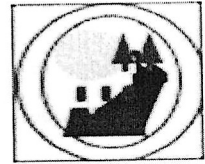




Alcaldía de
PEREIRA

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: Jose Cupertino Londoño

GRUPO: A201 JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3147524434

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	X		
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA	X		
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	X		
4	FICHA DE INSCRIPCION	X		
5	HOJA DE VIDA	X		
6	AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS	X		
7	COPIA CEDULA CIUDADANIA	X		
8	SISBEN	X		
9	ADRES	X		
10	CERTIFICADO AFILIACION – PLAN FUNERARIO FLIAR			
11	HISTORIA CLINICA (Opcional)	X		
VALORACION - AREA NUTRICION				
12	Mini-Nutrition Assesment - MNA	X		
VALORACION - AREA PSICOSOCIAL				
Por Profesional en Psicología				
13	Minimental Test o Cuestionario Pfeiffer	X		
14	Escala de Depresión Geriátrica – Yesavage	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		

CENTRO VIDA – ORIENTE PEREIRA – C.V.O.P

Calle 4 # 8 - 03 – Comuna Villavicencio - Cel +57 320 688 9146 - Pereira-Risaralda

E-mail: multisercta@gmail.com

 Alcaldía de PEREIRA		DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4			
LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024				Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024	
18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q				
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular				
VALORACION – AREA FISIOTERAPIA					
20	Cuestionario - Mini-BESTest	X			
21	Escala Medical Research Council (MRC)	X			
22	Cuestionario - Sobrecarga del cuidador - Zarit	—	—	No está 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	X			
26	Prueba de entrada - Área Educación	X			
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X			

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 25

MES: 10

AÑO: 2024

Gloria Inés Arnes-Trabajo Social 1225092595

Responsable de la Verificación

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

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

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



Alcaldía de
PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02 Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO N° 115

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 23 MES 05 AÑO 2014

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose Copertino Londoño Marquer

LUGAR DE NACIMIENTO: Santa Rosa FECHA: DIA 24 MES 06 AÑO 1950

DIRECCIÓN: San Gregorio (S27 m5

TELÉFONO: 3147524434

EDAD: 73 CATEGORIA SISBEN: B5 DESPLAZADO NO EPS Salud total

RH At

NOMBRE DE UN FAMILIAR

Edilma Londoño

DIRECCIÓN San Gregorio (S3 m.

TELÉFONO 3146222494

OBSERVACIONES:

Tuvo un ACV que dejar como
señala inmovilizado del lado
derecho del cuerpo.

Documentos anexos: -Cédula (X)

-Sisben (X)

-Otro (X)

Cuál Historia Clínica

Nombre del funcionario: Niamara Pantero



C.T.A. MULTISER



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 <u>Jose Cupertino</u>	Apellidos <u>Londano Marquer</u>
Documento de identidad <u>2685790</u>	Expedida <u>Versalles 16/01/1972</u>

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

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

Don G/ee
Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucia Alzate Gonzalez
Nombre Gerontólogo(a)

Niamara Quintero
Nombre Psicólogo(a)

Firma
[Firma]
Niamara Quintero



 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. 1

DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA: DÍA 23 / MES Mayo / AÑO 2024 /
 QUIEN ATIENDE LA VISITA: Jose Copertino L. PARENTESCO /
 NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose Copertino Londono c.c 2685790 /
 FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO 02/4/1980 Santa Rosa Cabal EDAD 43 / SEXO M /
 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA M227 Cs 5 / BARRIO San Gregorio /
 EPS Sanvital / PUNTAJE SISBEN B5 / TIPO SANGRE A+ /
 ETNIA: MESTIZO ☒ / AFROCOLOMBIANO: ☐ INDÍGENA: ☐ RAIZAL: ☐ ROM: ☐ OTRO: ☐ /
 ESTADO CIVIL CASADO ☐ / UNION LIBRE ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ SOLTERO ☒ /
 COMUNA Onite / TELÉFONO FIJO / CELULAR 3147594434 /
 OCUPACIÓN: ACTUAL Ninguna / ANTERIOR Empleado /
 NIVEL ACADÉMICO: PRIMARIA: ☒ / SECUNDARIA: ☐ UNIVERSITARIA: ☐ OTRO: ☐ /
 CUÁL: / NINGUNO: ☐ /
 PERSONA DE CONTACTO Edilma Londono /
 DIRECCIÓN San Gregorio Cs 3 M TELÉFONO 314622244 PARENTESCO Hermana /

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 ☐ ANSIEDAD ☐ DEPRESIÓN ☐ DEMENCIA ☐ /
 OTRAS ☐ CUALES: /
AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: MUY BUENA ☐ BUENA ☐ 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	Edilma Londono	70	Hermana	Otros Vivos
2				
3				
4				

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

5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	☐	☐	☐	☐
PARIENTES	☐	☐	☐	☐
VECINOS	☐	☐	☐	☐
AMIGOS	☐	☐	☐	☐

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES:

NO ☒ SI ☐

CUÁL? _____

TIENE DIETA PRESCRITA?

NO ☒ SI ☐

CUAL? _____

TIENE ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO?

NO ☒ 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?

Ejercicio, Piscina.

