ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	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:	05/16/2025 16:15:46	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ**

Documento:	CC 2.685.790			**H.C.**	2685790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CASA 22 GAITAN	**Télefono:**	3143140465	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	2685790			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	59	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	12:35
Causa externa:	Enfermedad general	**Finalidad:**	OTRA		

Motivo consulta: "FUE OPERADO HACE 6 AÑOS Y AYER NOTÉ QUE ESTABA SANGRANDO"

SE REALIZA ATENCIÓN CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COMO TAPABOCAS, GUANTES Y BATA PARA EVITAR PROPAGACIÓN DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS ENTRE OTRAS.

Enfermedad actual: PACIENTE MASCULINO DE 75 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO DE:
- ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO EN 2018 CON SECUELA MOTORA (HEMIPARESIA DERECHA)
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRONICA HACE 9 AÑOS
- DISLIPIDEMIA.
- EXTABAQUISMO PESADO.

EN COMPAÑÍA DE MARIA EDILMA LONDOÑO (HERMANA), CC 25151719, TEL 3146922494. QUIEN REFIERE QUE PACIENTE TUVO HERNIORRAFIA ABDOMINAL HACE 6 AÑOS, SIN EMBARGO, DESDE AYER NOTAN SANGRADO ESCASO EN SITIO OPERATORIO, PACIENTE NIEGA SANGRADO DE OTROS SITIOS, NIEGA DOLOR, FIEBRE, MAREO Y DEMÁS INDAGADOS. PACIENTE REFIERE HACE 4 DÍAS APARICIÓN DE "BOMBITA QUE REVENTÓ SOLA".

Revisión por sistemas:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	ANOTADOS 09-07-2025 09:20 SI 05-12-2023 12:08 SI 12-12-2023 12:05 SI 25-04-2024 08:21 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 25-04-2024 08:21 si 02-09-2020 09:35
Enfermedad cerebro vascular	ACV 2019 25-04-2024 08:21 ANOTADOS 09-07-2025 09:20 DERRAME EN EL 2018 05-12-2023 12:08 DERRAME EN EL 2018 12-12-2023 12:05 EVENTO CEREBRO VASCULAR HACE UN AÑO CON SECUELAS 04-10-2018 07:22

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	ANOTADOS 09-07-2025 09:20 HERNIRRAFIA UMBILICAL CON MALLA 25-04-2024 08:21 HERNIRRAFIA UMBILICAL CON MALLA HACE 1 MES 04-10-2018 07:21

Antecedentes Traumáticos

Otros	NEG 04-10-2018 07:21

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ**

Documento:	CC 2.685.790			**H.C.**	2685790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CASA 22 GAITAN	**Télefono:**	3143140465	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	2685790			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	59	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	12:35
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

NIEGA 25-04-2024 08:21

Antecedentes Alérgicos

Alergia a alimentos	NIEGA 21-02-2025 10:18
Medicamentos	NIEGA 12-12-2023 12:06 NIEGA 25-04-2024 08:21 NIEGA 21-02-2025 10:18 NIEGA 09-07-2025 09:21
Otros	NEGATIVOS 04-10-2018 07:22 NIEGA 25-04-2024 08:21 NO 05-12-2023 12:10 niega 17-08-2022 08:13 no 02-09-2020 09:35

Antecedentes familiares

Otros	NEGATIVOS 04-10-2018 07:22 NIEGA 12-12-2023 12:05 NIEGA 25-04-2024 08:21 niega 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 12-12-2023 12:06 HERMANA 25-04-2024 08:22
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	EXTABAQUISMO PESADO DESDE LOS 15 AÑOS HASTA LOS 65 AÑOS 25-04-2024 08:22
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NIEGA 25-04-2024 08:22
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuento lo dejo)	NIEGA 25-04-2024 08:22
Vida sexual activa	NIEGA 25-04-2024 08:22
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	URBANA 12-12-2023 12:06 URBANA - TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS 25-04-2024 08:22 URBANO 05-12-2023 12:09
Convivencia con animales (mascotas)	NIEGA 25-04-2024 08:22 NO 05-12-2023 12:09 NO 12-12-2023 12:06
Sabe leer	SI 05-12-2023 12:09 SI 25-04-2024 08:22
Sabe escribir	SI 05-12-2023 12:09 SI 25-04-2024 08:22
Actividad física	SEDENTARISMO 25-04-2024 08:22
Pareja sexual estable	NIEGA 25-04-2024 08:22
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	EN CASA 05-12-2023 12:09

