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: Jesus Emilio Ruiz Giraldo

GRUPO: Azul **JORNADA:** Pm
TELEFONOS: 3234471664

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

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

18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q			
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular			
VALORACION – AREA FISIOTERAPIA				
20	Cuestionario - Mini-BESTest	X		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	X		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit	-	-	NO ESTA EN CONTRATO
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			
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 25 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias-Trabajo Social 1125092595

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 112

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 23 MES 05 AÑO 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jesus Emilio Ruiz Giraldo

LUGAR DE NACIMIENTO: Guadalupe FECHA: DIA 08 MES 05 AÑO 1946

DIRECCIÓN: Mz 26 Csa 22

TELEFONO: 3234471664

EDAD: 68 CATEGORIA SISBEN: A3 DESPLAZADO No EPS Nueva Eps

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Alice Maria
DIRECCIÓN Mz 26 Casa 22 TELEFONO 3122074340

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario: Gloria Inés Arias

C.T.A. MULTISER

Alcaldía de PEREIRA

APROBACION DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

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

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres Jesus Emilio	Apellidos Ruiz Giraldo
Documento de identidad 3384374	Expedida Angostura 05/Sep/1967

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 X	B	C	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	—
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar	—	Sedentarismo	X
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 23 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucia Alzate Gonzalez
Nombre Gerontólogo(a)

Diomara Quintero
Nombre Psicólogo(a)

Firma

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

ENCUESTA No. _____ /

DATOS GENERALES

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

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Jesus Ruiz Giraldo PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jesus Ruiz Giraldo C.C 3384374 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 08/ M 05/ A 1946/ Guadalupe / EDAD 68/ SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz 26 casa 22 / BARRIO Chicó Restrepo

EPS Nueva Eps / PUNTAJE SISBEN A3 / TIPO SANGRE O+ /

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

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

COMUNA Florida (Corregimiento) / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3234471664 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ninguna / ANTERIOR Oficios varios /

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

CUÁL: — / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Alice Maria /

DIRECCIÓN Mz 26 casa 22 TELÉFONO 3220744340 PARENTESCO Esposa /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: — /

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

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

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: MUY BUENA — / BUENA X / REGULAR — / 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	Alice Maria	70	Esposa	Ama de Casa
2	—	—	—	—
3	—	—	—	—
4	—	—	—	—

5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES				X
PARIENTES				X
VECINOS				
AMIGOS				

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI ___/

CUÁL? ___/

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI ___/

CUAL? ___/

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

CUAL? ___/

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACIÓN ___/ CULTURA ___/ ARTES ___/ MANUALIDADES ___/

OTRAS: ___/ CUÁLES: ___/

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

___/

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

PENSIONADO ___/ RENTAS PROPIAS ___/ CÓNYUGE ___/ HIJOS ___/

FAMILIARES ___/ SUBSIDIO DEL ESTADO X / AMIGOS ___/ VECINOS ___/

OTROS CUÁLES? ___/

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. X

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

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

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA X / FAMILIAR — / 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 — /

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES — / DORMITORIO COMPARTIDO X /

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

VIVIENDA EN RUINA — / OTRA — /

TODAS LAS ANTERIORES — /NINGUNA DE LAS ANTERIORES — /

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

CENTRO VIDA: SI X / NO — /

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Gloria Inés Anar /

PROFESIÓN: Trabajadora Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1225092595

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: Jesus

SEGUNDO NOMBRE: Emilio

PRIMER APELLIDO: Ruiz

SEGUNDO APELLIDO: Giraldo

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: 08/mayo/1946
No. Documento 3384374

RANGO DE EDAD:

AÑOS CUMPLIDOS: 68

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

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: A3

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: Nueva EPS

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

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

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

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 —
2 —
2 [X] NO

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

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

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor
2 —

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Compartir con la familia

—
—
—

2

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: MZ 26 casa 22
BARRIO: Chicó Restrepo