3.2. FACTORES DE RIESGO:

FUMA: SI ☐ NO ☒

BEBE: SI ☐ NO ☒

SEDENTARIO: SI ☐ NO ☒

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

PENSIONADO ☐ RENTAS PROPIAS ☐ CÓNYUGE ☐ HIJOS ☐

FAMILIARES ☐ SUBSIDIO DEL ESTADO ☒ AMIGOS ☐ VECINOS ☐

OTROS CUÁLES? _____

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. ☒

 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 ☒ / NO ☐ SALUD: SI ☒ / NO ☐ VIVIENDA: SI ☒ / NO ☐
VESTUARIO: SI ☐ / NO ☒ TRANSPORTE: SI ☐ / NO ☒ RECREACIÓN: SI ☐ / NO ☒

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒ INVASIÓN ☐ CEDIDA ☐
PRESTADA ☐ / NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR ☐ OTRO ☐

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

CALLE DE DIFÍCIL ACCESO A LA VIVIENDA ☐ ESCALAS ☒ PISOS CON DESNIVEL ☐
PUERTAS ☒ VENTANAS ☒ BAÑO INCOMPLETO ☐ DIVISIONES ☐
DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES ☐ DORMITORIO COMPARTIDO ☐
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 ☒ / NO ☐

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

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: <u>Jose</u>			
SEGUNDO NOMBRE: <u>Cupertino</u>			
PRIMER APELLIDO: <u>Londrero</u>			
SEGUNDO APELLIDO: <u>Murquez</u>			
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)			
1 ☒ CEDULA DE CIUDADANÍA 4 ☐ REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP			
2 ☐ CEDULA DE EXTRANJERÍA 5 ☐ PASAPORTE			
3 ☐ TARJETA DE IDENTIDAD 6 ☐ TARJETA DE EXTRANJERÍA			
Fecha de Nacimiento: <u>29 Jun 1950</u>			
No. Documento: <u>2685740</u>			
SEXO:			
1 ☒ HOMBRE 2 ☐ MUJER 3 ☐ LGBTI			
ESTA AFILIADO A UNA EPS (ANEXAR FOTOCOPIA DE LA EPS)			
1 ☒ SI 2 ☐ NO 1 ☐ CONTRIBUTIVA 2 ☒ SUBSIDIADA CUAL <u>Seguridad</u>			
RANGO DE EDAD:			
1 ☒ MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS) 2 ☐ MAYOR DE 55 AÑOS			
AÑOS CUMPLIDOS: <u>73</u>			
ESTADO CIVIL:			
CASADO(A) ☐ SOLTERO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐			
DATOS SISEN:			
1 ☒ SI 2 ☐ NO PUNTAJE <u>85</u>			
¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?			
1 ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO 2 ☐ REINCORPORADO(A) 3 ☐ PUEBLOS INDÍGENAS 4 ☐ MADRE CABEZA DE FAMILIA 5 ☐ PERSONA EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD 6 ☐ COMUNIDADES (Negras, Afro, Palenqueras y Raizales) 7 ☐ PUEBLO RROM (Gitanos) 8 ☐ OTRO. ¿CUAL? <u>Seguridad</u>			
¿CUAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)			
1 ☐ NINGUNO 2 ☐ PRIMARIA COMPLETA 3 ☒ PRIMARIA INCOMPLETA 4 ☐ SECUNDARIA COMPLETA 5 ☐ SECUNDARIA INCOMPLETA 6 ☐ TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA 7 ☐ TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA 8 ☐ UNIVERSITARIA COMPLETA 9 ☐ UNIVERSITARIA INCOMPLETA 10 ☐ POSTGRADO COMPLETO 11 ☐ POSTGRADO INCOMPLETO 12 ☐ OTRO (EDUCACIÓN NO FORMAL)			
¿PERTENECE USTED A ALGUNA(S) ORGANIZACIÓN(ES) Y/O ASOCIACIÓN(ES)?			
1 ☐ SI ¿CUAL(ES)? <u>1</u> <u>Medicina Penitencia</u> 2 ☐ NO			
DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE			
<u>Por discapacidad retiene que ya no puede hacer nada.</u>			

UBICACION GEOGRAFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO:

Risarcilla.

MUNICIPIO:

Pereira

VEREDA:

Risarcilla.

MUNICIPIO:

Pereira

1 ☐ RURAL:

NOMBRE DE LA FINCA:

2 ☒ URBANA:

DIRECCION DE DOMICILIO:

M23 C3

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO:

—

TELÉFONO MÓVIL:

3145524434

EMAIL:

—

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE:

Edina Valencia

PARENTESCO:

HERMANA

TELÉFONO DE CONTACTO:

3145227434

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

EL 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. ¿CUAL? —

MÓDULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

DESCRIBA CONDICIONES MÉDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

campesina, rehabilitación física.

Mimo y que deseo con independencia a cargo de un ACU.

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA:

Ximara Quintero

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA: 23 MES: 05 AÑO: 2014

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

OBSERVACIONES:

No funciona por discapacidad.



C.T.A. MULTISER

PROGRAMA ADULTO MAYOR
C.T.A. MULTISER
CENTRO VIDA ORIENTE
HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR



Alcaldía de
PEREIRA

Versión: 0

Vigencia: 05-2017

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro Vida Oriente

NOMBRES: Jose Copertino

APELLIDOS: Londoño Márquez

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 24 / MES: Junio / AÑO: 1950

EDAD: 33 SEXO: M CÉDULA DE CIUDADANÍA: 2 685790 TIPO SANGRE: At



ETNIA: MESTIZO: ☒ INDÍGENA: ☐ AFROCOLOMBIANO: ☐ RAIZAL: ☐ ROM: ☐ OTRO: ☐ HOJA VIDA No:

DIRECCIÓN: M27 C5 / BARRIO: San Gregorio

COMUNA: Onate / VEREDA:

TELÉFONO FIJO: / CELULAR: 3197524434 / PLAN FUNERARIO:

S.G.S.S.S: C: ☐ S: ☐ V: ☐ O: ☐ E.P.S: Salud total / PUNTAJE SISBEN B5

ENFERMEDADES: H.T.A: ☒ DIABETES: ☐ OSTEOPOROSIS: ☐ ARTRITIS: ☐ EPOC: ☐ OTRA:

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: losartan

ALERGIA A MEDICAMENTOS:

DISCAPACIDADES: FÍSICA: ☒ MENTAL: ☐ SENSORIAL: ☒ MULTIPLE: Cual

FACTORES DE RIESGO: TABACO: ☐ ALCOHOL: ☐ SEDENTARISMO: ☐ OTRO:

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: ☒ DIETA PRESCRITA: ☐ PERTENENCIA GRUPOS:

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA: ☒ SECUNDARIA: ☐ NINGUNO: ☐ OTRO:

INGRESOS ECONOMICOS: RENTA PROPIA: ☐ APOYO FLIA: ☐ PENSIÓN: ☐ PROGRAMA ESTADO: ☐ NINGUNO: ☐

CONVIVENCIA: PAREJA: ☐ FAMILIA: ☒ SOLO: ☐ OTRO:

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Edilma Londoño

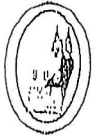
PARENTESCO: Hermana / TEL FIJO: / TEL CELULAR: 3196222414

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: Glaura Clemencia Gamaler

DIRECCIÓN: Cra 13 # 22-04 Pereira / TELÉFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRÓNICO: blanca612008@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: ☒ SISBEN: ☒ ESTUDIO SOCIOECONÓMICO: ☒ CONSENTIMIENTO INFORMADO: ☒ OTRO: CUAL HC

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

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

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

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

Firma: No Firma

Nombre: JOSE COPERTINO LONOLONGO

Identificación: 2.685790





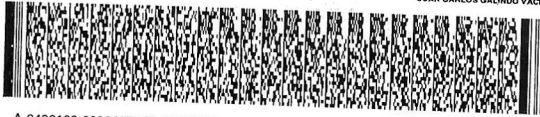
FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1950
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-ENE-1972 VERSALLES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-2400100-00924970-M-0002685790-20170724

0056559494A 1

9910078197

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **2.685.790**
LONDOÑO MARQUEZ

APELLIDOS
JOSE CUPERTINO

NOMBRES

Jose Angelino Carobackendo

FIRMA



Barrio simon Bolivar MS C27 PISO 2

Jose Cupertino Londoño Marquez

3147524434
7



Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:

09/04/2024

Ficha:

660011641379900010251

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE CUPERTINO

Apellidos: LONDOÑO MARQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2685790

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

29/09/2021

Última actualización ciudadano:

29/09/2021

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

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	2685790
NOMBRES	JOSE CUPERTINO
APELLIDOS	LONDOÑO MARQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	05/24/2024 15:44:41	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".



ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ

Tipo Documento: Cédula Documento: 2.685.790 H.C. 2685790
Fecha nacimiento: Jun.24/1950 Edad: 73 Años Sexo: Masculino
Dirección: CASA 22 GAITAN Teléfono: 3143140465 Ciudad: PEREIRA
Entidad: SALUD TOTAL S.A Etnia: Otros
Atención: 33 Fecha: Abr.25/2024 Hora: 07:59
Causa externa: Otra Finalidad: No Aplica

Motivo consulta: CONTROL PROGRAMA CRÓNICOS

Ocupación: NINGUNA
Dirección: BARRIO SIMON BOLIVAR MZ 5 CASA 27
TEL: 314 692 2494 (ESPOSA)

Enfermedad actual: PACIENTE DE 73 AÑOS, CON AP DE SECUELAS DE ACV HACE 6 AÑOS, HTA CRONICA HACE 8 AÑOS Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLÓGICO LOSARTAN TAB 50 MG CADA 12 HORAS, AMLODIPINO 5 MG CADA DIA, ATORVASTATINA TAB 40 MG CADA NOCHE, EN ADHERENCIA Y TOLERANCIA A MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO, CON BUENA ADHERENCIA A CONTROLES PROGRAMADOS ASISTE ACOMPAÑADO A CITA DE CONTROL. REFIERE SE HA SENTIDO BIEN, TOLERA LA VÍA ORAL. TIENE ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, NIEGA EFECTOS ADVERSOS. NIEGA FIEBRE, NIEGA PRECORDIALGIA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS.

Revisión por sistemas:

Sistema respiratorio No manifiesta
Sistema cardiovascular No manifiesta
Sistema Vascular periférico No manifiesta
Sistema digestivo No manifiesta
Sistema genitourinario No manifiesta
Sistema locomotor No manifiesta
Sistema neurológico No manifiesta
Sistema mental y/o comportamiento No manifiesta

Histórico

Grado	Grado	Grado
Grado	Grado	Grado
Grado	Grado	Grado

RENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

¿Se olvidado con la hora en que debe tomar la medicación? No
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento ordenado para el tratamiento de su patología? No
Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos? No
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos? No
En caso de consumo de tabaco, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo? No Aplica
En caso de consumo de licor, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo? No Aplica
En caso de consumo de sustancias psicoactivas, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o manejarlo? Si
¿Ha seguido las recomendaciones respecto a la dieta indicada en Si

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 1 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ

Tipo Documento: Cédula Documento: 2.685.790 H.C. 2685790
Fecha nacimiento: Jun.24/1950 Edad: 73 Años Sexo: Masculino
Dirección: CASA 22 GAITAN Teléfono: 3143140465 Ciudad: PEREIRA
Entidad: SALUD TOTAL S.A Etnia: Otros
Atención: 33 Fecha: Abr.25/2024 Hora: 07:59
Causa externa: Otra Finalidad: No Aplica