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ**

Documento:	CC 2.685.790			**H.C.**	2685790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CASA 22 GAITAN	**Télefono:**	3143140465	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	2685790			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	59	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	12:35
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

	NINGUNA 25-04-2024 08:22
Violencia y maltrato	NIEGA 25-04-2024 08:22
	NO 05-12-2023 12:09
Edad inicio de vida sexual	15 AÑOS 25-04-2024 08:22
Otros	ESCOLORARIDAD 1RO PRIMARIA 25-04-2024 08:22

ATENCION 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 06-07-2021 07:31
Se solicitan paraclínicos del adulto?	NO 06-07-0021 00:00
	SI 05-10-0021 00:00
Uso de cigarrillo (inicio, tiempo y cantidad, hace cuanto lo dejo)	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, verduras, proteína, agua)	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? (llanto frecuente, insomnio, autoagresión, ideas suicidas, etc.)	NO 06-07-0021 00:00
Se instruye en autoexamen de mama?	SI 06-07-0021 00:00
Se solicita mamografía?	NP 06-07-0021 00:00
Se realizo citología en el último año?	NP 06-07-0021 00:00
Se instruye 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 nutricionales, actividad física, protección contra infecciones de trasmisión sexual y abuso, ocupación del tiempo libre y salud mental.	SI 06-07-0021 00:00

PRE - POS TEST

PRETEST VIH-SIDA	SI 06-06-2024 07:49
Ha recibido información sobre el VIH-SIDA?	SI 06-06-2024 07:49
Tiene en cuenta los conocimientos recibidos?	NO 06-06-2024 07:49
Utiliza el condón?	NO 06-06-2024 07:49
Con que frecuencia usa el condón?	NUNCA 06-06-2024 07:49
Por qué no lo utiliza?	NO RELACIONES SEXUALES 06-06-2024 07:49
Tiene pareja estable ?	NO RELACIONES SEXUALES 06-06-2024 07:49
Cuántas parejas ha tenido en los últimos cinco años?	1 06-06-2024 07:49
Posibles mecanismos de transmisión?	HETEROSEXUAL 06-06-2024 07:49
Enfermedades asociadas al VIH?	NIEGA 06-06-2024 07:49
Qué haría si recibiera un resultado positivo ?	INICIA TTO 06-06-2024 07:49
Si recibiera un resultado positivo con quién le gustaria compartirlo?	HERMANA 06-06-2024 07:49
Qué haría si recibiera un resultado negativo ?	FELIZ 06-06-2024 07:49
Cómo se encuentra emocionalmente el paciente ?	TRANQUILO 06-06-2024 07:49
Debe tomarse la prueba para VIH?	SI 06-06-2024 07:49

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ**

Documento:	CC 2.685.790			**H.C.**	2685790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CASA 22 GAITAN	**Télefono:**	3143140465	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	2685790			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	59	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	12:35
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

Por qué debe tomarse la prueba de VIH?	ORDEN MEDICA 06-06-2024 07:49
Estado mental	CONSCIENTE 06-06-2024 07:49
Conducta a seguir	SE DIRECCIONA AL LABORATORIOP 06-06-2024 07:49
Se le ha realizado PRETEST anteriormente?	1A VEZ 06-06-2024 07:49

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal 04-10-2018 07:24 Normal 24-09-2019 07:49 Normal 27-09-2021 16:27 Normal 24-07-2023 14:11 Normal 09-07-2025 09:26 Normal 02-09-2025 10:20 Normal 15-10-2025 12:43
Ojos	Anormal Opacidad De Cristalinos , 27-09-2021 16:27 Anormal Opaicdad De Cristalino, Biiltareal 24-07-0023 00:00
Fondo de Ojo	Normal 27-09-2021 16:27 Normal 24-07-2023 14:11
Oidos	Normal 27-09-2021 16:27 Normal 24-07-2023 14:11
Nariz y senos paranasales	Normal 27-09-2021 16:27 Normal 24-07-2023 14:11
Boca	Normal 04-10-2018 07:24 Normal 24-09-2019 07:49 Normal 27-09-2021 16:27 Normal 24-07-2023 14:10 Normal 09-07-2025 09:26 Normal 02-09-2025 10:20 Normal 15-10-2025 12:43
Garganta	Normal 04-10-2018 07:25 Normal 24-09-2019 07:49 Normal 27-09-2021 16:27 Normal 24-07-2023 14:10 Normal 09-07-2025 09:26 Normal 02-09-2025 10:20 Normal 15-10-2025 12:43
Cuello	Anormal Masa Palpable Redonda De Bordes Regulares, En Nuca Movil No Dolroosa De 5csm De Diametro. 24-09-0019 00:00 Normal 04-10-2018 07:25 Normal 27-09-2021 16:27 Normal 24-07-2023 14:10 Normal 09-07-2025 09:26 Normal 02-09-2025 10:20 Normal 15-10-2025 12:43
Mamas y axilas	Normal 04-10-2018 07:25 Normal 24-07-2023 14:10 Normal 09-07-2025 09:26

