Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: Jaime Antonio Castaño Carvajal

GRUPO: Azul JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3107567114

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

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	
LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

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

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 25 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias - Trabajo Social 1225092595

Responsable de la Verificación

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

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

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 166

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 20 **MES** 05 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jaime Antonio Castaño Calvajal

LUGAR DE NACIMIENTO: Quimbaya **FECHA: DIA** 17 **MES** 12 **AÑO** 1951

DIRECCIÓN: MZ 1 casa 2 Villa vista - villa santana

TELEFONO: 3107563114

EDAD: 72 **CATEGORIA SISBEN:** B2 **DESPLAZADO** — **EPS** Salud Total

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Edwin Castaño
DIRECCIÓN MZ 8 casa 6 - Villa Vista TELEFONO 3213109322

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario: Luz nerva

Alcaldía de PEREIRA

APROBACION DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

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

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres Jaime Antonio	Apellidos Castaño Calvajal
Documento de identidad 24.595.24	Expedida 23 Abril-1973 Alcala

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A	B X	C	Enfermedad mental		Alcohol	
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas		Soledad	
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar		Sedentarismo	
Ingresos económicos 1smlv	X	—	—	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 20 Mes 05 Año 2024

Firma

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Nombre Gerontólogo(a)

Nombre Psicólogo(a)

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 20 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____ PARENTESCO —/

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jaime Antonio C C.C 24.595.24/

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 17 / M 12 / A 1951/ Quimbaya / EDAD 72 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA M21 casa 2 / BARRIO Villa vista /

EPS Salud Total / PUNTAJE SISBEN B2 / TIPO SANGRE B+ /

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

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

COMUNA Villa San / TELÉFONO FIJO —/ CELULAR 3107563114 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Oficios varios / ANTERIOR Oficios varios /

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

CUÁL: —/ NINGUNO: —/

PERSONA DE CONTACTO Eduin Castaño /

DIRECCIÓN M28CS 6 Villa vista TELÉFONO 3213109322 PARENTESCO Hijo /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL —/ OTRAS CUALES: —/

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

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

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

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	María Cecilia Trejos	65	ESPOSA	Empleada
2	Daniel Andres castaño	12	Nieto	Estudia
3	Esteban castaño	12	Nietos	Estudia
4	—	—	—	—

5	—	—	—	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

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

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO — / SI X /

CUÁL? — /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI — /

CUAL? — /

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

CUAL? — /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

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

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Artes — Danza. /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

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

FAMILIARES X / 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 X/ NO —/

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

5. VIVIENDA = 20%

5.1. **CALIDAD DE TENENCIA**

PROPIA —/ FAMILIAR X/ ARRENDADA —/ INVASIÓN —/ CEDIDA —/

PRESTADA —/ NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR —/ OTRO —/

5.2. **BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:**

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

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

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

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

VIVIENDA EN RUINA —/ OTRA —/

TODAS LAS ANTERIORES 4/NINGUNA DE LAS ANTERIORES —/

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

CENTRO VIDA: SI X/ NO —/

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Luz Neiva /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 35545887

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

IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Jaime

SEGUNDO NOMBRE: Antonio

PRIMER APELLIDO: Castaño

SEGUNDO APELLIDO: Caruajal

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: 17 Diciembre 1951
No. Documento 2.459.524

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 72

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta
1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B2

ESTADO CIVIL:
CASADO(A) [X]
SOLTERO(A) [ ]
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: Salud Total

¿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? mestizo

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

1 [X] 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) ORGANIZACION(ES) Y/O ASOCIACION(ES)?