Medicamentos que Consume

ALERTAS - ANTECEDENTES

Enfermedad cerebro vascular DERRAME EN EL 2018 12-12-2023 12:05
DERRAME EN EL 2018 05-12-2023 12:08
EVENTO CEREBRO VASCULAR HACE UN AÑO CON SECUELAS 04-10-2018 07:22
Otros HERNIA UMBILICAL 05-12-2023 12:08
HERNIA UMBILICAL RECIDIVANTE CON MALLA 04-10-2018 07:21
Sabe leer SI 05-12-2023 12:09
Violencia y maltrato NO 05-12-2023 12:09
Sabe escribir SI 05-12-2023 12:09
Hipertensión arterial SI 12-12-2023 12:05
SI 05-12-2023 12:08
si dx hace 4 años 02-09-2020 09:35
Medicamentos NIEGA 12-12-2023 12:06

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 3 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ

Tipo Documento: Cédula Documento: 2.685.790 H.C. 2685790
Fecha nacimiento: Jun.24/1950 Edad: 73 Años Sexo: Masculino
Dirección: CASA 22 GAITAN Teléfono: 3143140465 Ciudad: PEREIRA
Entidad: SALUD TOTAL S.A Etnia: Otros
Atención: 33 Fecha: Abr.25/2024 Hora: 07:59
Causa externa: Otra Finalidad: No Aplica

control anterior?

¿Hace ejercicio según lo recomendado? Indique las recomendaciones específicas en el campo observaciones
No aplica, es Ingreso.

Si

CLASIFICACION DEL RIESGO METABOLICO

Clasificación del riesgo metabólico

Alto

EXAMEN FÍSICO ENF. CRON.

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad) Normal
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices) Normal
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena, exudado, papiledema, hemorragias) Normal
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, ptosis, hipacusia) Normal
CUELLO (ingurgitación yugular, soplo carotídeo, aumento de la tiroidea, masas) Normal
CORAZÓN (arritmia cardíaca, soplo cardíaco, presencia de soplo 3, punto máximo impulso cardíaco) Normal
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares) Normal
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices) Normal

GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices) Normal
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, úlceras, amputación, varices, cicatrices, masas) Normal
PIEL (pelaquias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices) Normal
OSTEOMUSCULAR Normal
MENTAL Normal
OTROS Normal

TIPO DE POBLACIÓN

Paciente LGBTI

No

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 2 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ

Tipo Documento: Cédula Documento: 2.685.790 H.C. 2685790
Fecha nacimiento: Jun.24/1950 Edad: 73 Años Sexo: Masculino
Dirección: CASA 22 GAITAN Teléfono: 3143140465 Ciudad: PEREIRA
Entidad: SALUD TOTAL S.A Etnia: Otros
Atención: 33 Fecha: Abr.25/2024 Hora: 07:59
Causa externa: Otra Finalidad: No Aplica

Antecedentes Enfermedades Crónicas

Accidente Isquémico Transitorio: No
Evento Cerebrovascular Isquémico: No
Evento Cerebrovascular Hemorrágico: No
Infarto Agudo de Miocardio(ST/No ST): No

Angina de pecho: No

Revascularización: No

Falla cardíaca: No

Enfermedad art periférica documentada: No

Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 0-30): No

Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 30-60): No

Hipertrofia ventricular izquierda: No

Retinopatía con Hemorragias/Exudados: No

Papiledema: No

Historia familiar de enfermedad cardíaca prematura (Primer Grado): No

Tabaquismo: No Observaciones:

Mujeres < 65 Años

Alcohol: No

Hombres < 55 Años

No

Fecha Diagnóstico Hipertensión:

Fecha Diagnóstico Diabetes:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial

SI 05-12-2023 12:08 SI 12-12-2023 12:05 SI Dx Hace 4 Años 02-09-2020 09:35

Otros

Hernia Umbilical 05-12-2023 12:08 Hernia Umbilical Recidivante Con Malla 04-10-2018 07:21

Dislipidemias

SI 05-12-2023 12:08 SI 02-09-2020 09:35

Enfermedad cerebro vascular

Derrame En El 2018 05-12-2023 12:08 Derrame En El 2018 12-12-2020 Derrame En El 2018 12-12-2023 12:05 Evento Cerebro Vascular Hace n Año Con Secuelas 04-10-2018 07:22

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)

Hemiorrafia Umbilical Con Malla Hace 1 Mes 04-10-2018 07:21

Antecedentes Traumáticos

Otros

Neg 04-10-2018 07:21

Antecedentes Alérgicos

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 4 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ
Tipo Documento: Cédula Documento: 2.685.790 H.C. 2685790
Fecha nacimiento: Jun.24/1950 Edad: 73 Años Sexo: Masculino
Dirección: CASA 22 GAITAN Teléfono: 3143140465 Ciudad: PEREIRA
Entidad: SALUD TOTAL S.A Etnia: Otros
Atención: 33 Fecha: Abr.25/2024 Hora: 07:59
Causa externa: Otra Finalidad: No Aplica

Medicamentos
Otros
Negia 12-12-2023 12:06
Negativos 04-10-2019 07:22 No 05-12-2023 12:10 Negia 17-08-202
Negia 17-08-2022 08:13 No 02-09-2020 09:35

Antecedentes familiares
Otros
Negativos 04-10-2019 07:22 Negia 12-12-2023 12:05 Negia 17-08-2
Negia 17-08-2022 08:13

Examen Estomatológico
Maxilar inferior Edentulo Parcial 11-01-0024 00:00
Maxilar superior Edentulo Total 11-01-0024 00:00
Encías Inflamacion 12-12-0023 00:00

