEDICINA GENERAL

Firma Usuario

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
INGRID JOHANA TABORDA ZAPATA	Psicología	CC-1088249655 INGRID TABORDA
ISABELLA SANTANA GALLEGO	Medicina	CC-1088331563
MARIA MARGARITA BARONA MENDEZ	Fisioterapia	CC-52886389

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *LUZ MARIA CORTES RAMIREZ* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Luz maría Cortes R — 34041536

Nombre y Firma — Documento: CC-34041536

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUZ	MARIA	CORTES	RAMIREZ

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo		Registro civil		Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad:	34041536

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
INSTITUTO DE AUDIOLOGIA INTEGRAL	2022	11	26

2.3 Departamento	2.4 Municipio
RISARALDA	PEREIRA

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	8.33
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	37.50
Participación	53.13
GLOBAL	33.16

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b7101.3 b770.3 b789.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s740.273 s7500.273 s7501.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.3 d640.2 d879.3

REPORTE NUEVA SOLICITUD EN TRAMITE

Sisbén — Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha Creación 20/02/2023 02:37:41 p. m. Creado Por ALBA MILENA PARRA

RISARALDA PEREIRA	66 66001	No. solicitud 6600116913865000203 67

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Sexo
LUZ	MARIA	CORTES	RAMIREZ	FEMENINO
Extranjero	**Tipo de documento**	**Documento**	**Fecha de nacimiento**	**Fecha de expedición doc.**
NO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	34041536	20/10/1953	17/01/1976
País	**Departamento**	**Municipio**	**Correo electrónico**	
COLOMBIA	RISARALDA	PEREIRA	WILLYCORTES74@HOTMAIL.COM	

Dirección
CR 6 BIS # 7-58 B.SANTANDER (ORIENTE)

Teléfono
3115170633

DETALLE DE LA SOLICITUD

¿El solicitante puede aportar información para la solicitud? **SI**

¿El sistema genera alerta de actualización por cambio de edad? **NO**

¿Qué información de la encuesta desea modificar?

Identificación ☑ Datos de lvivienda ☑ Datos de hogar ☑ Datos de personas ☑

PERSONAS DEL HOGAR SOLICITANTE

Primer nombre

Orden	1° Nombre	2° Nombre	1° Apellido	2° Apellido	Documento	Retiro	Inclusión	Mod.
1	LUZ	MARIA	CORTES	RAMIREZ	C.C. 34041536	☐	☑	☐

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

El DNP actuará como responsable del tratamiento de datos personales, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la entidad. La información registrada en el Sisbén y los datos personales serán utilizados para orientar las políticas sociales del Gobierno.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verdadera y se brinda de forma voluntaria, y autorizo a que sea verificada con otras fuentes de informacion, y que se actualice de forma automatica a traves del cruce con registros administrativos u otras fuentes que el DNP defina. Cualquier presunta falsedad indentificada a traves de cruces con bases de datos generará la exclusion del Sisbén, independientemente de las accion legales a que haya lugar.

Autorizo que el resultado de la presente solicitud o en su defecto las observaciones que se formulen sean notificadas a la direccion de correo electronico señaladas en la seccion "Informante calificado del hogar".

¿ESTÁ DE ACUERDO? **Sí** ☐ **No** ☐

Firma del Solicitante

Huella índice derecho

Observaciones

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Cortes Nombre: Luz maria

Sexo: F Edad: 71 Peso, kg: 53 Altura, cm: 155 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 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 — 0

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. — 2

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) — 10

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación (máx. 16 puntos) — 14

Cribaje — 10

Evaluación global (máx. 30 puntos) — 24

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 Luz maria Cortes. FECHA 8/11/24

PESO 53 TALLA: 155 IMC: 22.1

Peso Adecuado: Dx: HTA;
TMNA: Estado Nutricional Adecuado.

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

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

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

NOMBRE COMPLETO: Luz Marina Cortes	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34041536
GRUPO: Amarillo	EVALUADO POR:

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 8 / MES: 11 / AÑO: 2024

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año ✓ 5
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación ✓ 5

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

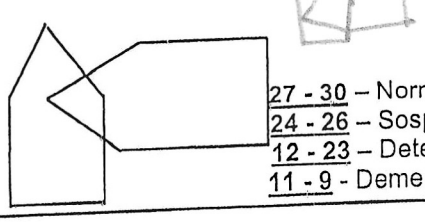
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? ✓ 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? ✓ 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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



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

Normal

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: 8 / MES: 11 / AÑO: 2024

NOMBRE COMPLETO: Luz Maria Cortes.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34041536.
GRUPO: Centro Vida Oriente
ENTREVISTADO POR: Yomara 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**.	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: Yomara 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: 17 / MES: Octubre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mana Cortes / C.C: 34041536

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 8ho Señala una disfunción familiar Severa, en donde Se perciben limitaciones en el apoyo que recibe de su red de apoyo (hijos), afectando áreas de su vida como: Adaptación, Toma de decisiones y participación, afecto, crecimiento y resolución de conflictos. Se hace énfasis en la importancia de fortalecer los lazos, y la comunicación para una Sana convivencia, por lo que se brindaron pautas de comunicación asertiva y resolución de conflictos.

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, Luz maría Cortés R, con cedula N° 34041536, 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 27 del mes de Septiembre del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: Luz maría Cortés R.



Firma – cedula - huella del acudiente: _____

Firma - cedula del orientador: Luz Neira 35545888

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: 02 / MES: octubre / AÑO: 2024 /

NOMBRES – APELLIDOS: Luz Maria Cortes /

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?