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 —
2 —
2 [X] NO

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

1 [ ] SI [ ] GOBIERNO [ ] SECTOR PRIVADO
2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 —
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Oficios del hogar

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: M2 1 CS 2
BARRIO: Villa vista

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3107563114 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Edwin castaño PARENTESCO: Hijo
TELÉFONO DE CONTACTO: 3213109322

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

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

1 [—] BUSCANDO TRABAJO
2 [—] TRABAJAR
3 [—] ESTUDIAR
4 [—] OBRERO O EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR
5 [—] OBRERO O EMPLEADO DEL GOBIERNO
6 [—] EMPLEADO(A) DOMÉSTICO
7 [—] TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN
8 [—] TRABAJADOR SIN REMUNERACIÓN EN EMPRESAS O DE NEGOCIOS DE OTROS HOGARES
9 [✓] 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

Con vivir en comunidad pasarlo rico - Diversion - bailar

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Luz Nelly

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
20	05	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 INSTITUCIÓN: _____

NOMBRES: Jaime Antonio

APELLIDOS: Castaño Caluasal

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 17 / MES: Diciembre / AÑO: 1951

EDAD: 72 / SEXO: H / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 24.595.24 / TIPO SANGRE: O+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: M21 casa 2 / BARRIO: Villa Vista

COMUNA: Villa Santana / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3167563114 / PLAN FUNERARIO: _____

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Salud Total / PUNTAJE SISBEN _____

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Acetaminofen - losartan - tiamina.

ALERGIA A MEDICAMENTOS: —

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Edwin castaño

PARENTESCO: Hijo / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3213109322

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

DIRECCIÓN: Cra 3 # 26 - 04 / TELÉFONOS: 3277977448

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac61200@Hotmail.com

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

C.T.A.MLTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Cooperativa de Trabajo Asociado Multiser en calidad de operadora del programa para el adulto Mayor Centro Vida Oriente, de lo siguiente:

1. Multiser actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.
2. Que la información ´suministrada podrá ser verificada por los colaboradores de lMultiser en cualquier momento.
3. Multiser tendrá la facultad de compartir toda la información con la Alcaldía Municipal de Pereira, entiendo que esta entidad es la encargada de la supervisión, vigilancia y control del funcionamiento del Centro Vida.
4. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales.
5. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
6. Multiser garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado oportunamente.
7. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Multiser para tratar mis datos personales, tomar mi huella dactilar y registro fotográfico cuando sea necesario de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, y misionales de Multiser.
8. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 29 días del mes de 05 de lañ 2024.

Firma: James Castaño

Nombre: Jaime Antonio Castaño

Identificación: 24.595.24



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2459524

CASTAÑO CARVAJAL
APELLIDOS

JAIME ANTONIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1951
QUIMBAYA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

23-ABR-1973 ALCALA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2400100-54091981-M-0002459524-20011114 0367001313A 01 102474260



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1951

QUIMBAYA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

23-ABR-1973 ALCALA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2400100-54091981-M-0002459524-20011114 0367001313A 01 102474260

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2459524

CASTAÑO CARVAJAL
APELLIDOS

JAIME ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 16/07/2024

Ficha: 66001170561100001284

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JAIME ANTONIO

Apellidos: CASTAÑO CARVAJAL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2459524

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/12/2021

Última actualización ciudadano: 10/12/2021

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

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

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

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

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

Fecha de consulta: 11/07/2024

Ficha: 660011705611000012 84

B2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JAIME ANTONIO

Apellidos: CASTAÑO CARVAJAL

Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2459524

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/12/2021

Última actualización ciudadano: 10/12/2021

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	2459524
NOMBRES	JAIME ANTONIO
APELLIDOS	CASTAÑO CARVAJAL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/16/2024 15:38:46	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARDIO SALUD Eje Cafetero
Trabajamos con el Corazón

CARDIOSALUD EJE CAFETERO S.A.S.
PEREIRA - 900346953-4
HISTORIA CLÍNICA

Identificación: CC 2459524		**Nombre:** JAIME ANTONIO CASTAÑO CARVAJAL	
Fecha nacimiento: 17/12/1951	**Edad:** 72	**Ocupación:** SIN OCUPACION	
Estado civil: SOLTERO(A)	**Sexo:** M	**Dirección:** M1 C2 BELLAVISTA VILLA SANTANA	**Teléfono:** 3107563114
Régimen: SUBSIDIADO		**Tipo de vinculación:**	**N. historia:** 0000092344
Acompañante:		**Teléfono:** 3107563114	**Parentesco:** Otro
Responsable:		**Teléfono:**	**Parentesco:**
Entidad: SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SU			
Finalidad de la consulta: No aplica		**Causa externa:** Enfermedad general	

