Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLÍTICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
ACTA REUNIONES		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

ACTA N° 128	**FECHA: 04-08-2025**	**LUGAR REUNIÓN** **Oficina área psicosocial**
OBJETIVO DE LA REUNIÓN	Recordar al usuario **Javier Espinoza** las disposiciones establecidas en el reglamento interno y el manual de convivencia del programa, con el fin de promover el cumplimiento de las normas, fortalecer el respeto mutuo y garantizar un ambiente armónico y seguro para todos los participantes.	
PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN	Participación de la psicóloga Mary Luz Arboleda, la trabajadora social Daniela Londoño, la auxiliar de enfermería Diana Galeano y el usuario Javier espinoza	

DESARROLLO DE LA AGENDA

Siendo las 2:30 p. m. del día 04 de agosto de 2025, en las instalaciones del programa **Centro Vida**, se llevó a cabo una reunión de carácter formal con el usuario **Javier Espinoza**. La citación fue atendida por la psicóloga **Mary Luz Arboleda**, la trabajadora social **Daniela Londoño** y, en calidad de testigo de lo sucedido, la auxiliar de enfermería **Diana Galeano**.

El motivo de la reunión obedeció a la necesidad de abordar y esclarecer una situación reportada por el equipo de trabajo, ocurrida el día sábado 02 de agosto del presente año, en la que se observó al señor Espinoza consumiendo cerveza. Dicho comportamiento constituye una infracción al **Reglamento Interno** y al **Manual de Convivencia** del programa, contemplada en el **Título IV – Régimen Disciplinario**, en el apartado de **faltas leves**, específicamente en el **parágrafo 3**; el cual señala textualmente: *"El consumo de cigarrillo, tabaco o licor en las instalaciones del Centro Vida – OP y sus alrededores, o en eventos externos donde seamos partícipes, salvo casos específicos"*.

Durante el desarrollo de la reunión, se le expuso al usuario la importancia de mantener una conducta acorde con las normas y lineamientos que rigen la participación en el programa, recordándole que el cumplimiento de estas disposiciones es fundamental para garantizar un ambiente de respeto, armonía y bienestar para todos los beneficiarios. Asimismo, se le indicó que el consumo de bebidas alcohólicas, tanto en el contexto institucional como en actividades o eventos donde el programa tenga representación, está expresamente prohibido, salvo en situaciones excepcionales previamente autorizadas.

El señor Espinoza manifestó comprender la situación y fue advertido de manera clara y directa sobre las consecuencias que podrían derivarse en caso de reincidencia, entre las cuales se contempla la **suspensión temporal** de su participación en las actividades y servicios del programa. Se le reiteró que este tipo de conductas, aunque catalogadas como faltas leves, afectan la imagen institucional y la convivencia entre los usuarios, por lo que deben ser evitadas en todo momento.

Finalmente, se dejó constancia en este registro de lo tratado en la reunión y se invitó al usuario a reflexionar sobre la importancia de dar cumplimiento estricto al Reglamento Interno y al Manual de Convivencia, comprometiéndose a no repetir este tipo de comportamientos, con el fin de evitar la aplicación de medidas disciplinarias futuras.

#	RESPONSABLE	COMPROMISOS - FECHA
	Daniela Londoño Montoya	Realizar el acta

Siendo las ____3:00pm, se da por terminada la reunión. Para constancia se firma en Pereira, Risaralda a los 04 días del mes de __agosto__ de 2025.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN	CARGO	FIRMA
1	Daniela Londoño Montoya	CeVi Oriente	Trabajadora social	
2	Mary Luz Arboleda	CeVi Oriente	Psicóloga	
3	Diana Galeano	CeVi Oriente	Aux. enfermería	Diana Sorley Galeano.
4	Javier Espinoza	CeVi Oriente	Usuario	

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

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Alcaldia de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
ACTA DE COMPROMISO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

