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 14 / MES mayo / AÑO 2025 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____ PARENTESCO _____ /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Luz Maryory Sanchez C.C 51759092 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D01 / M NOV A1964 Obando / EDAD 60 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz 2 casa 32 / BARRIO Los brisas /

EPS Sanitas / PUNTAJE SISBEN C11 / TIPO SANGRE B+ /

ETNIA: MESTIZO: X / AFROCOLOMBIANO: __ / INDIGENA: __ / RAIZAL: __ / ROM: __ / OTRO: ____ /

ESTADO CIVIL CASAD@ ____ / UNION LIBRE ___ / SEPARAD@ ___ / VIUD@ ____ / SOLTER@ ✓ /

COMUNA _____ / TELEFONO FIJO _____ / CELULAR 3104131578 /

OCUPACION: ACTUAL Ama de casa / ANTERIOR Profesora jardin

NIVEL ACADEMICO: PRIMARIA: ____ / SECUNDARIA: X / UNIVERSITARIA: ___ / OTRO: ___ /

CUÁL: _____ / NINGUNO: ___ /

PERSONA DE CONTACTO Mario Etelvina Sanchez /

DIRECCION Mz 2 casa 32 Los brisas TELÉFONO 3217265487 PERENTESCO Hermano

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

FISICA: HTA X / DIABETES __ / OSTEOPOROSIS __ / ARTICULARES ___ / EPOC __ /

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL ___ / OTRAS CUALES: _____ /

DISCAPACIDAD SENSORIAL: VISUALES X / AUDITIVAS ___ / DEL HABLA ___ / EPILEPSIA ___ /

AFECTACION MENTAL: ESTRÉS___ / ANSIEDAD___ / DEPRESION ___ / DEMENCIA___ /
OTRAS ___ / CUALES: _____ /

AUTOPERCEPCION DE LA SALUD: MUY BUENA X / BUENA__ / REGULAR__ / MALA__ / MUY MALA__ /

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICION FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1	Mario Etelvino Sanchez	63	Hermano	oficios varios
2				

3				
4				
5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES				
PARIENTES				
VECINOS				
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 X / CULTURA ____/ ARTES ____/ MANUALIDADDES ____/

OTRAS: __/ CUÁLES: _____/

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Actividad fisica x piscina /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONOMICA:

PENSIONADO ___/ RENTAS PROPIAS X / 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..... X
- 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 X/ NO __/

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

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 ___/ VENTANAS ___/ BAÑO INCOMPLETO___/ DIVISIONES ___/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES ___/ DORMITORIO COMPARTIDO___/

DORMITORIO AISLADO __/ HUMEDADES___/ ILUMINACION-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: Dayana Lerma H. /

PROFESION: Trabajo Social / **Nº REGISTRO PROFESIONAL:** 1088251695

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 Maryory	Apellidos Sanchez
Documento de identidad 51759092	Expedida Obando

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:	A	B	C ✓	Sustancias psicoactivas		Soledad	
Edad superior o igual a 55 años			✓	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 22 Mes 04 Año 2025

Firma

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Nombre Gerontólogo(a)

Nombre Psicólogo(a)

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: Maryory

PRIMER APELLIDO: Sanchez

SEGUNDO APELLIDO: Londoño

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

1 [✓] 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: 01 Noviembre del 1964

No. Documento 51759092

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 60

SEXO:

1 [ ] HOMBRE
2 [✓] MUJER
3 [ ] LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta: 1 [ ] SI 2 [ ] NO

PUNTAJE:

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [✓] SI 2 [ ] NO

1 [✓] CONTRIBUTIVA 2 [ ] SUBSIDIADA

CUAL: Sanitas

¿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 [ ] 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 [✓] 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 [✓] 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: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

1 ___ RURAL: VEREDA: 2 ___ URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Mz 2 casa 32

NOMBRE DE LA FINCA: BARRIO: Los Pinos

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: 3144131578 EMAIL:

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Maria Etelvina Sanchez PARENTESCO: Hermana

TELÉFONO DE CONTACTO: 3217265487

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

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

Poder distraerme y usar mi tiempo libre, poder compartir con otros personas

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Dayana Lerma H.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
14	05	2025

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 Marjory Sor

APELLIDOS: Sanchez Londoño

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 01 / MES: Noviembre / AÑO: 1964

EDAD: 69 SEXO: F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 51759092 / TIPO SANGRE: B+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Mz 2 casa 32 / BARRIO: Los brisas

COMUNA: Villa santana / VEREDA: _____

TELEFONO FIJO: _____ / CELULAR: 3144131578 / PLAN FUNERARIO: inversion y planes de la paz

S.G.S.S.S: C: ✓ / S: __ / V: __ / O: __ / E.P.S: Sanitas / PUNTAJE SISBEN C11

ENFERMEDADES: H.T.A: __ / DIABETES: __ / OSTEOPOROSIS: __ / ARTRITIS: __ / EPOC: __ / OTRA: _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Enalapril, hidroclorotisida

ALERGIA A MEDICAMENTOS: _____

DISCAPACIDADES: FÍSICA: _____ / MENTAL: _____ / SENSORIAL: _____ / MULTIPLE: Cual _____

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

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

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

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

CONVIVENCIA: PAREJA: __ / FAMILIA: __ / SOLO: X / OTRO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Maria Etalvina Sanchez

PARENTESCO: Hermana / TEL FIJO: _____ / TEL CELULAR: 3217265487

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

DIRECCION: Cra 13 Nº 2E-04 / TELEFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRONICO: gloriac6120082@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: (✓) SISBEN: (✓) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: (✓) CONSENTIMIENTO INFORMADO: (✓) OTRO: CUAL Solo

C.T.A.MULTISER	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 Multiser 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 14 días del mes de 05 del año 2025.