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3234477664 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Alice Mena PARENTESCO: Esposa
TELÉFONO DE CONTACTO: 3122074340

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

Aprender

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

—
—
—
—

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Gloria Inés Arias

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
23	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	1 Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Jesus Emilio

APELLIDOS: Ruiz Giraldo

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 08 / MES: Mayo / AÑO: 1946

EDAD: 68 SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 3384374 / TIPO SANGRE: O+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: MZ 26 Casa 22 / BARRIO: Chicó Restrepo

COMUNA: Corregimiento La Florida / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3234471664 / PLAN FUNERARIO: Mapfre

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Nueva Eps / PUNTAJE SISBEN A3

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: —

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Ninguno

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Alice Mann

PARENTESCO: Esposa / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3122074340

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

DIRECCIÓN: Cra 13 # 2E-04 / TELÉFONOS: 3127497748

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac612008@hotmail.com

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

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

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

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

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 23 días del mes de mayo de lañ 2024.

Firma: Jesus Emilio Ruiz

Nombre: Jesus Emilio Ruiz Giraldo

Identificación: 3.384 374



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.384.374

RUIZ GIRALDO

APELLIDOS

JESUS EMILIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1946

GUADALUPE
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-SEP-1967 ANGOSTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00298130-M-0003384374-20110504 0026849201A 1 4531313281

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 09/04/2024

Ficha: 66001077563300000162

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JESUS EMILIO

Apellidos: RUIZ GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3384374

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/04/2023

Última actualización ciudadano: 14/04/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/05/2024

Ficha: 66001077563300000162

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JESUS EMILIO

Apellidos: RUIZ GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3384374

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/04/2023

Última actualización ciudadano: 14/04/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

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	3384374
NOMBRES	JESUS EMILIO
APELLIDOS	RUIZ GIRALDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	DOS QUEBRADAS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/24/2024 15:39:53	**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

ESE HOSPITAL SANTA MONICA
NIT - 891411663-1
Viviendo la calidad para llegar a la excelencia
HOSPITAL Cll 18 Cra 19 - 3302507 - Dos Quebradas - COLOMBIA

Fecha impresión: 04/06/2024 08:36
Copia

CLASIFICACION DEL TRIAGE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	AGUDELO CANO	**Nombres:**	JOSE ALBEIRO
Tipo Identificación:	TI	**Número documento:**	6279840
Fecha de Nacimiento:	19/01/1949	**Edad:**	74 Años/9 Meses/0 Dias
Género:	Masculino	**Ocupación:**	ESTADISTICOS, MATEMATICOS, ECONOMISTAS,CONTADORES,JEFES,EMPLEADOS DE OFICINA, ANALISTAS SISTEMAS Y
Dirección:	CLL 2 N 3 - 11 BA	**Teléfono:**	3186121286
Nombre del Cliente:	NUEVA EPS	**Convenio:**	CAPITADO SUB NUEVA EPS
Fecha registro :	19/10/2023 12:07	**Fecha atención:**	19/10/2023 12:07

Estado civil: Soltero

ATENCIÓN **Causa externa:** Enfermedad general
Motivo de consulta: " TENGO UNA ALERGIA HACE 15 DIAS

ANTECEDENTES PERSONALES

22) Consumo de cigarrillos: NO
Observaciones antecedentes personales (especifique citando el numeral): NIEGA PATOLOGIAS
NIEGA ALERGIS.