ACTA N° 58	**FECHA: D 19 M 06** **A 2025**	**LUGAR REUNION** **ÁREA DEL COMEDOR- CEVI-OP**
OBJETIVOS DE LA REUNIÓN	Establecer acuerdos institucionales frente a la ausencia reiterada del uso del uniforme reglamentario establecido por el programa Centro Vida.	
PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN	MARY LUZ ARBOLEDA – PSICOLOGA - CEVI - OP – JORNADA TARDE PEDRO NEL OSPINA-USUARIO-CEVI-OP-JORNADA TARDE JAVIER ESPINOSA-USUARIO-CEVI-OP-JORNADA TARDE	

DESARROLLO DE LA AGENDA

Siendo las 3:30 PM, del día 19 de junio de 2025 se realiza acercamiento conversacional con los usuarios Javier Espinosa identificado con cédula de ciudadanía N°6.667.659 y Pedro Nel Ospina, identificado con cédula de ciudadanía N° 10.056.012, con el fin de comprender las razones asociadas al incumplimiento del código de vestimenta del Centro Vida Oriente.

El usuario Pedro Nel Ospina manifiesta que en el momento sus uniformes se encuentran lavados y esa es la razón de no portar el mismo; además, refiere que sólo puede asistir al programa con la camiseta, puesto que las sudaderas fueron robadas en su domicilio; por otro lado, el usuario Javier Espinosa no expresa una razón justificable del no porte del uniforme.

Teniendo en cuenta lo anterior, se acuerda con los señores Javier Espinosa y Pedro Nel Ospina la importancia del uso del uniforme promoviendo el respeto por las normas y favoreciendo la organización institucional, además, se hace énfasis en la relevancia de portar el uniforme para reforzar la identidad en el Centro Vida, generando orgullo de ser parte del grupo y compromiso con sus valores.

En virtud de lo anterior, los usuarios comprenden el llamado de atención y se comprometen a portar el uniforme reglamentario todos los días que asistan al programa, además, reconocen la importancia del uso del mismo a la hora de participar de las actividades.

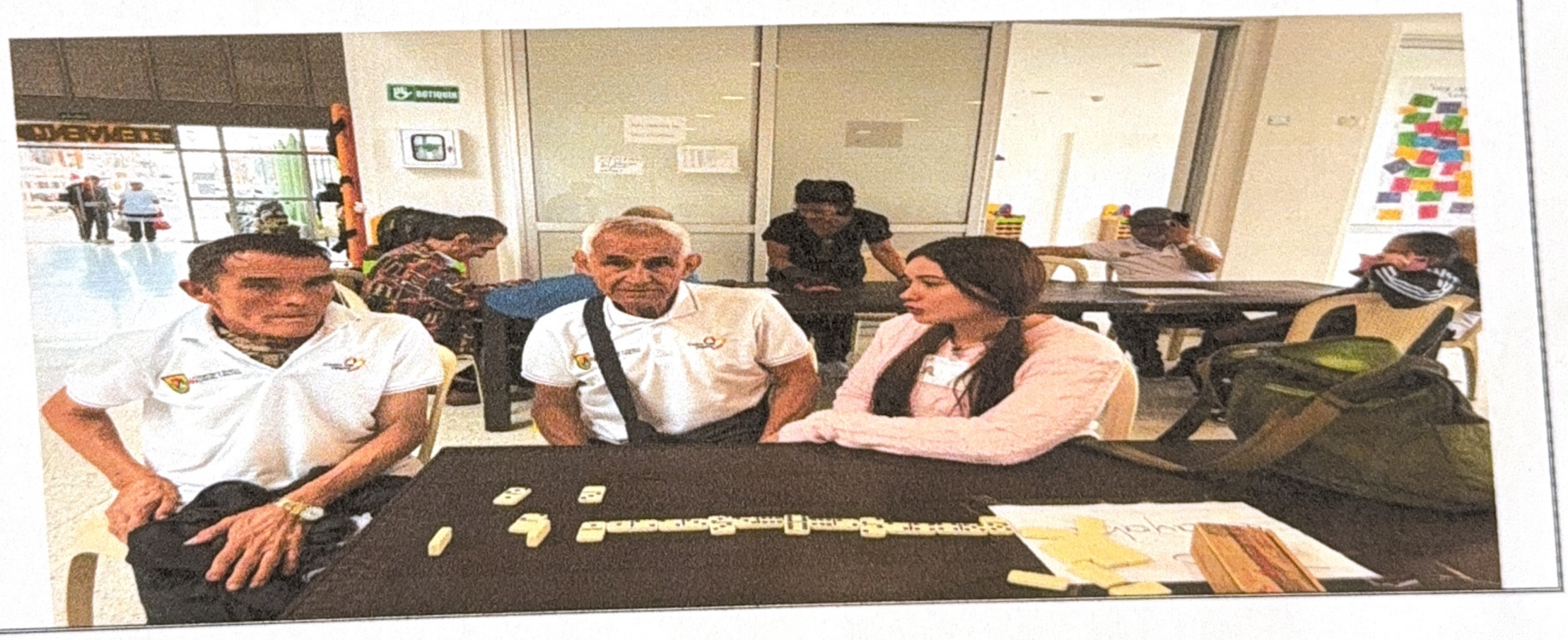
Alcaldia de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
		Versión: 1
ACTA DE COMPROMISO		**Código: 1.1**
		Vigencia: 08-2024