Firma: Luz Maryory Sánchez L.

Nombre: Luz Maryory Sanchez

Identificación: 51759092



29

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

ACTA DE COMPORTAMIENTO

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

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

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

COMPROMISO

Yo Luz Maryory Sanchez Londoño, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía Nº 51759092 expedida en Bogotá y en mi calidad de beneficiario(a) del programa Centro Vida – O.P, del Adulto Mayor Doy fe, ante la Dirección Administrativa del programa, ante los demás beneficiarios de este, ante la administración municipal y ante las autoridades competentes. Que **CONOZCO y ACEPTO**, mis deberes y derechos contemplados en el presente **MANUAL DE CONVIVENCIA** y me **COMPROMETO** a cumplir a cabalidad. De no ser así **ACEPTARE** las disposiciones y sanciones acá establecidas.

Para constancia se firma en Pereira Risaralda a los catorce (14) del mes de mayo 2025

Dirección Ad/tiva – Centro Vida – Oriente

Luz Maryory Sánchez Londoño
Usuario(a) – Programa Centro Vida - Oriente

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
	FAMILY APGAR	

FECHA DE EVALUACION: DIA: 14 / MES: mayo / AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Maryory Sanchez / C.C: 51759092

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:

Se evidencia una red de apoyo solida demostrando capacidades sobresalientes en las dimensiones evaluadas, donde se logra mostrar adaptación a cambios y necesidades basicas.

Doyana Lerma H.

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N°1088251475

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **51.759.092**

SANCHEZ LONDOÑO

APELLIDOS

LUZ MARYORY

NOMBRES



Luz Maryory Sanchez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1964**

OBANDO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

29-JUL-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01145348-F-0051759092-20200708 0071174510A 2 9912297017

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

ENCUESTA DE SATISFACCION - CALIFICACION DE LOS SERVICIOS

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

Nombre del Usuario: Luz Maryory Sánchez Londoño.

N° Identificación: cc. 51759092.

Fecha	24-6-2025	HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	Tarde.

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	
Discapacitado		Campesino	
Desplazadc		Otro:	
Víctima del Conflicto		Cual:	

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

ASPECTOS A EVALUAR

1. SERVICIO

¿Cómo califica la calidad del servicio recibido en el centro vida?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

2. INSTALACIONES Y RECURSO

¿Cómo se siente con el uso de las instalaciones del Centro Vida Oriente?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

3. HORARIOS DE ATENCIÓN

¿Está satisfecho con el cumplimiento de los horarios establecidos?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

4. EXPECTATIVAS DEL SERVICIO

¿Está satisfecho con la variedad y calidad de las actividades ofrecidas?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

5. TALENTO HUMANO

En general, ¿cómo valora el trato recibido por parte del personal?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

OBSERVACIONES:

Que sigan como van.

Gracias por su colaboración

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

NOMBRE COMPLETO Luz Maryory Sanchez Londoño	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 51759092
GRUPO Azul - PM	EVALUADO POR Victor Marin
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 23 /	MES: Abril / AÑO: 2025 /

CÓDIGOS: I=INDEPENDIENTE (2 PUNTOS) A=REQUIERE ASISTENCIA (1 PUNTO) D= DEPENDIENTE (0 PUNTOS)

Información obtenida del:

USUARIO	ACOMPAÑANTE	ACTIVIDAD	GUIA PARA LA EVALUACION I=2 A=1 D=0
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números D= Totalmente dependiente para realizar una llamada por teléfono por sí mismo
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	I= Viaja con independencia en transportes públicos o condice su propio auto A= Solo viaja si lo acompaña alguien D= No puede viajar en absoluto
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	IR DE COMPRAS	I= Realiza todas las compras con independencia A= Necesita compañía para realizar cualquier compra D=Totalmente independiente para ir de compras
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	PREPARACION DE LA COMIDA	I= Organiza, prepara y sirve los alimentos adecuadamente y con independencia A=Calienta, sirve y prepara alimentos ligeros, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda D= Necesita que le preparen y sirvan los alimentos

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

I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS	I= Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta A=Toma de medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis D= Incapaz de administrarse su medicación
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS	I= Maneja los asuntos económicos con independencia A=Realiza gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta del banco y hacer grandes compras, etc D= Incapaz de manejar su dinero

TOTAL 12 TOTAL _____

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos

ANALISIS: Usuaria clasificada con independencia total, capaz de manejar actividades cotidianas con normalidad.

Victor Mari

NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Luz Dary Sánchez

FIRMA PERSONA EVALUADA

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

NOMBRE COMPLETO Luz Maryory Sanchez	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 51 759092
GRUPO: Azul - Rol	EVALUADO POR: Victor Mann
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 23 /	MES: Abril / AÑO: 2025 /

EVALUACION DEL EQUILIBRIO

(Coloque una **silla** dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al Adulto Mayor para las siguientes maniobras).

1. AL SENTARSE:

0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla **o** cae fuera del centro de la silla.
1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.
X = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. EQUILIBRIO MIENTRAS ESTÁ SENTADO:

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente **o** se inclina hacia el frente o hacia el lado).
1 = se inclina levemente **o** aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
X = firme, seguro, erguido.

3. AL LEVANTARSE:

0 = incapaz sin ayuda **o** pierde el balance **o** requiere más de 3 intentos.
1 = capaz, pero requiere 3 intentos.
X = capaz en 2 intentos o menos.