Historia Personal y Social
Número de personas con quien vive Vive Con La Hermana 14-01-2020 08:40 Hermana 05-12-2023 12:09
Hermana 05-12-2023 12:09 Hermana 12-12-2023 12:06
Urbana 12-12-2023 12:06 Urbano 05-12-2023 12:09
No 05-12-2023 12:09 No 12-12-2023 12:06
Si 05-12-2023 12:09
Si 05-12-2023 12:09
En Casa 05-12-2023 12:09
No 05-12-2023 12:09

ATENCIÓN DEL ADULTO
Se realiza atención integral al adulto? Si 06-07-0021 00:00 Si 05-10-2021 13:51 Si 06-07-2022 08:28
Se hace valoración de agudeza visual? Si 06-07-0021 00:00
Se identifica disminución de la agudeza auditiva? Si 06-07-0021 07:31
Se solicitan parámetros del adulto? Si 05-10-0021 00:00
Uso de cigarrillo (inicio, tiempo y cantidad, hace cuanto lo dejó) No 06-07-0021 00:00
Consumo de sustancias psicoactivas o alcohol? No 06-07-0021 00:00
Tiene buenos hábitos en la alimentación? (consumo habitual de frutas, verd Si 06-07-0021 00:00
Realiza actividades físicas, deportivas, culturales o grupales? Si 06-07-0021 00:00
Presenta síntomas de ansiedad o depresión? (lanto frecuente, insomnio, Si 06-07-0021 00:00
Se inscribe en autoexamen de mama? Si 06-07-0021 00:00
Se solicita mamografía? No 06-07-0021 00:00
Se realiza citología en el último año? No 06-07-0021 00:00
Se inscribe en autoexamen de testículo? No 06-07-0021 00:00
Se solicita examen de próstata? ¿Cual? No 06-07-0021 00:00
Asistió a salud oral en el último año? No 06-07-0021 00:00
Se brinda al adulto educación en: estilos de vida saludable, buenos hábitos Si 06-07-0021 00:00

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 6 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ
Tipo Documento: Cédula Documento: 2.685.790 H.C. 2685790
Fecha nacimiento: Jun.24/1950 Edad: 73 Años Sexo: Masculino
Dirección: CASA 22 GAITAN Teléfono: 3143140465 Ciudad: PEREIRA
Entidad: SALUD TOTAL S.A Etnia: Otros
Atención: 33 Fecha: Abr.25/2024 Hora: 07:59
Causa externa: Otra Finalidad: No Aplica

exudado, papiledema, hemorragias)
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, Normal
pterrigion, hipoacusia)
CUELLO (ingurgitación yugular, soplo carotideo, aumento de la Normal
tiroides, masas)
CORAZÓN (arritmia cardíaca, soplo cardíaco, presencia de soplo Normal
3, punto máximo impulso cardíaco)
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares) Normal
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices) Normal
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices) Normal
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, úlceras, amputación, varices, Normal
cicatrices, masas)
PIEL (pellejuelas, hematomas, equimosis, masas, cicatrices) Normal
OSTEOMUSCULAR Normal
MENTAL Normal
OTROS Normal

CLASIFICACIÓN HIPERTENSIÓN: Presión arterial normal alta (130 - 139 / 85 - 89)

Escala de Framingham
Porcentaje de riesgo: Riesgo corregido para Colombia:
Clasificación:

Históricos de escala de Framingham			
Fecha	Porcentaje de riesgo	Riesgo corregido para Colombia	Clasificación
Sep.02/2020			Equivalente de Riesgo Alto
Dic.02/2020			Equivalente de Riesgo Alto

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 7 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ
Tipo Documento: Cédula Documento: 2.685.790 H.C. 2685790
Fecha nacimiento: Jun.24/1950 Edad: 73 Años Sexo: Masculino
Dirección: CASA 22 GAITAN Teléfono: 3143140465 Ciudad: PEREIRA
Entidad: SALUD TOTAL S.A Etnia: Otros
Atención: 33 Fecha: Abr.25/2024 Hora: 07:59
Causa externa: Otra Finalidad: No Aplica

TECNOLOGÍAS BLANDAS
NO
CORRESPONDE

Histórico para Seguimiento:

Fecha	Hora	Total	Título	Clasificación	Profesional
-------	------	-------	--------	---------------	-------------

EXAMEN FÍSICO:

Estado general: INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO, BUEN ASPECTO GENERAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Peso: 79 K Talla: 165 cms Índice Masa Corporal: 29 Sobrepe: Perímetro abd (cms): 102
Presión Arterial Sentada: 135/85 Parada: / Acostada: /
Temperatura: 36.5° °C Axilar Escala Glasgow: 18 / min
Frecuencia Cardíaca: 99 / min Pulso: / min Rítmico
Concentración de Oxígeno en el Aire Inspirado: % Saturación Oxígeno: 95
Glucómetro: mg/dl Perímetro Abdominal: 102

Causa no toma signos:

Causa no toma medidas:

EXAMEN FÍSICO ENFERMEDADES CRONICAS

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, Normal
motricidad)
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices) Normal
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena, Normal

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 6 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ
Tipo Documento: Cédula Documento: 2.685.790 H.C. 2685790
Fecha nacimiento: Jun.24/1950 Edad: 73 Años Sexo: Masculino
Dirección: CASA 22 GAITAN Teléfono: 3143140465 Ciudad: PEREIRA
Entidad: SALUD TOTAL S.A Etnia: Otros
Atención: 33 Fecha: Abr.25/2024 Hora: 07:59
Causa externa: Otra Finalidad: No Aplica