Fecha de elaboración: 10/02/2024 08:29:00

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA:
CONTROL
ENFERMEDAD ACTUAL:
VIENE A CONTROL TRAE RESULTADOS DE LABS DE ENERO 24724 HB 14,9 HCTO 4 PLT 256000 P DE ORINA NORMAL CREATININA 1,35 HDL 40 COL TOTAL 210 GLICEMIA 100 TG 177 LDL 133 ECO ESTRES DOBUTAMINA DE ENERO 20/24 FEVI DE 55% EN ECO BASAL SIN ALTERACIONES SEGMENTARIAS DE LA CONTRACTILIDAD ECO ESTRES DOBUTAMINA DOSIS PICO NEGATIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA MIOCARDICA SE QUEJA DE DOLOR LUMBAR CON LIMITACION FUNCIONAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

Cabeza cara y cuello
No
Cardiopulmonar
No
Abdomen
No
Extremidades
No
Sistema nervioso central
No
Sistema urinario
No
Otros
No aplica

ANTECEDENTES PERSONALES

Hipertensión arterial
OTROS
No
ALÉRGICOS
No
TRAUMÁTICOS
No
QUIRÚRIGICOS
No
GINECO-OBSTÉTRICOS
No
TOXICOLÓGICOS
EXTABAQUISTA
FARMACOLÓGICOS
LOSARTAN 50X2, AMLODIPINO 5X1, ATV 40X1, TAMSULOSINA 0,4X1

ANTECEDENTES FAMILIARES

OTROS

Identificación: CC 2459524		**Nombre:** JAIME ANTONIO CASTAÑO CARVAJAL	
Fecha nacimiento: 17/12/1951	**Edad:** 72	**Ocupación:** SIN OCUPACION	
Estado civil: SOLTERO(A)	**Sexo:** M	**Dirección:** M1 C2 BELLAVISTA VILLA SANTANA	**Teléfono:** 3107563114
Régimen: SUBSIDIADO		**Tipo de vinculación:**	**N. historia:** 0000092344
Acompañante:		**Teléfono:** 3107563114	**Parentesco:** Otro
Responsable:		**Teléfono:**	**Parentesco:**
Entidad: SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SU			
Finalidad de la consulta: No aplica		**Causa externa:** Enfermedad general	

No

EXAMEN FÍSICO

Aspecto: Paciente consciente, ingresa por sus propios medios, facies tranquila, orientado en las 3 esferas, estado nutricional normal, hidratado, afebril al tacto.
TA: 120/80 mmhg - FC: 84 xmin - FR: 16 xmin - T: 36 ºC
Cabeza cara cuello: Normocéfalo, cabello bien implantado, conjuntivas normales, pupilas isocóricas normo reactivas , sin alteración de movimientos oculares, pabellones auriculares de implantación normal, mucosa oral húmeda, rosada, hidratada, faringe sin eritema, sin placas, ni exudados, no alteraciones de las amígdalas. Cuello simétrico móvil, sin adenopatías. Tiroides de características normales.
G.U: No se explora
Abdomen: Blando depresible, no doloroso, a la percusión sonoridad normal, sin visceromegalias, peristalsis presente, no irritación peritoneal.
Piel: Turgente, coloración y humedad normal. Pelos de distribución androide.
Extremidades: Simétricas sin deformidades. Pulsos presentes y normales, amplitud y frecuencia normal; sin dilataciones varicosas. Osteomuscular con trofismo, movilidad y tono normal.
Mental psicológico: Normal
Neurológico: Sin déficit neurológico, sin focalizaciones, sin alteraciones de la coordinación, reflejos presentes y normales.
Tórax: Tórax simétrico sin retracciones, elasticidad y frémito normal, percusión sonoridad normal, campos pulmonares murmullo vesicular presente normal, sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos.
PARACLÍNICOS: HTA CONTORLADA SE DECARTA CARDIOPATGIA ISQUEMCIA CREATININA ELEVADA CON TFG DE 52 ML/MIN PARA ESTADIO II DE ERC SE DAN PAUTAS E NEFROPROTECCION SEGUIR CONTROL CON PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR CITA EN 6 MESES CON CREATININA DOLOR LUMBAR EN ESTUDIO SS RMN DE COLUMNA LUMBOSACRA Y CITA CON ORTOPEDIA
DIAGNÓSTICOS:
M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO - Tipo diagnóstico: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA - Observación:
I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - Tipo diagnóstico: CONFIRMADO REPETIDO - Observación:
N189 - INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA - Tipo diagnóstico: CONFIRMADO REPETIDO - Observación:

Dr. Emerson Yepes
Médico Internista
Reg. No.2598 C.C 72.193.168
Uni. Metropolitana

EMERSON ANTONIO YEPES ESCORCIA
Especialidad: MEDICINA INTERNA
CC: 72193168 RM: 0084-96

ORDEN MÉDICA

CARDIO SALUD Eje Cafetero
Trabajamos con el Corazón

CARDIOSALUD EJE CAFETERO S.A.S.
Nit: 900346953
Direcc: CRA 13 N° 3B-12 AV. CIRCUNVALAR
Tel: 3419028-3218525751-3104649235

Fecha 03/10/2023

N° Doc: CC 2459524 Nombre : JAIME ANTONIO CASTAÑO CARVAJAL Entidad : SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO SA - SALUD

Edad: 71 Años

Código	Procedimiento	Nivel	Detalle	Diag. CIE-10	Cant
Nota :					
894102-1	PRUEBA DE ESFUERZO		DESCARTAR CARDIOPATIA ISQUEMICA		1
25107	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL		DESCARTAR CARDIOPATIA ISQUEMICA		1

Dr. Emerson Yepes
Médico Internista
Reg. No.2598 C.C 72.193.168
Uni. Metropolitana

EMERSON ANTONIO YEPES ESCORCIA
Especialidad: MEDICINA INTERNA
CC: 72193168 RM: 0084-96

CARDIO SALUD
Eje Cafetero
Trabajamos con el Corazón

CARDIOSALUD EJE CAFETERO S.A.S.
PEREIRA - 900346953-4
HISTORIA CLÍNICA

Identificación: CC 2459524		**Nombre:** JAIME ANTONIO CASTAÑO CARVAJAL	
Fecha nacimiento: 17/12/1951	**Edad:** 71	**Ocupación:** SIN OCUPACION	
Estado civil: SOLTERO(A)	**Sexo:** M	**Dirección:** M1 C2 BELLAVISTA VILLA SANTANA	**Teléfono:** 3107563114
Régimen: SUBSIDIADO		**Tipo de vinculación:**	**N. historia:** 0000092344
Acompañante:		**Teléfono:** 3107563114	**Parentesco:** Otro
Responsable:		**Teléfono:**	**Parentesco:**
Entidad: SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SU			
Finalidad de la consulta: No aplica		**Causa externa:** Enfermedad general	

Fecha de elaboración: 03/10/2023 17:20:00

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA:
CONTROL DE RUTINA
ENFERMEDAD ACTUAL:
VIENE A CONTROL DE RUTINA ANT DE HTA NO DIABETES NIEGA ANGINA DE PECHO NIEGA DISNEA OCASIONAL AL ESFUERZO NO TRAE PARACLINICOS

REVISIÓN POR SISTEMAS

Cabeza cara y cuello
No
Cardiopulmonar
No
Abdomen
No
Extremidades
No
Sistema nervioso central
No
Sistema urinario
No
Otros
No aplica

ANTECEDENTES PERSONALES

Hipertensión arterial
OTROS
No
ALÉRGICOS
No
TRAUMÁTICOS
No
QUIRÚRIGICOS
No
GINECO-OBSTÉTRICOS
No
TOXICOLÓGICOS
EXTABAQUISTA
FARMACOLÓGICOS
LOSARTAN 50X2, AMLODIPINO 5X1, ATV 40X1, TAMSULOSINA 0,4X1