4. EQUILIBRIO INMEDIATO AL PONERSE DE PIÉ (PRIMEROS 5 SEG):

0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
1 = estable, pero usa andador o bastón, **o** se tambalea levemente, pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
X = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pié: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

5. EQUILIBRIO CON PIES LADO A LADO:

0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene ≤ 3 segundos.
1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.
X = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
Tiempo: 10, ___ segundos.

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

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

7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:

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

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

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

9. POSICIÓN DE SEMI-TÁNDEM:

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

10. POSICIÓN TÁNDEM:

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

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

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

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
X = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___3___, ___ segundos

13. SE PARA EN LOS TALONES:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
X = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___3___, ___ segundos



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

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

EVALUACION DE LA MARCHA

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

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

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

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

0 = marcada desviación.
1 = moderada **o** leve desviación **o** utiliza ayudas.
X = recto, sin utilizar ayudas.

3. PIERDE EL PASO (tropieza o pérdida del balance):

0 = sí, y hubiera caído **o** perdió el paso más de 2 veces.
1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
X = no.

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

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

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

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

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

INTERPRETACIÓN

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

a/9
25/26
34/35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuaria con bajo riesgo de caida, presenta excelente control postural, solo presenta una leve dificultad al realizar apoyo unipodal con la pierna izquierda. Marcha completamente funcional. Se recomienda ejercicios de mantenimiento de condiciones fisicas.

FIRMA – EVALUADOR

FIRMA PERSONA EVALUADA

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	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA: 04 / MES: Julio / AÑO: 2025 /

YO Luz Marlory Sanchez Londoño identificado(a) con cédula de ciudadanía número 51.769.092, expedida en Bogota D.C, residente en el municipio de Pereira Risaralda, con dirección: M2 CS32 Barrio las Brisas.: manifiesto que he sido informado(a) acerca de las diferentes actividades contempladas en la Canasta de Servicios (Ley 1276/2009 – Art 11 – Numeral 1 – 11), así: culturales, recreativas, deportivas, ocupacionales, trabajo asociativo, encuentros intergeneracionales, programadas por el CENTRO VIDA COMUNA ORIENTE; entiendo que estas actividades me proporcionan beneficios para la salud, bienestar y calidad de vida; al igual que la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas.

Por tal motivo me comprometo a cumplir con el Manual de Convivencia y Reglamento Interno socializado por el programa, el cual contempla mis derechos, así como mis deberes y entre ellos está el óptimo comportamiento y acatamiento de las instrucciones del equipo de trabajo que coordinan dichas actividades, lo anterior con la finalidad de eliminar y reducir todo riesgo al mínimo posible.

Doy mi consentimiento para mi participación en dichas actividades programadas y eximo al "PROGRAMA CENTRO VIDA – COMUNA ORIENTE PEREIRA R", de lo que pueda ir más allá de la atención prehospitalaria.

Nombres y Apellidos del Adulto Mayor: Luz Marlory Sanchez Londoño.

Teléfonos de contacto: 3144131578 Luz Marlory Sánchez

Nombre y Apellido (Familiar o Acudiente) Maria Elvira Sanchez.

Teléfonos de contacto: 3217266487 (Hermana)

Sandra Milena Ibarra B.

NOMBRES/APELLIDOS - TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL

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

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

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

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

Fecha de valoración: 04 Julio 2025

Nombre del paciente: Luz Marleny Sanchez Londoño.

Identificación del Paciente: 51.759.092 Ocupación: Ama de casa.

Fecha de Nacimiento: 01 Noviembre 1964 Edad: 60 años.

- Quienes forman su hogar Sola (1 persona)
- Antecedentes Patológicos
- Discapacidad Mental NO.
- Antecedentes Familiares Diabetes.
- Ultimo control médico cada 3 meses ultimo Junio 2025.
- Ayudas técnicas: audífono — lentes X Placa dentaria X Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis — Marcapasos — Otro: —
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol X tabaco — drogas — frecuencia: —
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Enalapril - hidroclorotiazida.
Dosis: Diaria
Frecuencia_
¿Desde cuándo? 2015
Nombre del medicamento Atorvastatina.
Dosis: _____
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____
Nombre del medicamento Acetaminofen con tramadol. Pregabalina.
Dosis: A necesidad.
Frecuencia_
¿Desde cuándo? _____

◦ SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD

¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala Mala Regural X Buena Muy Buena
¿Por qué suele acudir al médico?	Controles.
¿Confía en las opiniones médicas?	Casi no.

◦ ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

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

FAMILIARES	
¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Buena.
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Buena.
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Sí
¿Participa de reuniones familiares?	Si cuando las hay.
¿... siente incluido en la toma decisiones familiares?	

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

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

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

SOCIALES	
¿Tiene amigos?	Si
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	Frecuentemente.
¿Hace parte de algún grupo?	ejercicios Mano pasionistas. CVO

• SEXUALIDAD

MUJER	HOMBRE
¿tiene vida sexual activa? Si ___ No X	¿tiene vida sexual activa? Si ___ No ___
Última menstruación 46 años.	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si ___ No ___
Ultima citología toda para realizar.	¿Presenta secreciones inusuales? Sí ___ No ___
¿Se practica examen de seno? Si X No ___	¿Se ha realizado examen de próstata? Si ___ No ___
Por qué normal, por control.	Por qué

• ELIMINACIÓN

¿Presenta dificultad para orinar? Si ___ No X	¿Presenta dificultad al defecar? Si ___ No X
¿Con que frecuencia orina? Con frecuencia	¿Con que frecuencia realiza deposición? 2 veces al dia
¿Despierta en la noche para orinar? Si X No ___ A veces ___	¿Salida involuntaira? Si ___ No X A veces ___
¿Color inusual? Si X No ___ cual ___	¿ultiza ayudas para defecar? Si ___ No X A veces ___
¿Olor inusual? Si X No ___ cual ___	Cual
¿Presenta retención de la orina? Si ___ No X A veces ___	
¿Salida involuntaria de la orina? Si ___ No X A veces ___	
¿Presenta dolor al orinar? Si ___ No X A veces ___	

• SUEÑO

¿Cuántas horas duerme? 2 horas seguidas

¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO.