Abr.06/2021	16	12	Riesgo Alto
Oct.05/2021	18	12	Riesgo Alto
Jul.06/2021	16	12	Riesgo Alto
Ene.13/2023	20	15	Riesgo Alto
Jul.06/2022	16	12	Riesgo Alto
Jul.21/2023	16	12	Riesgo Alto
Abr.25/2023	16	12	Riesgo Alto

Resultados Laboratorio

Función Renal			
Actual		Anterior	
Creatinina: 1.03	Fecha: 11-01-2024	Creatinina:	Fecha:
CG no corregida por SC: 71.37		CG no corregida por SC:	
CG corregida por SC: 60.05		CG corregida por SC:	
MDRD: 75.239	CKD-EPI: 71.725	MDRD:	CKD-EPI:
Estadio ERC (CG corregida por SC): 2		Estadio ERC (CG corregida por SC):	
Superficie Corporal (Dubois-Dubois) (m²): 1.864		Peso Anterior (kilos): 80.5	
DELTA POR AÑO (CG no corregida por SC)			
Delta:		Interpretación:	
DELTA POR MES (CG no corregida por SC)			
Meses:		Interpretación:	
TFG ESTIMADA PARA LA EDAD (> 60 años)			
Cockcroft-Gault: 47		Interpretación:	

Química			
Uroanálisis:	Normal	Fecha:	21-06-2022
Albuminuria:	5	Fecha:	30-11-2023
Perfil Lipídico			
Colesterol:	129	Fecha:	15-04-2024
HDL:	24.55	Fecha:	15-04-2024

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 8 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN:	11010	Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE:	JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ	
Tipo Documento:	Cédula	Documento: 2.685.790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	Edad: 73 Años
Dirección:	CASA 22 GAITAN	Sexo: Masculino
Entidad:	SALUD TOTAL S.A	Teléfono: 3143140465
Atención:	33	Ciudad: PEREIRA
Causa externa:	Otra	Etnia: Otros
		Fecha: Abr.25/2024
		Hora: 07:59
		Finalidad: No Aplica

LDL:	61.85	Fecha:	
VLDL:	72	Fecha:	21-06-2022
Triglicéridos:	213	Fecha:	15-04-2024
Potasio:	4.33	Fecha:	30-11-2023
HbA1c:	5.1	Fecha:	30-11-2023
Glicemia:	105.91	Fecha:	11-01-2024

Hematología/Hormonas	
Cuadro Hemático	
Hemoglobina:	17.34
Leucocitos:	8.72
Linfocitos:	30.1
Otros:	30/11/2023 ANTIGENO PROSTATICO 2.01 HEPATITIS C NO REACTIVO 15/04/2024 TIROXINA LIBRE 1.16
Hormonas	
TSH:	9.04
Fecha:	15-04-2024

Interpretación	
Resultados EKG:	ELECTROCARDIOGRAMA TOMADO A 25 MM/S Y 10 MM/MV, RITMO SINUSAL, FRECUENCIA CARDIACA 78 LXM R.R REGULAR, EJE ENTRE 0 Y 90 GRADOS, ONDA P SIN ALTERACIONES, PR 249 MS, QRS 107 QTC 404/QT CORREGIDO 404MS, SIN ALTERACIONES DEL SEGMENTO ST O DE LA ONDA T

Factores de Riesgo	
Mujeres > 65 años o Hombres > 55 años?	Si
Sexo masculino	Si
Tabaquismo:	No
Historia familiar de enfermedad Cardiaca prematura (Primer Grado)?	No
Mujeres < 65 Años Hombres < 55 Años	
Dislipidemia (Cualquiera)? Colesterol Total > 190 mg/dL o Colesterol LDL > 115 o Colesterol HDL Mujeres < 46 mg/dL, Hombres < 40 mg/dL o Triglicéridos > 150	Si
Glucemia ayunas >= 100 o <= 125 mg/dL	Si
Prueba de tolerancia oral a la glucosa a las 2 horas (plog) >= 140 o <= 199	No
	Si

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 9 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN:	11010	Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE:	JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ	
Tipo Documento:	Cédula	Documento: 2.685.790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	Edad: 73 Años
Dirección:	CASA 22 GAITAN	Sexo: Masculino
Entidad:	SALUD TOTAL S.A	Teléfono: 3143140465
Atención:	33	Ciudad: PEREIRA
Causa externa:	Otra	Etnia: Otros
		Fecha: Abr.25/2024
		Hora: 07:59
		Finalidad: No Aplica

ANTECEDENTES: EN LA OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA, CON ANTECEDENTES DESCRITOS, ASISTE A CONTROL, TIENE PARACLINICOS DE ENERO 2024 Y ABRIL 204 YA REPORTADOS. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CON SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS. TIENE RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO, TFG DE 71.7 SEGÚN CKD-EPI, HDL FUERA DE METAS, LDL DENTRO DE METAS.

PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES EN RANGOS DE SEGURIDAD, ASINTOMÁTICO, TIENE REPORTE DE PARACLINICOS CON PERFIL LIPÍDICO CON HIPERTRIGLICERIDEMIA DEBE CONTINUAR MANEJO CON ESTATINA, PACIENTE VALORADO EL 20/01/2024 POR MEDICINA INTERNA QUIEN NO REALIZA AJUSTES EN MANEJO MEDICO Y SOLO SOLICITA CONTROL DE PERFIL LIPÍDICO Y TSH POR LO QUE NO SE INICIA MANEJO CON LEVOTIROXINA HASTA CONTROL CON TSH Y T4 LIBRE, TIENE PENDIENTE VALORACION NUEVAMENTE CON MEDICINA INTERNA PARA DEFINIR MANEJO PARA HIPOTIROIDISMO?, CUENTA CON VALORACIONES POR RUTA CARDIOVASCULAR CUENTA CON MEDICINA INTERNA, NUTRICION, PSICOLOGIA, TERAPIA FISICA, SE RENUEVA ORDEN DE CONTROL CON MEDICINA INTERNA, SE PROGRAMA CITA DE CONTROL EN 3 MESES, SE REALIZA FÓRMULA MÉDICA, SE BRINDAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS, SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE. SE EXPLICA CLARAMENTE CONDUCTA AL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACCEPTAR.