SIGNOS VITALES

TAS (mmHg):: 133
TAD (mmHg):: 74 **FC (xm)::** 92 **FR (xm)::** 20 **Temperatura::** 36.0 **SaO2 %:** 94
ESCALA DE COMA DE GLASGOW **Respuesta Ocular:** 4 **Respuesta Verbal:** 5 **Respuesta Motora:** 6 **Total Escala de Coma de Glasgow:** 15

TRIAGE

Hallazgos: USUARIO CONCIENTE ORIENTADO, PATRÓN RESPIRATORIO NORMAL SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO MUCOSAS HIDRATADAS. HEMODINAMICAMENTE ESTABL SE ASIGNA CITA PRIORITARIA
Registro de Triage:
Diagnósticos:
Sede: HOSPITAL SANTA MONICA SEDE PRINCIPAL
Especialidad: ENFERMERIA
Destino: Consulta priorizada
Nivel de triage sugerido: TRIAGE V
Reingreso: No

DANIELA HERNANDEZ BOLIVAR
CC 1088332939
Nº de registro:
ENFERMERIA

TI - 6279840 - JOSE ALBEIRO AGUDELO CANO - 19/10/2023 12:18:18 Fecha impresión: 04/06/2024 08:37

Tipo principal: Impresión diagnóstica.

PLAN DE MANEJO Y TERAPEUTICO

Plan de manejo: PACIENTE MASCLUNO EN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA CON ANTECEDENTES DE HTA QUIEN CONSULTO POR CUADRO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ALERGIA. PACIENTE QUIEN EN EL MOMENOT PRWESENTA RASH CUTANEO Y ENROJECIMIENTO POR RASCADO NO OTROS HALLAZGOS SE INDICA MANEJO MEDICO AMBULATORIO. SE LE EXPLICA A APCIENTE CONDUCTA A SEGURI QUIEN REFIERE ENTNEDER Y ACEPTAR. SE EXAMINA PAIENTE CON LOS EPPS INDICADOS POR EL INS

Manejo terapeutico: MANEJ MEDICO AMBULATORIO

ORDEN DE MEDICAMENTO:	**Cantidad**	**Dias Tratamiento**	**Vía administración**
19/10/2023 12:28 - ORDEN DE MEDICAMENTOS - MEDICINA GENERAL - LAURA MARIA DUQUE VARGAS			
14215 BETAMETASONA - 0.05% CREMA	30	10	Topica (externa)
13549 CLOTRIMAZOL - 1% CREMA TOPICA	10	5	Topica (externa)
19/10/2023 12:28 - ORDEN DE MEDICAMENTOS - MEDICINA GENERAL - LAURA MARIA DUQUE VARGAS			
888 CETIRIZINA 10MG TABLETA	450	15	Oral

LAURA MARIA DUQUE VARGAS
CC 1088306152
Nº de registro:
MEDICINA GENERAL

ESE Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA
NIt: 816,005,003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE ALDEMAR CASTAÑEDA OSORIO

Documento:	CC 10,094,546			H.C.	10094546
Fecha nacimiento:	Sep,01/1955	Edad:	68 Años	Sexo:	Masculino
Dirección:	CLLE 4 B 05 VILLAVICENCIO	Teléfono:	3003980785	Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			Etnia:	Otros
Número de Ficha:	31668			Nivel:	Nivel 1
Atención:	11	Fecha:	Jun,07/2024	Hora:	08:34
Causa externa:	Enfermedad General		Finalidad: No Aplica		

Motivo consulta: MC: "ESTOY CORTO DE VISTA Y UNA ALERGIA"
TEL: 3003980785

Enfermedad actual: PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD, REFIERE HACE UN AÑO LE FORMULAN LENTES, PERO SIENTE QUE SE HA ADAPTDO A LENTES BIFOCALES, REFEIRE "TENGO QUE BJAR MUCHO LA CABEZA PARA PODER VER LAS ESCALAS.

REFEIRE DESDE HACE 2 MESES CON PRURITO EXTREMIDADES.

A.P. NIEGA
NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS.
A.QX. CX DE CATARATA BILATERAL.