ANTECEDENTES FAMILIARES

OTROS
No

Identificación: CC 2459524		**Nombre:** JAIME ANTONIO CASTAÑO CARVAJAL	
Fecha nacimiento: 17/12/1951	**Edad:** 71	**Ocupación:** SIN OCUPACION	
Estado civil: SOLTERO(A)	**Sexo:** M	**Dirección:** M1 C2 BELLAVISTA VILLA SANTANA	**Teléfono:** 3107563114
Régimen: SUBSIDIADO		**Tipo de vinculación:**	**N. historia:** 0000092344
Acompañante:		**Teléfono:** 3107563114	**Parentesco:** Otro
Responsable:		**Teléfono:**	**Parentesco:**
Entidad: SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SU			
Finalidad de la consulta: No aplica		**Causa externa:** Enfermedad general	

EXAMEN FÍSICO

Aspecto: Paciente consciente, ingresa por sus propios medios, facies tranquila, orientado en las 3 esferas, estado nutricional normal, hidratado, afebril al tacto.
TA: 150/100 mmhg - FC: 74 xmin - FR: 16 xmin - T: 36 ºC - PESO: 81 kg - TALLA: 1.65 m - IMC: 29.75 - S.C: 1.88
Cabeza cara cuello: Normocéfalo, cabello bien implantado, conjuntivas normales, pupilas isocóricas normo reactivas , sin alteración de movimientos oculares, pabellones auriculares de implantación normal, mucosa oral húmeda, rosada, hidratada, faringe sin eritema, sin placas, ni exudados, no alteraciones de las amígdalas. Cuello simétrico móvil, sin adenopatías. Tiroides de características normales.
G.U: No se explora
Abdomen: Blando depresible, no doloroso, a la percusión sonoridad normal, sin visceromegalias, peristalsis presente, no irritación peritoneal.
Piel: Turgente, coloración y humedad normal. Pelos de distribución androide.
Extremidades: Simétricas sin deformidades. Pulsos presentes y normales, amplitud y frecuencia normal; sin dilataciones varicosas.
Osteomuscular con trofismo, movilidad y tono normal.
Mental psicológico: Normal
Neurológico: Sin déficit neurológico, sin focalizaciones, sin alteraciones de la coordinación, reflejos presentes y normales.
Tórax: Tórax simétrico sin retracciones, elasticidad y frémito normal, percusión sonoridad normal, campos pulmonares murmullo vesicular presente normal, sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos.
PARACLÍNICOS: HOY NO SE HA TOMADO LA MMEDICACION POR LO QUE TIENE ELEVADA LA PRESION ARTERIAL
SE SOLICITAN LABS Y PARACLINICOS DE CONTROL
CITA CON RESULTADOS
DIAGNÓSTICOS:
I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - Tipo diagnóstico: CONFIRMADO REPETIDO - Observación:

Dr. Emerson Yepes
Médico Internista
Reg. No.2598 C.C 72.193.168
Uni. Metropolitana

EMERSON ANTONIO YEPES ESCORCIA
Especialidad: MEDICINA INTERNA
CC: 72193168 RM: 0084-96

LIGA CONTRA EL CANCER Risaralda

IDENTIFICACIÃ¿N DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **CC 2459524**	
Paciente: **JAIME CASTAÑO CARVAJAL**	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **26/12/1951**	
Edad y género: **71 Años, Masculino**	
Identificador único: **337205**	Financiador: **SALUD TOTAL EPS-S S.A**

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 11/05/2023 12:25 - Ambulatoria

Nota de Ingreso Consulta Externa - Tratante - DERMATOLOGIA

Indicador de rol: Tratante Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No aplica

Motivo de Consulta, Enfermedad Actual: PACIENTE CONSULTA POR QUISTE RECUERRENTES EN ESPALDA, REFEIRE HAN SIDO DRENADOS Y NO HABER RECIBIOD ANTIBIOTICO.

Examen Físico:
GENERAL
ASPECTO GENERAL : Normal
GENERALES
PIEL Y FANERAS : REGION DORSAL CON #2 QUISTE EPIDERMICOS, UNO DE ELLOS CON CICATRIZ QUELOIDE, DOLOROSOS.
REGION ESCAPULAR DERECHA CON 2 TUMORES LIPOMATOSOS A LA PALAPCIÓN.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - QUISTE EPIDERMICO.

Plan de Manejo: SE GENERA ORDEN DE RESECCION DE QUISTE EPIDERMICOS REGIÓN DORSAL.
* 864102 #2 RESECCIONES
DURACION DEL PROCEDIMIENTO 30 MINUTOS.