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ**

Documento:	CC 2.685.790			**H.C.**	2685790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CASA 22 GAITAN	**Télefono:**	3143140465	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	2685790			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	59	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	12:35
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

	Normal 02-09-2025 10:20
	Normal 15-10-2025 12:43
Tórax	Normal 04-10-2018 07:25
	Normal 24-07-2023 14:10
	Normal 09-07-2025 09:26
	Normal 02-09-2025 10:20
	Normal 15-10-2025 12:43
Pulmones	Normal Sin Sobreagregados 09-07-0025 00:00
	Normal 04-10-2018 07:25
	Normal 24-07-2023 14:10
	Normal 02-09-2025 10:20
	Normal 15-10-2025 12:43
Corazón	Normal 04-10-2018 07:25
	Normal 24-09-2019 07:50
	Normal 27-09-2021 16:28
	Normal 24-07-2023 14:11
	Normal 09-07-2025 09:26
	Normal 02-09-2025 10:20
	Normal 15-10-2025 12:43
Abdomen	Anormal Abundante Paniculo Adiposo - Hernia Umbilical Recidivante 04-10-0018 00:00
	Anormal Región Umbilical Con Lesión Ulcerosa De Menos De 1 Cm, No Dolorosa, Con Secreción Escasa Hematopurulenta, No Indurada, Sin Otro Tipo De Secreciones, No Fétida. 15-10-0025 00:00
	Normal 24-09-2019 07:50
	Normal 27-09-2021 16:28
	Normal 24-07-2023 14:11
	Normal 09-07-2025 09:26
	Normal 02-09-2025 10:20
Genitourinario	Normal 04-10-2018 07:25
	Normal 24-07-2023 14:11
	Normal 09-07-2025 09:26
	Normal 02-09-2025 10:20
Tacto vaginal	No Evaluado 04-10-2018 07:25
	No Evaluado 24-07-2023 14:11
	No Evaluado 09-07-2025 09:26
	No Evaluado 02-09-2025 10:20
Tacto rectal	No Evaluado 04-10-2018 07:25
	No Evaluado 24-07-2023 14:11
	No Evaluado 09-07-2025 09:26
	No Evaluado 02-09-2025 10:20
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Anormal Hemiparesia Derecha 04-10-0018 00:00
	Normal Secuelas De Acv 02-09-0025 00:00
	Normal 24-07-2023 14:11
	Normal 09-07-2025 09:26
Sistema Vascular periférico	Normal 04-10-2018 07:25

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ**

Documento:	CC 2.685.790			**H.C.**	2685790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CASA 22 GAITAN	**Télefono:**	3143140465	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	2685790			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	59	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	12:35
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

	Normal 24-07-2023 14:11 Normal 09-07-2025 09:26 Normal 02-09-2025 10:20
Piel y faneras	Anormal Cicatriz Quirurgica Infraumbilical, Concostra No Signos De Infecciosn. 24-09-0019 00:00 Normal 24-07-2023 14:11 Normal 09-07-2025 09:26
Sistema Osteomuscular	Normal Dolo En Paquete Muscular Y Tendones Muslo Derecho 02-09-0025 00:00 Normal 24-07-2023 14:11 Normal 09-07-2025 09:26
Otros	Normal 24-09-2019 07:50 Normal 24-07-2023 14:11 Normal 15-10-2025 12:44
Especuloscopia	No Evaluado 04-10-2018 07:25 No Evaluado 24-07-2023 14:11 No Evaluado 09-07-2025 09:26 No Evaluado 02-09-2025 10:20
Extremidades	Anormal Atrofia Porsecuelas De Acv 02-09-0025 00:00 Anormal Hemiparesia Derecha 04-10-0018 00:00 Normal Sin Soplos 09-07-0025 00:00 Normal 24-09-2019 07:50 Normal 27-09-2021 16:28 Normal 24-07-2023 14:11 Normal 15-10-2025 12:44

Total: **0**

Clasificación:

Tipo de población

Paciente LGBTI	No 24-07-2023 14:07 No 09-07-2025 09:21 No 02-09-2025 10:20 No 15-10-2025 12:38

Total: **0**

Clasificación:

TECNOLOGÍAS BLANDAS

NO CORRESPONDE

Histórico para seguimiento

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ**

Documento:	CC 2.685.790			**H.C.**	2685790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CASA 22 GAITAN	**Télefono:**	3143140465	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	2685790			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	59	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	12:35
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

Fecha	Hora	Total	Titulo	Clasificación	Profesional
Abr.25/2024	08:17	20	APGAR FAMILIAR	Función familiar adecuada.	MELISSA GONZALEZ MONTOYA

EXAMEN FÍSICO:

Inspeccion General

Estado general: PACIENTE QUIEN INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONSCIENTE, ORIENTADO, ALERTA, COLABORADOR, CON ADECUADO ESTADO GENERAL.

Peso:	80 K	**Talla:**	168 cms	**Índice Masa Corporal:**	28.3 Sobrepes
Presión Arterial Sentada:	110/64	**Parada:**	/	**Acostada:**	/
Temperatura:	36° °C Axilar			**Frecuencia Respiratoria:**	15 / min
Frecuencia Cardiaca:	67 / min	**Pulso:**	/ min Rítmico	**Escala Glassgow:**	
Concentración de Oxígeno en el Aíre Inspirado:	%			**Saturación de Oxígeno:**	96 %
Glucometer:	mg/dl			**Perimetro Abdominal:**	

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal	
Ojos	Normal	
Fondo de Ojo	Normal	
Oidos	Normal	
Nariz y senos paranasales	Normal	
Boca	Normal	
Garganta	Normal	
Cuello	Normal	
Mamas y axilas	Normal	
Tórax	Normal	
Pulmones	Normal	
Corazón	Normal	
Abdomen	Anormal	REGIÓN UMBILICAL CON LESIÓN ULCEROSA DE MENOS DE 1 CM, NO DOLOROSA, CON SECRECIÓN ESCASA HEMATOPURULENTA, NO INDURADA, SIN

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 14010 Extramural

NOMBRE DEL PACIENTE: **JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ**

Documento:	CC 2.685.790			**H.C.**	2685790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CASA 22 GAITAN	**Télefono:**	3143140465	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	2685790			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	59	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	12:35
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

OTRO TIPO DE SECRECIONES, NO FÉTIDA.

Genitourinario	Normal
Especuloscopia	No Evaluado
Tacto vaginal	No Evaluado
Tacto rectal	No Evaluado
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal
Sistema Vascular periférico	Normal
Sistema Osteomuscular	Normal
Extremidades	Normal
Piel y faneras	Normal
Otros	Normal

ANALISIS:

PACIENTE MASCULINO EN OCTAVA DÉCADA DE LA VIDA EN CONTEXTO SUGESTIVO DE ABSCESO EN REGIÓN UMBILICAL, CON DRENAJE ACTIVO, SIN SIGNOS DE COMUNICACIÓN CON CAVIDAD INTRAABDOMINAL, POR LO QUE SE DA MANEJO CON TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL Y SE INDICA ACUDIR NUEVAMENTE EN CASO DE NO MEJORÍA, EMPEORAMIENTO, DOLOR, FIEBRE O SECRECIÓN OSCURA O FÉTIDA POR SITIO DE LESIÓN. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTA POR URGENCIAS.

DIAGNOSTICOS: **TIPO DIAGNOSTICO**

Diagnostico Principal L022 ABSCESO CUTANEO FURUNCULO Y ANTRAX DEL TRONCO Impresión diagnóstic

Histórico

Tipo de Discapacidad	Grado
Discapacidad Multiple	Leve

Medicamentos

TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL 160MG+800MG TABLETA	160MG+800TABLETA MG	1 CADA 12 HORAS POR 5 DÍAS. VIA ORAL	10	(DIEZ)

Otras Fórmulas

Incapacidad? No **Prorroga?** No

INDICACIONES:

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN:	14010 Extramural				
NOMBRE DEL PACIENTE:	**JOSE CUPERTINO LONDOÑO MARQUEZ**				
Documento:	CC 2.685.790			**H.C.**	2685790
Fecha nacimiento:	Jun.24/1950	**Edad:**	75 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CASA 22 GAITAN	**Télefono:**	3143140465	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	SALUD TOTAL S.A			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:	2685790			**Nivel:**	Nivel 1
Atención:	59	**Fecha:**	Oct.15/2025	**Hora:**	12:35
Causa externa:	Enfermedad general		**Finalidad:** OTRA		