Revisión por sistemas:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos
Otros: NIEGA 10-08-2023 10:31

Antecedentes Quirúrgicos
Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido): CIRUGIA DE ULCERA GASTRICA 10-08-2023 10:36
OPERADO DE PENE POR TRAUMA 15-09-2021 14:13

Antecedentes Traumáticos
Fracturas: HOMBRO IZQUIERDO 15-09-2021 14:13

Antecedentes Alérgicos
Medicamentos: NIEGA 10-08-2023 10:32

EXAMEN FISICO

Cabeza:
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:13
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 15-09-2021 14:17
Normal 10-08-2023 10:35
Normal 18-08-2023 13:02
Normal 07-06-2024 08:38

Ojos:
Normal Clear(a) Pen Ojo Izquierdo 27-05-2021 00:00
Normal No Evidencia Opacidad Del Cristalino Piel No Tejido Fibroso Ocular No Lesion Conjuntival 15-07-2019 09:09
No Evalúa 27-05-2021 10:16
No Evalúa 02-06-2021 09:32

Fondo de Ojo:
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 07-06-2024 08:38

Oidos:

Nariz y senos paranasales:

ESE SALUD PEREIRA
NIt: 816,005,003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE ALDEMAR CASTAÑEDA OSORIO
Documento: CC 10,094,546 H.C. 10094546
Fecha nacimiento: Sep,01/1955 Edad: 68 Años Sexo: Masculino
Dirección: CLLE 4 B 05 VILLAVICENCIO Teléfono: 3003980785 Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Etnia: Otros
Número de Ficha: 31668 Nivel: Nivel 1
Atención: 11 Fecha: Jun,07/2024 Hora: 08:34
Causa externa: Enfermedad General Finalidad: No Aplica

Boca:
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 15-09-2021 14:17
Normal 10-08-2023 10:35
Normal 18-08-2023 13:02
Normal 07-06-2024 08:42

Garganta:
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 15-09-2021 14:17
Normal 10-08-2023 10:36
Normal 18-08-2023 13:02
Normal 07-06-2024 08:38

Cuello:
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 15-09-2021 14:17
Normal 10-08-2023 10:36
Normal 18-08-2023 13:02
Normal 07-06-2024 08:38

Mamas y axilas:
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 07-06-2024 08:38

Tórax:
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 07-06-2024 08:38

Pulmones:
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 07-06-2024 08:38

Corazón:
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 15-09-2021 14:18
Normal 10-08-2023 10:36
Normal 18-08-2023 13:02

ESE SALUD PEREIRA
NIt: 816,005,003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE ALDEMAR CASTAÑEDA OSORIO
Documento: CC 10,094,546 H.C. 10094546
Fecha nacimiento: Sep,01/1955 Edad: 68 Años Sexo: Masculino
Dirección: CLLE 4 B 05 VILLAVICENCIO Teléfono: 3003980785 Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Etnia: Otros
Número de Ficha: 31668 Nivel: Nivel 1
Atención: 11 Fecha: Jun,07/2024 Hora: 08:34
Causa externa: Enfermedad General Finalidad: No Aplica

Abdomen:
Normal 07-06-2021 09:35
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 15-09-2021 14:18
Normal 10-08-2023 10:35
Normal 18-08-2023 13:02
Normal 07-06-2024 08:38

Genitourinario:
No Evalúa 27-06-2019 09:09
No Evalúa 15-07-2019 09:14
No Evalúa 27-05-2021 10:16
No Evalúa 02-06-2021 09:32
Normal 07-06-2024 08:38

Tacto vaginal:
No Evaluado 27-06-2019 09:09
No Evaluado 15-07-2019 09:14
No Evaluado 07-06-2024 08:38

Tacto rectal:
Evaluados Previstata Aumentad De Tamaño Consistencia Normal 10-08-2023 00:00
No Evaluado 27-06-2019 09:09
No Evaluado 15-07-2019 09:14
No Evaluado 27-05-2021 10:16
No Evaluado 07-06-2024 08:38

Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de consciencia):
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 07-06-2024 08:38

Sistema Vascular periférico:
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 07-06-2024 08:38