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

RECOMENDACIONES:
SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ALIMENTACIÓN RICA EN FRUTAS, VERDURAS, AGUA, CARNES BLANCAS, CAMINATA DIARIA DE 20 A 30 MINUTOS POR LO MENOS 3 VECES POR SEMANA, REALICE ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR POR LOS MENOS DOS VECES POR SEMANA, EVITAR BEBIDAS OSCURAS, EMBUTIDOS, FRITOS, HIGIENE DE HÁBITO DEL SUEÑO Y POSTURAL, FOTOPROTECCIÓN, CUIDADOS PARA LA SALUD VISUAL Y AUDITIVA, RIESGO DEL CONSUMO DE SPA, EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO.

DIAGNOSTICOS:		TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Adherencia a la Guía:SI		Confirmado repetido
Relacionado 1	E7B5	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA
Adherencia a la Guía:SI		Confirmado repetido

CONDUCTA:	
Medicamentos	
LOSARTAN POTASICO 50MG	50MG
TABLA RECUBIERTA	TABLA RECUBIERTA
AMLODIPINO BESILATO 10MG	10MG
TABLA	TABLA
TOMAR UNA TABLA	CADA 12 HORAS VIA ORAL
180	(CIENTO OCHENTA)
TOMAR UNA TABLA	DIA,ENCIMA DE LA CENA
90	(NOVENTA)

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 11 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN:	11010	Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE:	JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ	
Tipo Documento:	Cédula	Documento: 2.685.790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	Edad: 73 Años
Dirección:	CASA 22 GAITAN	Sexo: Masculino
Entidad:	SALUD TOTAL S.A	Teléfono: 3143140465
Atención:	33	Ciudad: PEREIRA
Causa externa:	Otra	Etnia: Otros
		Fecha: Abr.25/2024
		Hora: 07:59
		Finalidad: No Aplica

Perímetro abdominal (cm):	Mujeres > 88 cm, Hombres > 102 cm:
Obesidad?	No
Alcohol:	No
Sedentarismo?	No
Total de factores de riesgo (F de R):	5

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

Diabetes mellitus (DM)	
Diabetes Mellitus (DM)	No
Diagnóstico Nuevo?	No
Hemoglobina Glicosilada Controlada	Si
Hemoglobina Glicosilada no Controlada	No

Presión Arterial	
Sentada	Parada
Adicional	Promedio
PAS/PAD: 135 85	PAS/PAD: 135 85

VALORACIÓN VISUAL	
Medición sin Anteojos	
Ojo Derecho:	Ojo Izquierdo:
Ambos:	
Medición con Anteojos	
Ojo Derecho:	Ojo Izquierdo:
Ambos:	
Observaciones:	

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 10 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>



ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN:	11010	Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE:	JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ	
Tipo Documento:	Cédula	Documento: 2.685.790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	Edad: 73 Años
Dirección:	CASA 22 GAITAN	Sexo: Masculino
Entidad:	SALUD TOTAL S.A	Teléfono: 3143140465
Atención:	33	Ciudad: PEREIRA
Causa externa:	Otra	Etnia: Otros
		Fecha: Abr.25/2024
		Hora: 07:59
		Finalidad: No Aplica

ATORVASTATINA 40MG TABLETA	40MG	TABLA RECUBIERTA	1 TAB CADA NOCHE VIA ORAL	90	(NOVENTA)
ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	500mg	TABLA	1 TAB CADA 8 HORAS SI DOLOR VIA ORAL	60	(SESENTA)

REMISIONES:	
Especialidad:	MEDICINA INTERNA
Diagnóstico:	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

INDICACIONES:
Es importante tener buenos hábitos de vida: ejercicio frecuente, dieta baja en grasas, azúcar y sal, dieta rica en frutas y verduras, no fumar, no tomar licor.
Procure combatir el estrés realizando actividades recreativas, ejercicios de respiración.
Recuerde presentar siempre la última fórmula de medicamentos.
Consulte inmediatamente si presenta: dolor de cabeza intenso que no cede al consumo de analgésico, visión borrosa, visión doble o ceguera transitoria, sangrado por la nariz, piernas o cara hinchada, mareo constante que le impide realizar las actividades de su vida diaria, dolor fuerte en el pecho, opresivo o con dificultad para respirar.
No falte a sus citas de control, asista a los especialistas a donde sea remitido y realice los exámenes que el médico le solicite.
Si usted presenta obesidad o sobrepeso se recomienda bajar de peso.
Se recomienda automonitoreo de la presión arterial en casa.
Evitar el consumo de: grasa: chicharrón, chorizo, morcilla, vísceras, carnes gordas, carnes frías y fritas.
Evitar el consumo de pasta hojaldrada, gratinados, manteca, leche entera, crema de leche, queso crema.
Evitar consumo de mantequilla, queso o queso.
Procure cocinar con aceite canola, girasol, oliva.
Procure consumir leche descremada, cuajada.
Realice ejercicio al menos 30 minutos todos los días.
No se auto medique, tome el medicamento como se le ordeno, no suspenda, disminuya o aumente el medicamento sin orden médica.
Cumpla las instrucciones dadas por el médico en la consulta.
Evitar el consumo de harinas y dulces.
Procure consumir alimentos cocidos o asados.