Firmado por: ALEJANDRO HURTADO GUZMAN, DERMATOLOGIA, Registro 1018424104

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - PROCEDIMIENTOS
11/05/2023 12:26
(CUPS-864102)(P) RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS
SE GENERA ORDEN DE RESECCION DE QUISTE EPIDERMICOS REGIÓN DORSAL.
* 864102 #2 RESECCIONES
DURACION DEL PROCEDIMIENTO 30 MINUTOS

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - PROCEDIMIENTOS
11/05/2023 12:26
(CUPS-864102)(P) RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS
SE GENERA ORDEN DE RESECCION DE QUISTE EPIDERMICOS REGIÓN DORSAL.
* 864102 #2 RESECCIONES
DURACION DEL PROCEDIMIENTO 30 MINUTOS

Estado: ORDENADO

Firmado electrónicamente

VIRREY SOLIS I.P.S.

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: JAIME ANTONIO CASTAÑO CARVAJAL
Fecha de Nacimiento: 11/15/1952
Edad: 69 Años - **Sexo:** Masculino
Teléfono Residencia: 2000000
Aseguradora: Salud Total EPS
Contrato: 319382 (Documento: CC 2459524)
Dirección Residencia: M1 C2 BELLAVISTA VILLA SANTANA
Ciudad Residencia: Pereira
Tipo de Vinculación: REGIMEN SUBSIDIADO

Consulta del martes, 19 de abril de 2022 04:24 PM en VS PINARES

Nombre del Profesional: Sara Lucia Velez Barreto - MEDICINA GENERAL (Registro No. 1088309059)
Número de Autorización: 31364-2216729330
Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Identificación

Datos de la Consulta
Fecha de la Consulta: 04/19/2022 16:24:00 Tipo de Consulta: De Primera Vez
Consulta de segundo concepto: No
Datos Complementarios
Datos del Paciente
Edad: 69 Raza: Mestiza
Estado Civil : Casado Ocupación: PENSIONADOS
Actualizar dirección?: No
Responsable del Usuario
Nombre: Ninguno
Parentesco: Ninguno
Teléfono: Ninguno
Acompañante
Nombre: Ninguno
Teléfono: -

Anamnesis

Anamnesis
Motivo de Consulta: ME QUIERE MOLESTAR LA PROSTATA
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 69 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE DE 7 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISMINUCION DE CALIBRE DEL CHORRO, DIFIUCLTAD PARA INCIO DE LA MICCION, CHORRRO INTERRUPPIDO, NIEGA RETENCION URINARIA, NIEGA HEMATURIA, NIEGA DISURIA, NIEGA FIEBRE, NIEGA DOLOR ABODMINAL, NIEGA OTRA SINTOMATOLGOIA.
TRATAMIENTO PREVIO NO
Escala Dolor: 0 Clasificación Dolor: Sin Dolor Sospecha Enfermedad Prof: No
Síntomas Covid-19: Ninguno
Revisión Por Sistemas
Tos Mayor de 15 días: No Aplica
Sintomático de Piel: No Aplica
Organos de los Sentidos : NIEGA A LA ANAMNESIS
Cardiopulmonar: NIEGA A LA ANAMNESIS
Gastrointestinal: NIEGA A LA ANAMNESIS
Genitourinario: NIEGA A LA ANAMNESIS
Osteomuscular: NIEGA A LA ANAMNESIS
Neurológico: NIEGA A LA ANAMNESIS
Endocrino: NIEGA A LA ANAMNESIS
Linfoinmunohematopoyético : NIEGA A LA ANAMNESIS
Vascular Periférico : NIEGA A LA ANAMNESIS
Piel y Faneras: NIEGA A LA ANAMNESIS
Mental: NIEGA A LA ANAMNESIS

Antecedentes

VIRREY SOLIS I.P.S.