No manipular la lesión mientras este dura.
Evitar consumir sal en exceso.
Evitar estar mucho tiempo de pie.
Luego de las curaciones lavarse las manos.
Lavarse las manos luego del contacto con persona afectada.
No utilizar ropa ajustada.
Mantener el peso corporal adecuado.
No compartir toallas, sabanas o prendas de vestir.
No aplicar calor húmedo.
Mantenga el miembro elevado.
Lleve un reposo relativo.
Mantenga la piel hidratada con cremas humectantes.
Lavar la piel infectada con abundante agua y jabón dos veces al día, secar con gasa.
Consultar si hay dolor intenso.
Consultar si aumenta el eritema o el colorado, la fiebre o los escalofríos.
Consultar si hay escalofrió, sudor o fiebre.
Consultar si hay erupción en la piel o si esta esta roja, caliente, dura y dolorosa.
Consultar si la lesión está produciendo incapacidad para los movimientos.
Siga al pie de la letra todas las indicaciones y tratamiento que le ordena el médico, no suspender la medicación recetada.
Evitar golpes, humedad o rascado de las lesiones.



DANIEL ANDRES HERNANDEZ VELASQUEZ
CC 1.225.090.702 Registro: 1225090702
MEDICINA GENERAL

CONTROL DE SIGNOS VITALES

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

Nombre del adulto: Jose Cupertino Londoño **EAPB:** Salud Total.

N° identificación del adulto: 2'685. 790. **Nivel de Riesgo:**

Dirección domicilio: San Gregorio. **Cel:** 314 752 44 34

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
22-09-25		123/73	80	93	18.	36.2	T. Signos Vitales	Diana Galeano
28/10/25	12+23	129/77	79	96	22	36.1	T. Signos Vitales	Diana Galeano

Powered by CamScanner

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

ENCUESTA DE SATISFACCION - CALIFICACION DE LOS SERVICIOS

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

Nombre del Usuario: Jose Capertino Londoño.

N° Identificación: 2685790.

Fecha		HOMBRE ☒	MUJER ☐	Jornada	Tarde.

Tipo de usuario

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

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

ASPECTOS A EVALUAR

1. SERVICIO

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

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

2. INSTALACIONES Y RECURSO

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

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

3. HORARIOS DE ATENCIÓN

¿Está satisfecho con el cumplimiento de los horarios establecidos?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

4. EXPECTATIVAS DEL SERVICIO

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

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

5. TALENTO HUMANO

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

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

OBSERVACIONES: Todo muy bien.

Gracias por su colaboración

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
VALORACION DEL ESTADO DE SALUD		Versión: 1 Código: MGO-02-48 Vigencia: 03-2025

Fecha de valoración: 22 - Sep - 2025

Nombre del paciente: Jose Cupertino Londoño

Identificación del Paciente: 2' 685.790 **Ocupación:** Ninguna

Fecha de Nacimiento: 24 - Junio - 1950 **Edad:** 75

- Quienes forman su hogar 3.
- Antecedentes Patológicos ACV - HTA - Dislipidemia.
- Discapacidad Mental NO
- Antecedentes Familiares NO
- Ultimo control médico Agosto.
- Ayudas técnicas: audífono NO lentes SI Placa dentaria SI Muletas NO Silla de ruedas NO bastón SI Prótesis NO Marcapasos NO Otro: —
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol — tabaco — drogas — frecuencia: —
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Losartan
Dosis: —
Frecuencia 2 Veces
¿Desde cuándo? —
Nombre del medicamento Amlodipino
Dosis: —
Frecuencia 1 Vez
¿Desde cuándo? —
Nombre del medicamento Atorvastatina
Dosis: —
Frecuencia 1 Vez
¿Desde cuándo? —

• SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD					
¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural __ Buena X Muy Buena __				
¿Por qué suele acudir al médico?	Control				
¿Confía en las opiniones médicas?	SI				
• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES					
PSICOLÓGICOS					
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	X	FRECUENCIA
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	X	FESCUENCIA
¿Se diente apoyado y comprendido por su familia?	SI	X	NO		¿POR QUÉ?
FAMILIARES					
¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Buena				
¿Cómo es la relación con sus hijos?	—				
¿Mantiene contacto con otros familiares?	NO				
¿Participa de reuniones familiares?	—				
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	—				

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
VALORACION DEL ESTADO DE SALUD		Versión: 1 Código: MGO-02-48 Vigencia: 03-2025