#	RESPONSABLE	COMPROMISOS
1	MARY LUZ ARBOLEDA	REALIZAR ACTA Y SEGUIMIENTO DEL PORTE DEL UNIFORME DE LOS USUARIOS.
2	JAVIER ESPINOSA	PORTAR EL UNIFORME REGLAMENTARIO.
3	PEDRO NEL OSPINA	PORTAR EL UNIFORME REGLAMENTARIO.

Siendo las 3:45 PM, se da por terminada la reunión. Para constancia se firma en Pereira Risaralda a los 19 días del mes de junio de 2025.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCION	CARGO	FIRMA
1	MARY LUZ ARBOLEDA	COOPERATIVA MULTISER	PSICÓLOGA-CEVI-OP-JORNADA TARDE	
2	JAVIER ESPINOSA	COOPERATIVA MULTISER	USUARIO- CEVI - OP – JORNADA TARDE	
3	PEDRO NEL OSPINA	COOPERATIVA MULTISER	USUARIO- CEVI - OP – JORNADA TARDE	

REGISTRO FOTOGRAFICO



ADRES

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	6667659
NOMBRES	JAVIER
APELLIDOS	ESPINOSA OROZCO
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	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	19/01/2007	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/16/2025 16:22:15	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

FECHA DE EVALUACION: **DIA:** 24 / **MES:** Julio / **AÑO:** 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Javier Espinosa / **C.C:** 6667659 /

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)***	☐	☐	☐	☐	X
2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – ***(PARTICIPACION)***	☐	☐	☐	☐	X
3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – ***(AFECTO)***	☐	☐	☐	☐	X
4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – ***(CRECIMIENTO)***	☐	☐	☐	☐	X
5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – ***(RESOLUCION)***	☐	☐	☐	☐	X

ANALISIS RESULTADO:

El resultado del apgar arc una puntuación de 20, en el que se observa que tiene una red de apoyo solida, se comunica y maneja buena resolución de conflictos

Daniela Londoño Montoya

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 6024411134

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

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: Javier Espinoza

N° Identificación: 6567956.

Fecha	24-6-25	HOMBRE ☐	MUJER ☐	Jornada	Tarde.

Tipo de usuario

Adulto Mayor	☑	Madre Cabeza de Hogar	☐
Discapacitado	☐	Campesino	☐
Desplazado	☐	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:

Paseos termales - Porque del Cafe.