Piel y faneras:
Anormal Lesiones Purpiformes Y Costras Por Rascado En Extremidades Inferiores , Manos En Todo El Cuerpo Hipopigmentadas 07-06-2024 00:00
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14
Normal 27-05-2021 10:16
Normal 07-06-2024 08:38
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14

Sistema Osteomuscular:

Otros:

Especuloscopia:
No Evaluado 27-06-2019 09:09
No Evaluado 15-07-2019 09:14
No Evaluado 07-06-2024 08:38

Extremidades:
Anormal Quiste Sobre El Dorso Derecho En Gastro 18-08-2023 00:00
Normal 27-06-2019 09:09
Normal 15-07-2019 09:14

ESE SALUD PEREIRA
NIt: 816,005,003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE ALDEMAR CASTAÑEDA OSORIO
Documento: CC 10,094,546 H.C. 10094546
Fecha nacimiento: Sep,01/1955 Edad: 68 Años Sexo: Masculino
Dirección: CLLE 4 B 05 VILLAVICENCIO Teléfono: 3003980785 Ciudad: PEREIRA
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS Etnia: Otros
Número de Ficha: 31668 Nivel: Nivel 1
Atención: 11 Fecha: Jun,07/2024 Hora: 08:34
Causa externa: Enfermedad General Finalidad: No Aplica

Normal 27-05-2021 10:16
Normal 02-06-2021 09:32
Normal 15-09-2021 14:18
Normal 10-08-2023 10:37
Normal 07-06-2024 08:38

Total: 0

Clasificación:

Tipo de población Persona LGBTI:
No 10-08-2023 10:40
No 18-08-2023 12:59
No 07-06-2024 08:38

Total: 0

Clasificación:

TECNOLOGIAS BLANDAS
NO CORRESPONDE

Histórico para seguimiento

Fecha	Hora	Total	Título	Clasificación	Profesional

HISTORIA CLINICA
ESE HOSPITAL SANTA MONICA DOSQUEBRADAS-RISARALDA
Nit. 891411663
Dir. CARRERA 19 CALLE 18 ESQ. STA MONICA - Tel. 3302507

Código Plantilla:11U714-F01
Fecha Historia:14/06/2019 08:07 a.m.
Lugar y Fecha:DOS QUEBRADAS,RISARALDA 14/06/2019 08:07 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3384374 JESUS EMILIO RUIZ GIRALDO
Administradora: MEDIMAS EPS S.A.S. Convenio: CAPITADONIVEL 1 Tipo de Usuario: SUBSIDIADO ESTRATO 1
No Historia: 3384374 Cons. Historia: 8212671
Atención: Ambulatorio

Datos Generales
Fecha: 14/06/2019
Hora: 08:05
Nombre: JESUS EMILIO RUIZ GIRALDO
Historia: 3384374
Edad: 73 Años
Sexo: Masculino
Ocupacion: HOGAR
E.A.P.B.: MEDIMAS EPS S.A.S.
Convenio: CAPITADONIVEL1
Direccion: LA PLAYA CASA 20
Telefono: 3146939734 3002748703
Zona: RURAL
Etnia: MESTIZO
Educación.: NINGUNA

Causa Externa que Origina la Atención
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: 10 NO APLICA

Anamnesis
Motivo de la Consulta: "UN DOLORCITO ACÁ"
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 73 AÑOS, ASISTE SOLO. NO AP ANOTADOS DE RELEVANCIA. REFIERE CUADRO DE APROXIMADAMENTE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN CERVICALGIA DERECHA, NO ASOCIADO CON TRAUMAS. NIEGA PARESTESIAS O DEBILIDAD DE MMSS. MANEJO EN CASA CON ACETAMINOFÉN CON CONTROL OCASIONALMENTE.