SOCIALES	
¿Tiene amigos?	NO
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	NO
¿Hace parte de algún grupo?	NO
• **SEXUALIDAD**	
MUJER	**HOMBRE**
¿tiene vida sexual activa? Si___ No ___	¿tiene vida sexual activa? Si___ No X
Última menstruación ___	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No X
Ultima citología ___	¿Presenta secreciones inusuales? Si___ No X
¿Se practica examen de seno? Si__ No__ Por qué ___	¿Se ha realizado examen de próstata? Si X No __ Por qué ___
• **ELIMINACIÓN**	
¿Presenta dificultad para orinar? Si__ No X	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No X
¿Con que frecuencia orina? 2 Veces	¿Con que frecuencia realiza deposición? 1
¿Despierta en la noche para orinar? Si X No__ A veces__	¿Salida involuntaira? Si__ No X A veces__
¿Color inusual? Si__ No X cual ___ ¿Olor inusual? Si__ No X cual ___	¿ultiza ayudas para defecar? Si__ No X A veces__ Cual ___
¿Presenta retención de la orina? Si__ No X A veces__	
¿Salida involuntaria de la orina? Si__ No X A veces__	
¿Presenta dolor al orinar? Si__ No X A veces__	
• **SUEÑO**	• **ACTIVIDAD FISICA**
¿Cuántas horas duerme? 10 Horas	¿Presenta fatiga? Si__ No X ¿con que actividad?
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? NO	¿Presenta dolor en el tórax? Si__ No X ¿Cuándo?
¿sufre de insomnio? NO	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si__ No X ¿Cuándo? ___
• **SIGNOS VITALES**	
Frecuencia cardiaca: 80	Frecuencia respiratoria: 18 — Presión arterial: 123/73
• **NIVEL DE MOVILIDAD**	
Completamente inmóvil ___	Ligeramente limitado ___
Muy limitado ___	No requiere ayuda X

• **CAÍDAS**

Teme usted caerse si X no __

Ha presentado caídas en el último año si X no __ cuántas___

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

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

Tiempo en segundos de permanencia en el piso No Recuerdo

Necesitó ayuda para levantarse si X no___

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si X no___ lugar de la consulta H. Kennedy.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
VALORACION DEL ESTADO DE SALUD		Versión: 1 Código: MGO-02-48 Vigencia: 03-2025

OBSERVACIONES: Usuario Tranquilo, Colaborador, Con buenas Condiciones de Higiene Personal
Usuario se realiza Valoración de estado de Salud despues de un mes de Estar ausente un mes del Programa.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:
Usuario Con dx. de base ACV - HTA - Dislipidemia Con tratamiento farmacologico Oral al dia realiza Control medico cada tres meses.
Usuario que estuvo un mes fuera del Programa de CVOP Por motivos de salud. se activa ruta de seguimiento de Signos Vitales Por area de enfermeria 2 veces por mes.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Diana Sorley Galeano Romero

Cargo: Aux Enfermeria

Firma: Diana Galeano

Firma o huella paciente:

Powered by CamScanner

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

Nombre del adulto: Jose Cupertino Londoño

EAPB: Salud Total.

N° identificación del adulto: 2'685. 790.

Nivel de Riesgo:

Dirección domicilio: San Gregorio.

Cel: 314 752 44 34

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
22-09-25		123/73	80	93	18.	36.2.	T. Signos Vitales	Diana Guleono