Gracias por su colaboración

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: Javier Espinosa Orozco

N° Identificación: 6667659

Fecha		HOMBRE ☒	MUJER ☐	Jornada	Tarde

Tipo de usuario

Adulto Mayor	☒	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:

Gracias por su colaboración

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

Nombre del adulto: Javier Espinosa

N° Identificación del adulto: 6667659

Dirección domicilio: Mz Cs 9 San Gregorio

EAPB: Asmet Salud

Nivel de Riesgo:

Cel: 3205074229

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
03 10 25.	13+53.	135/90	83	90	20	35.6	T. Signos Vitales.	Diana Galeano
05-11-25	15+00	129/76	88	94	20	36.1	T. Signos Vitales	Diana Galeano
02-12-25	15:35	108/67	90	92	20	35.5	T. Signos Vitales	Diana Galeano

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

Nombre del adulto: Javier Espinosa

EAPB: Asmet Salud.

N° identificación del adulto: 6667659

Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: Mz Cs 9 San Gregorio

Cel: 3205074229

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
03 10 25.	13+53.	135/90	83	90	20	35.6	T. Signos Vitales.	Diana Galeano
05-11-25	15+00	129/76	88	94	20	36.1	T. Signos Vitales	Diana Galeano
02-12-25	15+35	108/67	90	92	20	35.5	T. Signos Vitales	Diana Galeano

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

Nombre del adulto: Javier Espinoza

N° identificación del adulto: 6667659

Dirección domicilio: Mz C5 9 San Gregorio

EAPB: Asmet Salud.

Nivel de Riesgo:

Cel: 3205074229

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
03 10 25.	13+53.	135/90	83	90	20	35.6.	T. Signos Vitales.	Diana Galeano
05-11-25	15+00	129/76	88	94	20	36.1	T. Signos Vitales	Diana Galeano

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 Javier Gonora	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 6667659
GRUPO Amarillo - PM	EVALUADO POR Victor Mena.
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 /	MES: Octubre / 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

Powered by CamScanner

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: N/A	**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 10 **TOTAL** _____

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

ANALISIS: Usuario con independencia total para realizar actividades cotidianas

Victor Manuel

NOMBRE PERSONA EVALUADORA

FIRMA PERSONA EVALUADA

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	
ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Javier Espinoza	6667659
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Amarillo - PM.	Victor Manri
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 /	MES: Octubre / 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.
2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. EQUILIBRIO MIENTRAS ESTÁ SENTADO:

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

3. AL LEVANTARSE:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
X = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 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

Powered by CamScanner

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: 10, ___ 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*

Powered by CamScanner

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.
1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco, aunque logra recuperarse **o** pierde el paso una o dos veces.
X = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

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	
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

9-9
26-26
35-35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuario con bajo riesgo de caida. Presenta equilibrio estatico y marcha excelente. Recomendacion AF general para mantener y mejorar condiciones actuales.

Puntuacion obtenida 35 de 35

Victor Mora

FIRMA – EVALUADOR

FIRMA PERSONA EVALUADA

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	
	VALORACION DEL ESTADO DE SALUD	**Versión: 1** **Código: MGO-02-48** **Vigencia: 03-2025**

Fecha de valoración: 03 Octubre 2025.

Nombre del paciente: Javier Espinosa

Identificación del Paciente: 6667659 **Ocupación:** Ninguna

Fecha de Nacimiento: 25 Julio 1956. **Edad:** 69

- Quienes forman su hogar 4 personas
- Antecedentes Patológicos No.
- Discapacidad Mental No.
- Antecedentes Familiares No.
- Ultimo control médico Julio 2025.
- Ayudas técnicas: audífono — lentes — Placa dentaria — Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis — Marcapasos — Otro: —
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol — tabaco — drogas — frecuencia: —
- Medicamentos: No.

Nombre del medicamento —
Dosis: —
Frecuencia —
¿Desde cuándo? —
Nombre del medicamento —
Dosis: —
Frecuencia —
¿Desde cuándo? —
Nombre del medicamento —
Dosis: —
Frecuencia —
¿Desde cuándo? —

• **SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD**						
¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural __ Buena X Muy Buena __					
¿Por qué suele acudir al médico?	Control					
¿Confía en las opiniones médicas?	Si					
• **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		NO	X	¿POR QUÉ?	
FAMILIARES						
¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Buena					
¿Cómo es la relación con sus hijos?	No.					
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Si					
¿Participa de reuniones familiares?	Si					
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	Si					

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**

SOCIALES	
¿Tiene amigos?	Si
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	Todos los dias
¿Hace parte de algún grupo?	No.