Antecedentes Familiares
1) HTA: NO
2) DIABETES MELLITUS: NO
3) CANCER: NO
4) TB.: NO
5) CONVULSION: NO
6) CARDIOPATÍAS: NO
7) E.RESPIRATORIA: NO
8) CEREBROVASCULAR: NO
9) ALCOHOLISMO: NO
10) PSIQUIATRICOS: NO
11) OTROS: NO
Niega Antecedentes: NO
Especifique (citando el numeral): 1) Madre. 6) Madre murio de I.A.M.

Antecedentes Personales
1) HTA: NO
2) DIABETES MELLITUS: NO
3) CANCER: NO
4) TB.: NO
5) CONVULSION: NO
6) CARDIOPATÍAS: NO
7) E.RESPIRATORIA: NO
8) CEREBROVASCULAR: NO
9) ALCOHOLISMO: NO
10) PSIQUIATRICOS: NO
11) GASTROINTESTINAL: NO
12) TRAUMATICOS: NO
13) ALERGICOS: SI
14) QUIRURGICOS: NO
15) CONSUMO CIGARRILLOS: SI
16) I.T.S: NO
20) OTROS: SI
Niega Antecedentes: NO
Especifique citando el numeral: 13) Niega lergia a medicamentos. 15) Exfumador lo suspendio. 17) Lumbalgia. Hernia inguinal derecha.

Gineco Obstetricos
Revision por Sistemas
1.- Piel y Faneras: NO
2.- Organos de los Sentidos: NO
3.- Respiratorio: NO
4.- Cardiovascular: NO
5.- Gastrointestinal: NO
6.- Genitourinario: NO
7.- Locomotor: NO
8.- Endocrino: NO
9.- Neurosensorial: NO
Niega otros signos y sintomas: NO

, EXAMEN FISICO
Estado General: APARENTE SBUENAS CONDICIONES GENERALES
TA(mmhg): 140/80
FC(x m): 70
FR(x m): 17
Peso(Klg): 45.70
Talla (mt): 1.56
I.M.C: 18

Señale lo Anormal
1.- Piel y Anexos: NO
2.- Ojos: NO
3.- Agudeza Visual: NO
4.- Cabeza: NO
5.- Cavidad Oral: NO
6.- O.R.L.: NO
7.- Cuello: NO
8.- Torax: NO
9.- Mamas: NO
10.- Columna: NO
11.- Cardiorespiratorio: NO
12.- Abdomen: NO

13.- Genitourinario: NO
14.- Extremidades: NO
15.- Osteomuscular: NO
16.- Neurologico: NO
¿Sospechoso de Hipertension?(S ó N): N
¿Sintomático Dermatológico? (S ó N): N
¿Sintomático Respiratorio?(S/N): N
Hallazgos (Especifique, citando el numeral): PACIENTE AFEBRIL, NORMOCEFÁLICO, MUCOSAS HÚMEDAS ROSAS, ESCLERAS ANICETRICAS, CUELLO MÓVIL SIN MASAS NI ADENOPATÍAS, DOLOR A LA PALPACIÓN DE TRAPECIOS, CON LA ROTACIÓN HACIA LA IZQUIERDA. OROFARINGE: NO SE OBSERVA EDEMA ERITEMA O EXUDADO.TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, SINCRÓNICOS CON EL PULSO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PRFUNDA, SIN MASAS NI MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. PUÑO PERCUSIÓN BILATERAL NEGATIVA. EXTERMIDADES:SIMÉTRICAS SIN EDEMA NI CAMBIOS DE COLORACIÓN, LASEGUE BILATERAL NEGATIVO. NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT SIN FOCALIZACIÓN, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS, REFLEJOS ++/++++, FUERZA 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA, SIN SIGNOS MENINGEOS.

AP:
PACIENTE CON CUADRO DE CERVICALGIA, NO SIGNS DE ALAARMA O COMPLICACIONES, SE DA MANEJO SINTOMÁTICO Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

Diagnostico
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO **Dx. Principal:** M542-CERVICALGIA

Sebastián Gutierrez.