¿sufre de insomnio? Si

• ACTIVIDAD FISICA

¿Presenta fatiga? Si ___ No X ¿con que actividad?

¿Presenta dolor en el tórax? Si ___ No X ¿Cuándo?

¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si X No ___
¿Cuándo? camina demasiado.

• SIGNOS VITALES

Frecuencia cardiaca	71	Frecuencia respiratoria	16	Presión arterial	120/80

• NIVEL DE MOVILIDAD

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

• CAÍDAS

Teme usted caerse si ___ no X

Ha presentado caídas en el último año si 1 no ___ cuántas 1

Lugar de la caída: dentro de la casa X fuera de la casa ___

Causa de la caída: ¿se tropezó? ___ ¿se mareó? ___ ¿se deslizó? X

Tiempo en segundos de permanencia en el piso 10 minutos.

Necesitó ayuda para levantarse si X no ___

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si ___ no X lugar de la consulta ___

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

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

OBSERVACIONES: Usuaria tranquila, colaboradora, buen aspecto físico, buenas condiciones aparentes.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN: Dx hipertensión arterial, dislipidemia, desviación de columna, escoliosis, agiobamiento de columna. Con tratamiento farmacologico oral al dia, ~~control~~ al dia.
valoración con enfermeria mensual de signos vitales rutinario.

compromiso verbal para estar en equipo amarillo, por actividades de esfuerzo de tener mucha precaución por Problemas de columna.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Sandra Milena Ibarra B.

Cargo: Auxiliar Enfermeria.

Firma: Sandra M. Ibarra B.

Firma o huella paciente: x Diez Mayor Sánchez

Powered by CamScanner

Alcaldia 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: 04 / MES: Julio / AÑO: 2025 /

NOMBRES – APELLIDOS: Luz Marlory Sanchez Londoño /

Responder cada pregunta: marque una X en solo una de las opciones de: SI o NO

SI	NO	PREGUNTAS
	X	1. ¿Alguna vez el médico le ha dicho si usted tiene un problema en el corazón, y solo debería hacer actividad física recomendado por un médico?
	X	2. ¿Usted siente dolor en el pecho cuando hace actividad física?
	X	3. ¿Le ha dolido en el último mes, cuando no está haciendo ejercicio?
	X	4. Usted pierde el equilibrio debido a que se marea, y ¿alguna vez ha perdido el conocimiento?
X		5. ¿Tiene algún problema en las articulaciones (por ejemplo, espalda, rodillas o cadera) que pueda empeorar por las actividades físicas propuestas?
X		6. ¿El médico actualmente le ha indicado tomar medicinas para la presión arterial o el corazón?
X		7. ¿Sabe usted, de cualquier otra razón por la cual usted no debería hacer actividad física?
	X	8. ¿Tiene algún familiar muy cercano (padre-hermanos) que hayan tenido un ataque cardiaco a temprana edad, menos de 55 años?
	X	9. ¿Se considera usted una persona sedentaria, o sea, no realiza por lo menos 30 minutos de actividad física al menos tres veces a la semana?
	X	10. ¿Cree usted que tiene sobre peso?
	X	11. ¿En el último año ha sufrido algún trauma o accidente que lo haya limitado para realizar ejercicio?
		12. ¿Cuál es su EAPB? Sanitas Contributivo.

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

Powered by CamScanner

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

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuaria con 3 respuestas afirmativas, indica que puede tener una condición de salud que requiere evaluación médica previa antes de iniciar un programa de actividad física. Esto no significa que no pueda hacer ejercicio, si no que necesita mayor precaución y orientación profesional.

Sandra M. Ibarra B 42.159.996
FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Luz Harlory Sánchez
FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

Powered by CamScanner

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-37 Versión: 01 Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: Luz Marina Sanchez Londoño | EAPB: Sanitas.

N° identificación del adulto: 51.759.092 | Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: M22 CS 32 Los brisas. | Cel: 314 4131578.

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SAT02: Saturacion de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C°: Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
03-07-25	14:30	120/80	70	94	15.	38.9	Valoracion inicial	Sandra Yepes

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

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Luz Marlory Sanchez
CEDULA: 31.759.092 | EDAD: 60 años
DIRECCION RESIDENCIA: Mz2C532 Las Brisas. | TELEFONOS: 3144131578
EAPB: Sanitas contributivo. | GRUPO: Amarillo | JORNADA: Tarde.

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
04-07-2025 15:00 hrs	Usuaria femenino de 60 años de edad, Luz Marlory Sanchez Londoño quien se encuentra asistiendo al Centro vida orientada desde el mes de Abril del 2025, refiere Sentirse muy contenta, me a servido mucho estar aquí, usuaria colaboradora, tranquila, amable, Se observa Consiente, alerta, orientada, al examen físico normocefalica con cabello corto de buen aspecto, ojos simetricos con monturo de gafas permanentes, mucosa oral con prótesis, fosas nasales permeables, cuello Simetrico sin adenopatias palpables, torax normolineo expandible con buen patron respiratorio, miembros Superiores Completos con buena movilidad, abdomen blando depresible, miembros inferiores completos con buena movilidad ambulatoria, piel sana e hidratada, buenos hábitos de higiene, signos vitales valorados y registrados en formato, compromiso verbal para la actividad física de esfuerzo con area de deportes por problemas de Columna vertebral. // // //	Sandra M. Ibarra B. 42.159.996

Powered by CamScanner

	FORMATO	Versión: 1
El campo es de todos · Minagricultura	REGISTRO TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR	F03-GU-GTH-05
		FECHA EDICIÓN 18-06-2021

ENTIDAD(ES) QUE REALIZAN EL TAMIZAJE: centro vida oriente

NOMBRE (S) DE QUIENES REALIZAN EL TAMIZAJE: Sandra milena ibarra.