• **SEXUALIDAD**	
MUJER	**HOMBRE**
¿tiene vida sexual activa? Si___ No ___	¿tiene vida sexual activa? Si X No ___
Última menstruación _____	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No X
Ultima citología _____	¿Presenta secreciones inusuales? Sí___ No X
¿Se practica examen de seno? Si__ No__ Por qué _____	¿Se ha realizado examen de próstata? Si X No __ Por qué _____

• **ELIMINACIÓN**	
¿Presenta dificultad para orinar? Si__ No X	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No X
¿Con que frecuencia orina? 3 veces.	¿Con que frecuencia realiza deposición?
¿Despierta en la noche para orinar? Si X No__ A veces 2 ves.	¿Salida involuntaira? Si__ No X A veces___
¿Color inusual? Si__ No X cual _____	¿ultiza ayudas para defecar? Si__ No X A veces___ Cual_____
¿Olor inusual? Si__ No X 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**	• **ACTIVIDAD FISICA**
¿Cuántas horas duerme? 5 a 5 horas.	¿Presenta fatiga? Si__ No X ¿con que actividad?
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? No.	¿Presenta dolor en el tórax? Si__ No X ¿Cuándo?
¿sufre de insomnio? No.	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si__No X ¿Cuándo? _____

• **SIGNOS VITALES**					
Frecuencia cardiaca	83	Frecuencia respiratoria	20	Presión arterial	135/90

• **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 X no __ cuántas_____

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

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

Tiempo en segundos de permanencia en el piso ~ 5 seg.

Necesitó ayuda para levantarse si ___ no X

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: Usuario Con buena actitud y tranquilo, Respetuoso, Con buena higiene Personal.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Usuario sin dx de base no refiere ningun medicamento
Se realiza Valoración signos V. Cada mes.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Diana Sorley Galeano R

Cargo: Aux. Enfermeria.

Firma: Diana Galeano R.

Firma o huella paciente:

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Javier Espinosa
EAPB: Asmetsalud.
N° identificación del adulto: 6667659
Nivel de Riesgo: ____________
Dirección domicilio: Mc Cs 9 San Gregorio
Cel: 320 5074229

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
03 10 25.	13+53.	135/90	83	90	20	35.6.	T. Signos Vitales.	Diana Galeano

Powered by CamScanner

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 24 M: 07 A: 2024	Javier Espinoza	Mariana Vargas L.

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR		
Abducción de hombro	5	5
Flexión de codo	5	5
Extensión de muñeca	5	5
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	5	5
Extensión de rodilla	5	5
Dorsiflexión de tobillo	5	5
PUNTAJE TOTAL		60

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

0. Sin contracción muscular
1. Vestigio de contracción muscular
2. Movimiento activo sin gravedad
3. Movimiento activo contra la gravedad
4. Movimiento activo contra la gravedad y la resistencia
5. Movimiento activo contra la gravedad y la resistencia máxima

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Fuerza suficiente para realizar las AVD sin ayuda. Se recomienda realizar ejercicios de fortalecimiento para mantenerla y mejorarla.

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

Scanned with CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
Mini-BESTest **"Evaluación de los Sistemas de Equilibrio"**		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 24 M: 07 A: 25	Javier Espinoza	Mariana Vargas L.

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

Instrucción: "Cruce los brazos sobre el tórax". Intente no usar las manos salvo que lo necesite. No deje que sus piernasse apoyen contra el borde de la silla cuando esté de pie. Por favor, ahora póngase de pie.

- [x] **(2) Normal:** Se pone de pie sin usar las manos y se estabiliza independientemente.
- [ ] **(1) Moderado:** Se pone de pie USANDO sus manos en el primer intento.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz de ponerse de pie desde la silla sin ayuda de un asistente O precisa de varios intentos con la ayuda de sus manos.