MELISSA GONZALEZ M.
MELISSA GONZALEZ MONTAYA
CC 1.088.348.024 Registro: 1088348024
MEDICINA GENERAL

Usuario: C1088348024 KNCECO07 Pág. 12 de 13 04-25-2024 08:16:33 XENCO S.A.<venfermedadescronicas>

CENTRO DE ATENCIÓN:		11010	Hospital de Kennedy		
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ					
Tipo Documento:	Cédula	Documento:	2.685.790	H.C.	2685790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	Edad:	73 Años	Sexo:	Masculino
Dirección:	CASA 22 GAITAN	Télefono:	3143140465	Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			Etnia:	Otros
Atención:	33	Fecha:	Abr.25/2024	Hora:	07:59
Causa externa:	Otra		Finalidad:	No Aplica	

Registro:

 Alcaldia de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	CUESTIONARIO PARA LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA PAR-Q	
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 19 MES: 12 AÑO: 2024		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024
NOMBRES – APELLIDOS: JOSE CUPERTINO		

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

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

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



Alcaldía de
PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4



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 No Firma **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO:

Camila Centeno
FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

No Firma
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: Londrño Marquez Nombre: Jose Cupertino
Sexo: M Edad: 73 Peso, kg: 82.5 Altura, cm: 171 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 nutricional.

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltarle apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o 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

2

C Movilidad

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

1

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

- 0 = sí 2 = no

2

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demencia o depresión grave
1 = demencia leve
2 = sin problemas psicológicos

2

F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

3

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos)

10

12-14 puntos:

8-11 puntos:

0-7 puntos:

estado nutricional normal
riesgo de malnutrición
malnutrición

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

Evaluación

G El paciente vive independiente en su domicilio?

- 1 = sí 0 = no

1

H Toma más de 3 medicamentos al día?

- 0 = sí 1 = no

1

I Úlceras o lesiones cutáneas?

- 0 = sí 1 = no

1

J. Cuántas comidas completas toma al día?

- 0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas

2

K Consume el paciente

- productos lácteos al menos una vez al día?
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?
- carne, pescado o aves, diariamente?

sí ☐ no ☐

sí ☐ no ☐

sí ☐ no ☐

0.0 = 0 o 1 síes

0.5 = 2 síes

1.0 = 3 síes

0.5

L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?

- 0 = no 1 = sí

1

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

0.5

N Forma de alimentarse

- 0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad

2

O Se considera el paciente que está bien nutrido?

- 0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición

2

P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?

- 0.0 = peor
0.5 = no lo sabe
1.0 = igual
2.0 = mejor

1.0

Q Circunferencia braquial (CB en cm)

- 0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22

0.5

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

- 0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31

1

Evaluación (máx. 16 puntos)

10

Cribaje

10

Evaluación global (máx. 30 puntos)

20

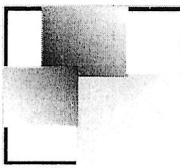
Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos
De 17 a 23.5 puntos
Menos de 17 puntos

☐
☐
☐

estado nutricional normal
riesgo de malnutrición
malnutrición

Ref: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr 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	 Alcaldía de PEREIRA
	CENTRO VIDA ORIENTE	
	CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL	
Versión: 0		Vigencia: 12-2024

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

NOMBRE _____ FECHA _____

PESO 82.5 TALLA: 171 IMC: 28.5

Sobrepeso, Adecuada preservación de masa muscular.

PP: 34.8

PB: 28.5

FIRMA USUARIO: 

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO _____ TALLA: _____ IMC: _____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO _____ TALLA: _____ IMC: _____

FIRMA USUARIO

NOVIEMBRE 5 DE 2024, CENTRO VIDA ORIENTE PEREIRA

Desde el área de **PSICOLOGÍA** se establecen la aplicación del **MINI MENTAL TEST** como una de las evaluaciones para determinar el estado mental de los usuarios. Sin embargo por la situación de salud de algunos de ellos, no es posible realizar su aplicación dado que el resultado no sería confiable y perdería validez.

Este es el caso de **JOSE CUPERTINO LONDOÑO**, identificado con **CC. 2685790**, quien sufrió un ACV hace aproximadamente 2 años, y actualmente tiene limitaciones físicas y cognitivas que no le permiten realizar la evaluación y muchas otras actividades.

XIOMARA ELENA QUINTERO CASTAÑO
PSICÓLOGA, ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TP.207410

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Xiomara Quintero', with a stylized flourish at the end.

CC. 1088028108

 Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO	
	COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
FAMILY APGAR		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 03-2024

FECHA DE EVALUACION: DIA: 6 / MES: Noviembre AÑO: 2024

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Cupertino Londoño C.C: 26008579

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

ANALISIS RESULTADO:

Un puntaje de 17 indica una disfunción familiar leve, donde se percibe limitaciones en el apoyo, si bien la familia del usuario está presente, existen oportunidades para mejorar la dinámica familiar, aspectos como participación y crecimiento sugieren mejorar la comunicación. Al establecer espacios regulares para dialogar sobre su sentir y el de los miembros de la familia pueden desarrollar una mayor comprensión y sentirse más involucrado en la toma de decisiones.

Glora Inés Arias Molina

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGISTRO PROFESIONAL N° 1225092595

Buena Función Familiar	18 - 20 Puntos	Disfunción Familiar Leve	14 - 17 Puntos
Disfunción Familiar Moderada	10 - 13 Puntos	Disfunción Familiar Severa	09 o menos Puntos

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