INFORMACION PERSONAL BASICA							TAMIZAJE									HABITOS PERSONALES						ANTECEDENTES PERSONALES								ANTECEDENTES FAMILIARES CARDIOVASCULAR			
FECHA	DOCUMENTO IDENTIDAD	NOMBRE	FUNCIONARIO	CONTRATISTA	EDAD	CARGO	PESO	ESTATURA	TENSION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	GLUCOMETRIA	PERIMETRO CINTURA	PERIMETRO CADERA	PERIMETRO CUELLO	PERIMETRO CARPO	FUVA SI / NO	FUMA No DIA	TOMA SI / NO	TOMA No VECES MES	HACE EJERCICIO SI / NO	SI HACE EJERCICIO No. VECES SEMANA	HTA	DIABETES	IAM	ICC	DISLIPIDEMIA	ALT. TIROIDES CON TRATAMIENTO PARA ALTERACION DE LA TIROIDES		Padre, Abuelo o hermano menores de 55 (Han presentado	Madre, abuela, o hermana menores de 65 (Han presentado	DIABETES	CLASIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR
04-04-1951	51.759.092	Luz Helena S.			60																											NO.

HTA: Hipertensión Arterial ICC: Insuficiencia Cardiaca Congestiva IAM: Infarto Agudo de Miocardo

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **51.759.092**

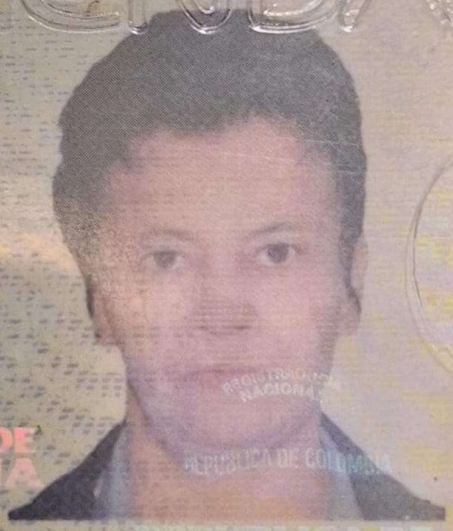
SANCHEZ LONDOÑO

APELLIDOS

LUZ MARYORY

NOMBRES

FIRMA



2 INDICE



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1964**

OBANDO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

29-JUL-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01145348-F-0051759092-20200708 **0071**74510A 2 9912297017

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-37 Versión: 01 Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: Luz Haryury Sanchez Londoño — EAPB: Sanitas.

N° identificación del adulto: 51.759.092 — Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz 2 cs 32 Los brisas. — Cel: 314 4131578.

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SAT02: Saturacion de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C°: Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
02-07-25	14:30	120/80	70	94	15.	33.9	Valoración inicial	Sandra Ibarra
21-08-25	16:05	139/90	88	97	16	36.0	Toma signos vital.	Diana Galeano Prehospitalaria UTP
19-09-25		127/84	80	88	18	36.0	Toma Signos Vitales	
25/09/2025	15:10	124/72	90	93	16	36	———	
28-10-25	14:38	121/96	92	91	16	35.8	———	

Powered by CamScanner

CONTROL DE SIGNOS VITALES

Código: MGO-02-37
Versión: 01
Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: Luz Maryori Sanchez Londoño
EAPB: Sanitas.
N° identificación del adulto: 51.759.092
Nivel de Riesgo:
Dirección domicilio: Mz 2 Cs 32 Los brisas.
Cel: 314 4131578.

T/A: tensión arterial (mm hg) **FC:** Frecuencia cardiaca x min SAT02 Saturacion de oxigeno **FR:** Frecuencia respiratoria x min **T°C°:** Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O_2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
02-07-25	14:30	120/80	70	94	15.	33.9	Valoración inicial	Sandra Yhavra
21-08-25	16:05	139/90	88	97	16	36.0	Toma Signos vital.	
14-09-25		127/84	80	88	18	36.0	Toma Signos Vitales	Digna Galan

Insuficiencia Respiratoria VIF

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

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

NOMBRE COMPLETO Ivt Maryori Sanchez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1296274 15 H59092

GRUPO Amarillo PM

EVALUADO POR: Mary Ivt Brigada

FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 30 / **MES:** 04 / **AÑO:** 2025

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

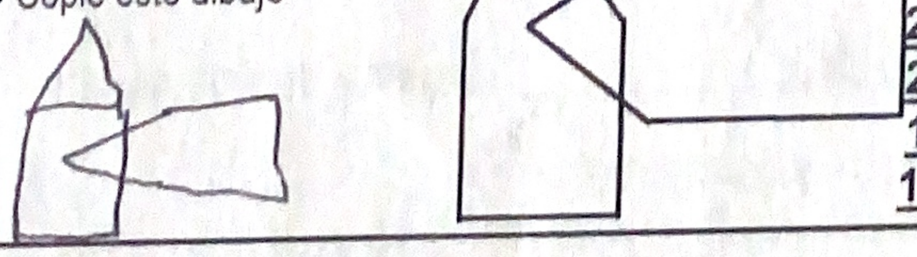
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 2/3

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 – Dios está a Para mí. — 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.