Alergias
Causa de Alergia:
Ninguna
Fecha Dilig. Causa de Alergia:
04/19/2022
Ant. farmacoterapéutico (SFT):
Antecedentes Personales
Refiere Nuevos: No
Patológicos: Niega- Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Hipertensión Arterial: No Hipertensión Arterial.: No Aplica
Hospitalarios: Niega- Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Tóxicos: Niega- Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Alérgicos: Niega- Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Hipersensib. MC: Niega-
Farmacológicos: Niega- Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Ocupacionales: Niega- Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Venereos: Niega- Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Quirúrgicos: Apendicectomia con peritonitis- Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Transfusionales: Niega- Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Traumáticos: Niega- Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Perinatales: NO APLICA Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:09)
Sicosociales: ADECUADA RED DE APOYO Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:00)
Alimentarios: CORRIENTE Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:00)
Inmunológicos: NO Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:00)
Factores de Riesgo: No Interés en Salud : No
Maltrato o Violencia?: No
Paraclínicos de Red: -
Antecedentes Familiares
Madre: NIEGA Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:00)
Padre: NIEGA Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:00)
Hermanos: NIEGA Dr(a). Sara Lucia Velez Barreto (04/19/2022 16:24:00)
Tabaquismo
Tabaquismo: No Fumador (a)
Exp Pasiva a Tabaco: No
Vacunación
Estado vacunación Covid: No vacunado, se direcciona

ENO

Dengue: No

Salud Sexual Hombre

Salud Sexual Hombre
Inicio Relaciones sexuales: No
Sexualmente Activo: No Desea planificar: No

Examen Físico

Signos Vitales

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	TAM:	FC:	FR:	Temp:	Puntuación IMC:
1.64	Mts	78	Kg	29.0006	150	90	109	80	20	36	0

TFG
Limite Inferior Edad: 76.4215
Formulas
TFG

VIRREY SOLIS

Formulas

TFG

Fecha Creat:

03/25/2022

Creat: 0

TFG: 0

Tamizaje visual: No

Plan de Estudio y Manejo :

Examen Fisico

Estado General: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CONSCIENTE ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, INGRESA A CONSULTA POR SUS PROPIOS MEDIOS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, SIN SIGNOS DE INGURGITACION YUGULAR

EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones

EF Cardiopulmonar: TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

EF Gastrointestinal: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA SIN MASAS NI MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EF Genitourinario: NO DOLOR EN PUNTOS URETERALES, PUÑO PERCUSION BILATERAL NEGATIVA

Genitales Externos: Sin alteraciones

EF Osteomuscular: Sin alteraciones

EF Neurológico: Sin alteraciones

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfoinmunohematopoyético: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: Sin alteraciones

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

EF Mental: Sin Alteraciones

Tamizaje Cáncer Próstata

Resultado Biopsia Próstata:

No presenta malignidad

Pruebas Dx

Laboratorios

Sin Perfil Lipídico: No

Glicemia: 0 Fecha Gl:

HbGl: 0

Potasio: 0

Microalbuminuria: 0

Laboratorios ERC 3 a 5

Fosforo Sérico: 0

Albumina: 0

Espirometria

Espirometria: Espirometria: No

Estudio función renal

Estudio 1

Edad 1-1:

Peso 1-1:

Creatinina 1-1:

Creatinina 1-2:

Creatinina 1-3:

Relación albuminuria/creatinuria 1-1: 0

Proteinas en PO 1: -1

VIRREY SOLIS

Framingham

Riesgo Framingham
Equivalente Coronario:
Ninguna
Puntos según Colesterol T: 0
Puntos según Tabaquismo: 0
Puntos según HDL: 0
Puntos según PAS: 0
Puntos según Edad: 11
Total Pts. Framingham: 11
% Riesgo a 10 años Framingham: 6
Clasificación Framingham: Riesgo Cardiovascular Moderado
Estratificación OMS
Estratificación de riesgo cardiovascular OMS: Calculando por Framingham