2. PONERSE DE PUNTILLAS

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros. Coloque sus manos en sus caderas. Intenteponerse tan alto como pueda de puntillas. Contaré en voz alta hasta 3. Intente mantenerse en esa posición al menos 3 segundos. Mire al frente. Levante ahora."

- [x] **(2) Normal:** Estable durante 3 segundos con la altura máxima.
- [ ] **(1) Moderado:** Levanta los talones, pero no con el rango máximo (más pequeño que cuando se sujeta con las manos) o notable inestabilidad durante 3 s.
- [ ] **(0) Grave:** < 3 s.

3. APOYO MONOPODAL

Instrucción: "Mire al frente. Mantenga las manos en sus caderas. Póngase a la pata coja (levantando su pierna hacia atrás). No toque con su pierna elevada la pierna de apoyo. Permanezca sobre la pierna tanto como pueda. Mire al frente.Levante ahora."

IZDA: Tipo en S Prueba 1: Prueba 2:		DCHA: Tipo en S Prueba 1: Prueba 2:	
[x]	**(2) Normal:** 20 s	[x]	**(2) Normal:** 20 s
[ ]	**(1) Moderado:** < 20 s	[ ]	**(1) Moderado:** < 20 s
[ ]	**(0) Grave:** Incapaz	[ ]	**(0) Grave:** Incapaz

Para registrar cada lado por separado use la prueba de mayor duración. Para calcular la subpuntuación y la puntuación total use el lado [izdo. o dcho.] con la puntuación numérica más baja [el lado peor].

Scanned with CamScanner

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros, brazos a los lados. Inclínese hacia delante apoyándose en mis manos más allá de sus límites anteriores. Cuando lo suelte haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

- [x] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso O podría caer si no fuera cogido O cae de manera espontánea.

5. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA ATRÁS

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros, brazos a los lados. Inclínese hacia detrás contra mis manos más allá de sus límites posteriores. Cuando lo suelte haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

- [x] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso O podría caer si no fuera cogido O cae de manera espontánea.

6. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- LATERAL

Instrucción: "De pie con los pies juntos, brazos a los lados. Inclínese hacia mi mano más allá de sus límites laterales. Cuando lo suelte, haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

Izquierda		Derecha	
☑	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto	☑	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto
☐	**(1) Moderado:** Varios pasos para recuperar el equilibrio	☐	**(1) Moderado:** Varios pasos para recuperar el equilibrio
☐	**(1) Grave:** Caída o no puede dar el paso	☐	**(0) Grave:** Caída o no puede dar el paso

Use el lado con la puntuación más baja para calcular la subpuntuación y la puntuación total.

Scanned with CamScanner

ORIENTACIÓN SENSORIAL SUBPUNTUACIÓN: /6

7. DE PIE (PIES JUNTOS); OJOS ABIERTOS, SUPERFICIE FIRME

Instrucción: "Coloque sus manos en sus caderas. Coloque sus pies juntos hasta que casi se toquen. Mire al frente. Permanezca tan estable como sea posible, hasta que yo diga que pare."

Tiempo en segundos:

- [x] **(2) Normal:** 30 s.
- [ ] **(1) Moderado:** < 30 s.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz.

8. DE PIE (PIES JUNTOS); OJOS CERRADOS, SUPERFICIE GOMAESPUMA

Instrucción: "Póngase en la gomaespuma. Coloque sus manos en las caderas. Coloque sus pies tan juntos que casi se toquen. Permanezca tan estable como sea posible, hasta que le diga que pare. Comenzaré a cronometrar cuando cierre susojos".

Tiempo en segundos:

- [x] **(2) Normal:** 30 s.
- [ ] **(1) Moderado:** < 30 s.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz.