34

SIN DETE. COGNITIVO

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

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

FECHA DE APLICACION:	**DIA:** 30	**MES:** 04	**AÑO:** 2025
NOMBRE COMPLETO Lit Nartny Sanchez		**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 51759092	
GRUPO Amarillo Pm		**ENTREVISTADO POR** Mary Lit Arboleda	

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**.	2
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: _____

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 POLÍTICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
BITÁCORA - REGISTRO DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 05-2025**

DATOS PERSONALES DEL USUARIO				
NOMBRES - APELLIDOS	LUZ MARYORY SANCHEZ			**EDAD:** 60
CEDULA USUARIO(A)	51759092	**FECHA SEGUIMIENTO: D:** 06 **M:** 06 **AÑO:** 2025		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	MZ 2 CS 32 TOKIO		**TELÉFONO:** 3144131578	
JORNADA	**AM:** **PM: X**	**GRUPO:**	**AMARILLO: __X__ AZUL: _____ ROJO: ___**	

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA:

Reducir el dolor y la inflamación asociada a los segmentos discales comprometidos, mejorar la movilidad y estabilidad de la columna vertebral y fortalecer musculatura profunda del tronco.

En la Fisioterapia para la población Adulta Mayor, el Educar, Mantener y Mejorar las funciones básicas de: Equilibrio. Movilidad y Fuerza Muscular, son aspectos importantes para la ejecución efectiva de las AVD – AIVD – AAVD, estas evaluadas en términos de FUNCIONALIDAD, es decir, con "AUTONOMIA e INDEPENDENCIA". El seguimiento en Fisioterapia es determinante para monitorear la evolución de los procesos del usuario del programa, ajustar la atención brindada según sea necesario y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos; finalmente ayuda a identificar posibles problemas, optimizar la recuperación y mejorar la calidad de vida del usuario.

26/08/25 30/07/2025 Se realizan ejercicios para mejorar la movilidad articular, ejercicios de estabilidad lumbar y fortalecimiento de los músculos paravertebrales, usuario manifiesta dolor intenso en zona cervical y hombros, se realiza terapia sedativa para manejo del dolor con tens.

COMPROMISOS Y TAREAS PARA SEGUIR. SEGÚN RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

1. Realizar movilización articular suave y estiramientos.
2. Enseñar higiene postural para sentarse, dormir y cargar objetos
3. Realizar pausas activas si está mucho tiempo de pie o sentado.

Mariana Vargas

_____ _1004519883_____

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE **N° TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL**

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLÍTICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
BITÁCORA - REGISTRO DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 05-2025**

DATOS PERSONALES DEL USUARIO				
NOMBRES - APELLIDOS	LUZ MARYORY SANCHEZ			**EDAD:** 60
CEDULA USUARIO(A)	51759092	**FECHA SEGUIMIENTO: D:** 06 **M:** 06 **AÑO:** 2025		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	MZ 2 CS 32 TOKIO		**TELÉFONO:** 3144131578	
JORNADA	**AM:** **PM: X**	**GRUPO:**	**AMARILLO: ___X___ AZUL: _____ ROJO: ___**	

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA:

Reducir el dolor y la inflamación asociada a los segmentos discales comprometidos, mejorar la movilidad y estabilidad de la columna vertebral y fortalecer musculatura profunda del tronco.

En la Fisioterapia para la población Adulta Mayor, el Educar, Mantener y Mejorar las funciones básicas de: Equilibrio. Movilidad y Fuerza Muscular, son aspectos importantes para la ejecución efectiva de las AVD – AIVD – AAVD, estas evaluadas en términos de FUNCIONALIDAD, es decir, con "AUTONOMIA e INDEPENDENCIA". El seguimiento en Fisioterapia es determinante para monitorear la evolución de los procesos del usuario del programa, ajustar la atención brindada según sea necesario y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos; finalmente ayuda a identificar posibles problemas, optimizar la recuperación y mejorar la calidad de vida del usuario.

30/07/2025 Se realizan ejercicios para mejorar la movilidad articular, ejercicios de estabilidad lumbar y fortalecimiento de los músculos paravertebrales, usuario manifiesta dolor intenso en zona cervical y hombros, se realiza terapia sedativa para manejo del dolor con tens. **31/07/2025** Se hace entrega de material de plan casero para realizar en casa, con enfoque de estiramientos lumbares y estiramientos de miembros inferiores.

COMPROMISOS Y TAREAS PARA SEGUIR. SEGÚN RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

1. Realizar movilización articular suave y estiramientos.
2. Enseñar higiene postural para sentarse, dormir y cargar objetos
3. Realizar pausas activas si está mucho tiempo de pie o sentado.

Mariana Vargas

_____ 1004519883

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE **N° TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL**

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLÍTICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
BITÁCORA - REGISTRO DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 05-2025**

DATOS PERSONALES DEL USUARIO				
NOMBRES - APELLIDOS	LUZ MARYORY SANCHEZ			**EDAD:** 60
CEDULA USUARIO(A)	51759092	**FECHA SEGUIMIENTO: D:** 03 **M:** 11 **AÑO:** 2025		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	MZ 2 CS 32 TOKIO		**TELÉFONO:** 3144131578	
JORNADA	**AM:** **PM: X**	**GRUPO:**	**AMARILLO: __X__ AZUL: _____ ROJO: ___**	

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA:

Reducir el dolor y la inflamación asociada a los segmentos discales comprometidos, mejorar la movilidad y estabilidad de la columna vertebral y fortalecer musculatura profunda del tronco.