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Jose Cupertino Londoño

CEDULA: 2'685.790 | EDAD: 75 años

DIRECCION RESIDENCIA: San Gregorio | TELEFONOS: 314 752 44 34

EAPB: Salud Total | GRUPO: Rojo | JORNADA: Tarde

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
22-09-25 14+00	Usuario CVOP Cupertino Londoño 75 años de edad que es valorado a su salida de Salud despues de Un mes de ausencia al Programa de adulto mayor. Por complicaciones de salud el dia de hoy se realiza reintegro. El usuario se acerca Por sus propios medios al area de enfermeria usuario Consciente Orientado en sus tres esferas tiempo espacio y Persona se realiza examen cefalocaudal donde encontramos cabeza y cuero cabelludo en buenas condiciones de higiene sin aparentes Hematomas, ojos simetricos con buena vision movimientos normales Pupilas normo reactivas con buena agudeza auditiva Pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal conducto auditivo externo con aparente buen estado de higiene, nariz y fosas nasales simetricas y permeables, cavidad oral en condiciones optimas Para masticar, saborear y deglute de alimentos Piezas dentales (Protesis) labios sin signos de deshidratación, cuello acorde a su biotipo flexible no doloroso a los movimientos de flexion extension lateralización y rotacion, tiroides no visible ni Palpable, torax simetrico de aspecto y configuracion normal, adecuada ventilación de campos Pulmonares region axilar sin alteraciones, abdomen destendido timpanismo abdominal normal region gluteo normal miembro superior derecho Con dificultad de movimiento despues del ACV miembro completo miembro superior Izquierdo Completo con normalidad en los movimientos, miembro inferior derecho con dificultad para deplazamiento despues de sufrir ACV y miembro inferior Izquierdo con total movilidad y reaccion a los desplazamientos se toman Signos Vitals	Aux' Dany Galeano

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
REMISIÓN EXTERNA - INTERINSTITUCIONAL		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

1. DATOS PERSONALES DEL REMITIDO(A)		
NOMBRES JOSE CUPERTINO	**APELLIDOS** LONDOÑO	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 2685790	**EDAD** 75 años	**EAPB** SALUD TOTAL
ACUDIENTE EDILMA LONDOÑO	**PARENTESCO** HERMANA	**TELÉFONOS** 3146222494

2. DESCRIPCIÓN

(**a**. Descripción Beneficiario Centro Vida. **b**. Situación reportada. **c.** conclusión profesional)

usuario que refiere sentirse muy mal, con desaliento. Llega al área APS acompañado por un auxiliar administrativo. Al momento de la valoración, se evidencia cuadro febril con temperatura corporal restringida a 39.C - 40.C al momento de la atención prehospitalaria, se realiza toma de signos vitales, T/A 105/56 FR:16 SPO2:100 FC:110 T39 se intenta bajar fiebre, pero sigue muy presente lleva dos días de evolución, se remisión externa extrahospitalaria.

3. RECOMENDACIONES

INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA VALORACIÓN

REMITIDO A LA INSTITUCIÓN: Hospital de Kennedy

HORA DE REMISIÓN: **16+06**	**FECHA DE REMISIÓN** **D: 18 MES: 06 AÑO: 2025**
AREA PROFESIONAL	**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL	**TAPH. Mariana Alejandra álzate rojas** **AUX: Sandra Ibarra- Diana Galeano**
TARJETA O REGISTRO PROFESIONAL	**CC 1106362242** **CC 1060586780** **CC 42159996**

FIRMA PROFESIONAL Mariana Alzate

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

Scanned with CamScanner

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

DATOS PERSONALES DEL USUARIO			
NOMBRES - APELLIDOS	José Cupertino Londoño		**EDAD: 75**
CEDULA USUARIO(A)	2.685.790	**FECHA SEGUMIENTO: D: 21 M: 07 AÑO: 2025**	
DIRECCION RESIDENCIA	San Gregorio Manzana 27 Casa 5		**TELEFONO:** 3147524434
JORNADA	**AM: PM: X**	**GRUPO:**	**AMARILLO: AZUL: ROJO: X**

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA: Brindar acompañamiento emocional al usuario José Cupertino Londoño, quien presenta síntomas depresivos debido a múltiples afectaciones a su salud, lo que ha impactado significativamente su estado emocional.

El estado emocional se refiere a los sentimientos y estados de ánimo que experimenta una persona en un momento dado, tales como: La alegría, la tristeza, la ira, el miedo, la ansiedad, entre otros. Estos estados emocionales son procesos neurológicos que ocurren en el cerebro, afectan la conducta y la respuesta al entorno. A continuación, se realizará el siguiente seguimiento, así: ¿Cómo se encuentra emocionalmente el usuario el día de hoy?

Adulto mayor expresa sentimientos de tristeza profunda, desánimo y sensación de inutilidad, los cuales vincula directamente con el deterioro de su salud física. Refiere que las molestias corporales constantes, la dificultad para movilizarse y la pérdida de independencia han afectado su estado de ánimo y su deseo de participar en las actividades del Centro Vida.

Durante el acompañamiento se observa afligido, decaído y desmotivado. Sin embargo, al final de la orientación muestra apertura a recibir acompañamiento emocional y sugiere retomar poco a poco las actividades que realizaba con anterioridad en el programa.