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo
Análisis y Plan de Manejo:
PACIENTE DE 69 AÑOS D EEDAD QUIEN CONSULTA POR SINTOMATOLGOIA RELACIONADA CON POSIBLE HPB, EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA CON CIFRAS TENSIOANLES ELEVAS, ESTABLE AFEBRIL, TOLERANDO LA VIA ORAL, SIN SIGNOS CLINCIOS DE SIRS, NO RETENCION URINARIA, SE SOLCITA EOCGRAFIA DE VIAS URINARIAS, PARACLICNIOS DE TAMZIAJE EDAD, SE SOLCITA MAPA, SE IDNICA CONTROL CON RESULTADOS
SE DAN CLAROS SIGNOS PARA CONSULTAR A URGENCIAS, RFEIERE ENTENDER
Interconsulta ambulatoria: No
Finalidad Consulta:
NO APLICA
Adherencia al Tto: No
Causa Externa: Enfermedad General ¿Tipifica discapacidad?: No
Dias de Incapacidad: 0 Estadio IRC: No Aplica Sospecha de Hipotiroidismo: No
Reporte RAM a Medicamento: No Rep Probl Asoc a Dispositivo: No
Recomendaciones: SE EXPLICA IMPORTANCIA DE AISLAMIENTO SOCIAL EN CONTEXTO DE PANDEMIA ACTUAL
SE EXPLICAN MEDIOS DE TRANSMISION Y PROTECCION,REFORZAR HIGIENE DE MANOS , USO DE TAPABOCAS Y DESINFECCION DEL HOGAR,
EN CASO DE PRESENTAR SÍNTOMAS RESPIRATORIOS COMO TOS, DOLOR DE GAGANTA, FIEBRE, CONSULTAR A LINEA NACIONAL 192 O LINEA DE SU EPS 313999-3139888. OPC1
SE REALIZA RECONCILIACION MEDICAMENTOSA
La información brindada al paciente es entendida : Si Información brindada al paciente: SE RECUERDA DERECHO Y DEBER DEL MES REFIERE ENTENDER
Activar ficha Covid19 : No
Generar certificado aislamiento: No
Sospecha cáncer?: No
Formulación NO POS en Linea
¿Formulo tecnologia NO POS en linea?: No No. de Prescripción:

DIAGNOSTICO: (N42.9) TRASTORNO DE LA PROSTATA, NO ESPECIFICADO
Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS:

1. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
   1. Procedimiento: (9066100000) Laboratorio Clinico ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
   2. Procedimiento: (9038150000) Laboratorio Clinico COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)
   3. Procedimiento: (9038180000) Laboratorio Clinico COLESTEROL TOTAL
   4. Procedimiento: (9038950100) Laboratorio Clinico CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
   5. Procedimiento: (8813320000) Ecografía ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)
      Observación: -
   6. Procedimiento: (9038410000) Laboratorio Clinico GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
   7. Procedimiento: (9022100000) Laboratorio Clinico HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HI

VIRREY SOLIS IPS

1. Procedimiento: (9070120200) Laboratorio Clinico SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS
2. Procedimiento: (9038680000) Laboratorio Clinico TRIGLICERIDOS
3. Procedimiento: (9071060000) Laboratorio Clinico UROANALISIS

DIAGNOSTICO: (R03.0) LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION

Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

Sara Lucia Velez Barreto
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadania
Numero de Identificación:
Registro Profesional: 1088309059
Código Institucional: 3136300018

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): Jaime antonio Castaño

CEDULA: 2459 524 | EDAD: 72

DIRECCION RESIDENCIA: M7 Barrio V. Mc Sant. C. 2 | TELEFONOS: 310 756 3114

EAPB: Salud Total Subsidiado | GRUPO: AZUL | JORNADA: Tarde

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
20-11	Paciente con hipertención de Base asiste al medico por control de hipertención cada tres meses	Aux
	Paciente Horientado en los tres esferas Espacio tiempo y Persona con signos Vitales los cuales se encuentran como T.A 142/74 FC 81 So2 94 FR: 18 T°: 34.9 Con dificultad en la Vista leve. Harcha normal	Diana G.

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

Nombre del adulto: Jaime Antonio Castro

EAPB: Salud total / subsidiad.

Nº identificación del adulto: 2459524

Nivel de Riesgo: Bajo

Dirección domicilio: M21 cs2 / villa vista.

Cel: 3107563114.

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
20/11	2:38	74 142	81	94	18	34.9.	Estable	Camila C.

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
CUESTIONARIO PARA LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA PAR-Q		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 20 MES: 12 AÑO: 2024

NOMBRES – APELLIDOS: JAIME CASTAÑO

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?