En la Fisioterapia para la población Adulta Mayor, el Educar, Mantener y Mejorar las funciones básicas de: Equilibrio. Movilidad y Fuerza Muscular, son aspectos importantes para la ejecución efectiva de las AVD – AIVD – AAVD, estas evaluadas en términos de FUNCIONALIDAD, es decir, con "AUTONOMIA e INDEPENDENCIA". El seguimiento en Fisioterapia es determinante para monitorear la evolución de los procesos del usuario del programa, ajustar la atención brindada según sea necesario y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos; finalmente ayuda a identificar posibles problemas, optimizar la recuperación y mejorar la calidad de vida del usuario.

Del 03 de noviembre al 30 de noviembre Se realizan ejercicios para mejorar la movilidad articular, ejercicios de estabilidad lumbar y fortalecimiento de los músculos paravertebrales, usuario manifiesta dolor intenso en zona cervical y hombros, se realiza terapia sedativa para manejo del dolor con tens.

COMPROMISOS Y TAREAS PARA SEGUIR. SEGÚN RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

1. Realizar movilización articular suave y estiramientos.
2. Enseñar higiene postural para sentarse, dormir y cargar objetos
3. Realizar pausas activas si está mucho tiempo de pie o sentado.

Mariana Vargas

_____ _1004519883_____

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE **N° TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL**

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLÍTICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
BITÁCORA - REGISTRO DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 05-2025**

DATOS PERSONALES DEL USUARIO				
NOMBRES - APELLIDOS	LUZ MARYORY SANCHEZ			**EDAD:** 60
CEDULA USUARIO(A)	51759092	**FECHA SEGUIMIENTO: D:** 06 **M:** 06 **AÑO:** 2025		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	MZ 2 CS 32 TOKIO		**TELÉFONO:** 3144131578	
JORNADA	**AM:** **PM: X**	**GRUPO:**	**AMARILLO: __X__ AZUL: _____ ROJO: ___**	

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA:

Reducir el dolor y la inflamación asociada a los segmentos discales comprometidos, mejorar la movilidad y estabilidad de la columna vertebral y fortalecer musculatura profunda del tronco.

En la Fisioterapia para la población Adulta Mayor, el Educar, Mantener y Mejorar las funciones básicas de: Equilibrio. Movilidad y Fuerza Muscular, son aspectos importantes para la ejecución efectiva de las AVD – AIVD – AAVD, estas evaluadas en términos de FUNCIONALIDAD, es decir, con "AUTONOMIA e INDEPENDENCIA". El seguimiento en Fisioterapia es determinante para monitorear la evolución de los procesos del usuario del programa, ajustar la atención brindada según sea necesario y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos; finalmente ayuda a identificar posibles problemas, optimizar la recuperación y mejorar la calidad de vida del usuario.

El 28 de octubre: Se realizo ejercicios para mejorar la movilidad articular, ejercicios de estabilidad lumbar y fortalecimiento de los músculos paravertebrales, usuario manifiesta dolor intenso en zona cervical y hombros, se realiza terapia sedativa para manejo del dolor con TENS.

COMPROMISOS Y TAREAS PARA SEGUIR. SEGÚN RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

1. Realizar movilización articular suave y estiramientos.
2. Enseñar higiene postural para sentarse, dormir y cargar objetos
3. Realizar pausas activas si está mucho tiempo de pie o sentado.

Mariana Vargas

_____ _1004519883_____

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE **N° TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL**

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLÍTICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
BITÁCORA - REGISTRO DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 05-2025**

DATOS PERSONALES DEL USUARIO				
NOMBRES - APELLIDOS	LUZ MARYORY SANCHEZ			**EDAD:** 60
CEDULA USUARIO(A)	51759092	**FECHA SEGUIMIENTO: D:** 28 **M:** 10 **AÑO:** 2025		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	MZ 2 CS 32 TOKIO		**TELÉFONO:** 3144131578	
JORNADA	**AM:** **PM: X**	**GRUPO:**	**AMARILLO: __X__ AZUL: _____ ROJO: ___**	

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA:

Reducir el dolor y la inflamación asociada a los segmentos discales comprometidos, mejorar la movilidad y estabilidad de la columna vertebral y fortalecer musculatura profunda del tronco.

En la Fisioterapia para la población Adulta Mayor, el Educar, Mantener y Mejorar las funciones básicas de: Equilibrio. Movilidad y Fuerza Muscular, son aspectos importantes para la ejecución efectiva de las AVD – AIVD – AAVD, estas evaluadas en términos de FUNCIONALIDAD, es decir, con "AUTONOMIA e INDEPENDENCIA". El seguimiento en Fisioterapia es determinante para monitorear la evolución de los procesos del usuario del programa, ajustar la atención brindada según sea necesario y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos; finalmente ayuda a identificar posibles problemas, optimizar la recuperación y mejorar la calidad de vida del usuario.

Del 03 de septiembre al 02 de octubre Se realizan ejercicios para mejorar la movilidad articular, ejercicios de estabilidad lumbar y fortalecimiento de los músculos paravertebrales, usuario manifiesta dolor intenso en zona cervical y hombros, se realiza terapia sedativa para manejo del dolor con tens.

COMPROMISOS Y TAREAS PARA SEGUIR. SEGÚN RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

1. Realizar movilización articular suave y estiramientos.
2. Enseñar higiene postural para sentarse, dormir y cargar objetos
3. Realizar pausas activas si está mucho tiempo de pie o sentado.