9. INCLINADO - OJOS CERRADOS

Instrucción: "Sitúese en la rampa inclinada. Coloque los dedos de sus pies en la parte más elevada de la rampa. Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros y sus brazos abajo a ambos lados del cuerpo. Comenzaré a cronometrar cuando cierre sus ojos."

Tiempo en segundos:

- [x] **(2) Normal:** Bipedestación independiente 30 s y se alinea con la gravedad.
- [ ] **(1) Moderado:** Bipedestación independiente <30 s O se alinea con la superficie.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz.

MARCHA DINÁMICA SUBPUNTUACIÓN: /10

10. CAMBIO EN LA VELOCIDAD DE MARCHA

Instrucción: "Comience a caminar a su velocidad normal. Cuando le diga "más rápido", camine tan rápido como pueda. Cuan-do le diga "lento", camine muy lentamente."

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

Scanned with CamScanner

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

- [x] (2) Normal: Capaz de pasar por encima de la caja con cambio mínimo en la velocidad de marcha y con buen equilibrio
- [ ] (1) Moderado: Pasos por encima de la caja, pero la toca O lo hace con prudencia enlenteciendo la marcha.
- [ ] (0) Grave: Incapaz de pasar por encima de la caja O pasos alrededor de la caja.

14. TEST UP & GO (TUG) (en español: "LEVANTARSE E IR") CRONOMETRADO CON DOBLE TAREA (MARCHA 3 METROS)

Instrucción TUG: "Cuando le diga "vaya", levántese de la silla, camine a su velocidad normal cruzando la cinta del suelo, dé la vuelta y siéntese en la silla".

Instrucción TUG con doble tarea: "Cuente hacia atrás de 3 en 3 comenzando en ... Cuando le diga "vaya", levántese de la silla, camine a su velocidad normal cruzando la cinta del suelo, dé la vuelta y siéntese en la silla. Continúe contando hacia atrás todo el tiempo."

TUG: 08,46 **segundos** **TUG doble tarea:** 09,80 **segundos**

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 28 /28

Scanned with 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: Javier Estrada Pineda	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6661659
GRUPO: Amarillo PM	EVALUADO POR: Mary Luz Arboleda
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 13 / MES: 08 / 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

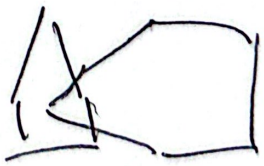
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 2 3

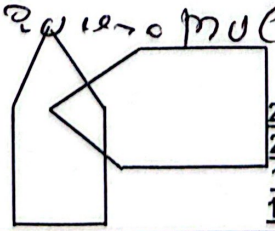
MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 2 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: Te quiero mucho — 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 DETERIORO 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

Alcaldia 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: 13	MES: 08	AÑO: 2025
NOMBRE COMPLETO: Javier Espinosa O.		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6667659	
GRUPO: Amarillo PM		ENTREVISTADO POR: Mary Luz 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**.	0
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

FIRMA PROFESIONAL: _____

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

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 16/05/2025

Ficha: 66001025561500001330

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JAVIER

Apellidos: ESPINOSA OROZCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 6667659

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/10/2019

Última actualización ciudadano: 11/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Espinosa Nombre: Javier

Sexo: M Edad: 68 Peso, kg: 55,3 Altura, cm: 1,64 Fecha: 28/5/25

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 → 1

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) → 12

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación (máx. 16 puntos) → ☐☐.☐

Cribaje → ☐☐.☐

Evaluación global (máx. 30 puntos) → ☐☐.☐

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐ estado nutricional normal
De 17 a 23,5 puntos ☐ riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos ☐ malnutrición

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

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

Nombre del adulto: Javier Espinosa **EAPB:** Asmet Salud.

N° identificación del adulto: 66676659 **Nivel de Riesgo:**

Dirección domicilio: Mc Cs 9 San Gregorio **Cel:** 3205074229

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
03 10 25.	13+53.	135/90	83	90	20	35.6.	T. Signos Vitales.	Diana Galeano
05-10-25	15+00	119/76	88	94	20	36.1	T. Signos Vitales	Diana Galeano