DR. GUTIERREZ MONTOYA SEBASTIAN
CC 1088318568
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1088318568

HISTORIA CLINICA
ESE HOSPITAL SANTA MONICA DOSQUEBRADAS-RISARALDA
Nit. 891411663
Dir. CARRERA 19 CALLE 18 ESQ. STA MONICA - Tel. 3302507

Código Plantilla:11U714-F01
Fecha Historia:14/06/2019 08:07 a.m.
Lugar y Fecha:DOS QUEBRADAS,RISARALDA 14/06/2019 08:07 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 3384374 JESUS EMILIO RUIZ GIRALDO
Administradora: MEDIMAS EPS S.A.S. Convenio: CAPITADONIVEL1 Tipo de Usuario: SUBSIDIADO ESTRATO 1
No Historia: 3384374 Cons. Historia: 8212671
Atención: Ambulatorio

Datos Generales
Fecha: 14/06/2019
Hora: 08:05
Nombre: JESUS EMILIO RUIZ GIRALDO
Historia: 3384374
Edad: 73 Años
Sexo: Masculino
Ocupacion: HOGAR
E.A.P.B.: MEDIMAS EPS S.A.S.
Convenio: CAPITADONIVEL1
Direccion: LA PLAYA CASA 20
Telefono: 3146939734 3002748703
Zona: RURAL
Etnia: MESTIZO
Educación.: NINGUNA
Causa Externa que Origina la Atención
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: 10 NO APLICA
Anamnesis
Motivo de la Consulta: "UN DOLORCITO ACÁ"
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 73 AÑOS, ASISTE SOLO. NO AP ANOTADOS DE RELEVANCIA. REFIERE CUADRO DE APROXIMADAMENTE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN CERVICALGIA DERECHA, NO ASOCIADO CON TRAUMAS. NIEGA PARESTESIAS O DEBILIDAD DE MMSS. MANEJO EN CASA CON ACETAMINOFÉN CON CONTROL OCASIONALMENTE.
Antecedentes Familiares
1) HTA: NO
2) DIABETES MELLITUS: NO
3) CANCER: NO
4) TB.: NO
5) CONVULSION: NO
6) CARDIOPATÍAS: NO
7) E.RESPIRATORIA: NO
8) CEREBROVASCULAR: NO
9) ALCOHOLISMO: NO
10) PSIQUIATRICOS: NO
11) OTROS: NO
Niega Antecedentes: NO
Especifique (citando el numeral): 1) Madre. 6) Madre murio de I.A.M.
Antecedentes Personales
1) HTA: NO
2) DIABETES MELLITUS: NO
3) CANCER: NO
4) TB.: NO
5) CONVULSION: NO
6) CARDIOPATÍAS: NO
7) E.RESPIRATORIA: NO
8) CEREBROVASCULAR: NO
9) ALCOHOLISMO: NO
10) PSIQUIATRICOS: NO
11) GASTROINTESTINAL: NO
12) TRAUMATICOS: NO
13) ALERGICOS: SI
14) QUIRURGICOS: NO
15) CONSUMO CIGARRILLOS: SI
16) I.T.S: NO
20) OTROS: SI
Niega Antecedentes: NO
Especifique citando el numeral: 13) Niega lergia a medicamentos. 15) Exfumador lo suspendio. 17) Lumbalgia. Hernia inguinal derecha.

Gineco Obstetricos
Revision por Sistemas
1.- Piel y Faneras: NO
2.- Organos de los Sentidos: NO
3.- Respiratorio: NO
4.- Cardiovascular: NO
5.- Gastrointestinal: NO
6.- Genitourinario: NO
7.- Locomotor: NO
8.- Endocrino: NO
9.- Neurosensorial; NO
Niega otros signos y sintomas: NO
, EXAMEN FISICO
Estado General: APARENTE SBUENAS CONDICIONES GENERALES
TA(mmhg): 140/80
FC(x m): 70
FR(x m): 17
Peso(Klg): 45.70
Talla (mt): 1.56
I.M.C: 18
Señale lo Anormal
1.- Piel y Anexos: NO
2.- Ojos: NO
3.- Agudeza Visual: NO
4.- Cabeza: NO
5.- Cavidad Oral: NO
6.- O.R.L.: NO
7.- Cuello: NO
8.- Torax: NO
9.- Mamas: NO
10.- Columna: NO
11.- Cardiorespiratorio: NO
12.- Abdomen: NO