Mariana Vargas

_____ _1004519883_____

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE **N° TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL**

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLÍTICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
BITÁCORA - REGISTRO DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 05-2025**

DATOS PERSONALES DEL USUARIO				
NOMBRES - APELLIDOS	LUZ MARYORY SANCHEZ			**EDAD:** 60
CEDULA USUARIO(A)	51759092	**FECHA SEGUIMIENTO: D:** 06 **M:** 06 **AÑO:** 2025		
DIRECCIÓN RESIDENCIA	MZ 2 CS 32 TOKIO		**TELÉFONO:** 3144131578	
JORNADA	**AM:** **PM: X**	**GRUPO:**	**AMARILLO: __X__ AZUL: _____ ROJO: ___**	

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA:

Reducir el dolor y la inflamación asociada a los segmentos discales comprometidos, mejorar la movilidad y estabilidad de la columna vertebral y fortalecer musculatura profunda del tronco.

En la Fisioterapia para la población Adulta Mayor, el Educar, Mantener y Mejorar las funciones básicas de: Equilibrio. Movilidad y Fuerza Muscular, son aspectos importantes para la ejecución efectiva de las AVD – AIVD – AAVD, estas evaluadas en términos de FUNCIONALIDAD, es decir, con "AUTONOMIA e INDEPENDENCIA". El seguimiento en Fisioterapia es determinante para monitorear la evolución de los procesos del usuario del programa, ajustar la atención brindada según sea necesario y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos; finalmente ayuda a identificar posibles problemas, optimizar la recuperación y mejorar la calidad de vida del usuario.

El 16 y 18 de septiembre Se realizan ejercicios para mejorar la movilidad articular, ejercicios de estabilidad lumbar y fortalecimiento de los músculos paravertebrales, usuario manifiesta dolor intenso en zona cervical y hombros, se realiza terapia sedativa para manejo del dolor con tens.

COMPROMISOS Y TAREAS PARA SEGUIR. SEGÚN RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

1. Realizar movilización articular suave y estiramientos.
2. Enseñar higiene postural para sentarse, dormir y cargar objetos
3. Realizar pausas activas si está mucho tiempo de pie o sentado.

Mariana Vargas

_____ _1004519883_____

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE **N° TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL**

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Sanchez Londoño Nombre: Luz Mary

Sexo: F Edad: 60 Peso, kg: 61.0 Altura, cm: 153 Fecha: 13/5/25

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

Scanned with CamScanner

COOPERATIVA MULTISER

WHODAS 2.0
CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2.0

36
Entrevista

AÑOS ESTUDIO: 8 BASICA SECUNDARIA DX: HTA - ARTROSIS FECHA: 6-05-2025

NOMBRE: LUZ MARYORI SANCHEZ LONDOÑO EDAD: 60 SEXO: F

Independiente X Necesita Asistencia___ Hospitalizada___

		Score 1	Score 2
Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación			
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ?	0	
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	0	
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	0	
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo ?	0	
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	0	
D1.6	Comenzar y mantener una conversacion?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)			
D2.1	Estar de pie por largos periodos de tiempo como por ejemplo 30 minutos?	0	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	0	
D2.3	Moverse dentro de su casa	0	
D2.4	Salir de su casa ?	0	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro o algo equivalente?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO			
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse) ?	0	
D3.2	Vestirse ?	0	
D3.3	Comer?	0	
D3.4	Quedarse solo(a) durante unos días?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos			
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce ?	0	
D4.2	Mantener una amistad ?	0	
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted ?	0	
D4.4	Hacer nuevos amigos?	0	
D4.5	Relaciones sexuales	4	
	Domain Score	20%	0%
Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas			
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa ?	0	
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	0	
D5.3	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	0	
D5.4	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ?	0	
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario?	0	
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?	0	
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	0	
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD			
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades) ?	0	

D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	0	
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	0	
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	0	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ?	0	
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ?	0	
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	0	
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	0	
	Domain Score	0%	0%
	Overall Score	3,33%	0,00%

PLEASE NOTE: When scoring WHODAS, the following numbers are assigned to responses:			
NINGUNO	**0 = No Difficulty**	**0 – 4 %**	**0 – 4 %**
LEVE	**1 = Mild Difficulty**	**5 – 26 %**	**5 – 26 %**
MODERADO	**2 = Moderate Difficulty**	**27 – 50 %**	**27 – 50 %**
SEVERO	**3 = Severe Difficulty**	**51 – 94 %**	**51 – 94 %**
EXTREMO	**4 = Extreme Difficulty or Cannot Do**	**95 – 100 %**	**95 – 100 %**

ANALISIS INDIVIDUAL

Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación

Presenta gran fluidez en el habla, lo cual permite la comunicación con gran facilidad

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

Es autonoma, e independiente en su movilidad, manifiesta caminar largas distancias

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta realizar de forma independiente sus AVD y de cuidado personal, lo cual se evidencia en su presentacion personal. Presenta problemas Dx de columna (Hernias Discales - Columna desviada), realiza actividades sin esfuerzo fisico exigente.

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con amigos y vecinos pertenecientes a los grupos de Adultos Mayores y del Centro Vida.

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

Argumenta realizar continuamente sus AIVD, se evidencia funcionalidad Fisica-Mental-Social

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Recien inicia al programa Centro Vida, igualmente asiste a grupos organizados en los barrios de la camuna

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 3,33%/4,00% - SIN DIFICULTAD

Preservar la FUNCIONALIDAD EN LOS 6 DOMINIOS, es así como se deben continuar las rutinas de participacion en la sociedad y de actividad fisica, de estimulacion de la funcion cognitiva.

Nombre evaluador: LUIS ANTONIO CHALA JARAMILLO **Firma:**



Profesión: GERONTOLOGO - UNIQUINDIO - REG PROF 63/866/97 ISSQ