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

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 14 MES: 12 AÑO: 2024

NOMBRES – APELLIDOS: JESUS EMILIO RUIZ

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

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

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

INTERPRETACION

Si respondió **SI** a al menos una de las preguntas, debe consultar al médico (de su EAPB, IPS, ARL o Medicina Prepagada), para que él decida si la actividad física que piensa realizar es segura para su salud.

Si respondió **NO** a todas las preguntas, puede empezar a realizar más actividad física de la que habitualmente hace, lo cual será seguro para su salud siempre y cuando lo realice de manera progresiva. Si su estado de salud cambia durante el programa deberá reportarlo a los instructores de actividad física.

NOTA: Si su salud cambia, y alguna de las preguntas se convierte en SI, debe informarle a su instructor o a su médico: pregunte si debe cambiar su plan de ejercicio físico.

Yo he leído, comprendido y completado este cuestionario. Todas las preguntas han sido contestadas con mi completa satisfacción. Con mi Nombre – Apellido y Firma Jesus Emilio. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

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

Camila Centeno

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Jesus Emilio

FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Ruiz Giraldo Nombre: Jesus Emilio

Sexo: M Edad: 78 Peso, kg: 48.5 Altura, cm: 155 Fecha: 12/06/24

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutritional.

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticacióno deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual → 2

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso → 3

C Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio → 2

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = sí 2 = no → 2

E Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia leve
2 = sin problemas psicológicos → 2

F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 → 2

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) → 11

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación (máx. 16 puntos) ☐☐.☐
Cribaje ☐☐.☐
Evaluación global (máx. 30 puntos) ☐☐.☐

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐ estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos ☐ riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos ☐ malnutrición

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

	PROGRAMA ADULTO MAYOR CENTRO VIDA ORIENTE CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 12-2024

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA PERSONA ADULTA MAYOR.

NOMBRE _____. **FECHA** 12/06/24

PESO 48.5 **TALLA:** 1.55 **IMC:** 20.2

PP: 33
PB: 24

Dx: • Peso Insuficiente
• Disminución moderada de masa muscular.

FIRMA USUARIO: Jesus Emilio Ruiz

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

Alcaldía de PEREIRA

TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01 Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

FECHA:

Nombre completo Jesus Emilio Pava	Documento de identidad 3384374
Grupo Centro Vida Oriente	Examinado por Yomara Quintero

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año

5 **5**

- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación

5 **5**

FIJACIÓN

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

3 **3**

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando?

5 **5**

- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás

0 **3**

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?

0 **3**

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj

2 **2**

- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros

1 **1**

- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?
  ¿Qué son el rojo y el verde?

2 **2**

- ¿Que son un perro y un gato?

3 **3**

- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa

1 **1**

- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

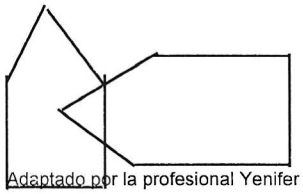
1 **1**

- Escriba una frase

1 **1**

- Copie este dibujo

1 **1**



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

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

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

ESCALA DEPRESION GERIATRICA – YESAVAGE

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

FECHA DE APLICACION: DIA: 6 / MES: 11 / AÑO: 2024

NOMBRE COMPLETO: Jesus Emilio Ruiz
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 3394374

GRUPO: Centro Vida Oriente
ENTREVISTADO POR: Yamira Quintero

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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

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

CALIFICACIÓN	PUNTUACION TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	3
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: Yamira Quintero.

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