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

1. Aceptar seguimiento interdisciplinario para fortalecer su bienestar integral y seguir asistiendo con frecuencia a las actividades del programa

2. Identificar y expresar emociones relacionadas con su salud y con los cambios de su estilo de vida, evitando el aislamiento social

3. Si los síntomas depresivos persisten, realizar remisión prioritaria a consulta con Psicología

Mary Luz Arboleda
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

172587
N° TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS – USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 24 M: 09 A: 25	Jose Cupertino Londoño	Manana Vargas

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR		
Abducción de hombro	izq 4	der 4
Flexión de codo	4	4
Extensión de muñeca	~~3~~	3
MIEMBRO INFERIOR		
Flexión de cadera	4	3
Extensión de rodilla	4	3
Dorsiflexión de tobillo	2	2
PUNTAJE TOTAL		40

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

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

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

Fuerza muscular con leve alteracion, presenta antecedente de ACV, presenta hemiplegia lado derecha. Se recomienda mejorar movilidad articular y fuerza muscular.

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

Scanned with CamScanner

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS – USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 29 M: 09 A: 25	Jose Cupertino Cadavo	Mariana Vargas

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

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

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

2. PONERSE DE PUNTILLAS

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

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

3. APOYO MONOPODAL

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

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

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

Scanned with CamScanner

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

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

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

5. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA ATRÁS

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

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

6. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- LATERAL

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

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

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

Scanned with CamScanner

ORIENTACIÓN SENSORIAL SUBPUNTUACIÓN: /6

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

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

Tiempo en segundos:

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

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

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

Tiempo en segundos:

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

9. INCLINADO - OJOS CERRADOS

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

Tiempo en segundos:

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

MARCHA DINÁMICA SUBPUNTUACIÓN: /10

10. CAMBIO EN LA VELOCIDAD DE MARCHA

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

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

Scanned with CamScanner

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

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

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

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

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

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

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

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

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

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

TUG: ____ segundos **TUG doble tarea: ____segundos**

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 21 /28

Scanned with CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON

NOMBRE COMPLETO: Jose Cupertino Londoño	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 2685790
GRUPO: Rojo - PM	EVALUADO POR: Juan Bautista S.
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 / MES: Mayo /	AÑO: 2025

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

Información obtenida del:

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

Powered by CamScanner

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

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

TOTAL 12 TOTAL _____

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

ANALISIS: Usuario con independencia general para las actividades cotidianas.

NOMBRE PERSONA EVALUADORA

FIRMA PERSONA EVALUADA

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

Powered by CamScanner

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

NOMBRE COMPLETO Jose Cupertino Londoño	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 2685790
GRUPO: Rojo - PM.	EVALUADO POR: Juan Bautista Sanchez
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 / MES: mayo / AÑO: 2025	

EVALUACION DEL EQUILIBRIO

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

1. AL SENTARSE:

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

2. EQUILIBRIO MIENTRAS ESTÁ SENTADO:

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

3. AL LEVANTARSE:

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

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

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

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

Powered by CamScanner

5. EQUILIBRIO CON PIES LADO A LADO:

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

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

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

7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:

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

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

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

9. POSICIÓN DE SEMI-TÁNDEM:

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

Powered by CamScanner

10. POSICIÓN TÁNDEM:

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

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

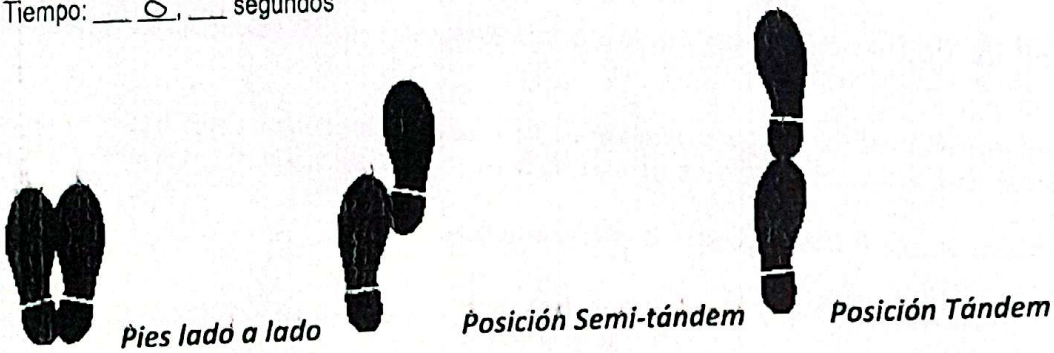
0 = incapaz o se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
X = capaz y firme.

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

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

13. SE PARA EN LOS TALONES:

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



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

Powered by CamScanner

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

EVALUACION DE LA MARCHA

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

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

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

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

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

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

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

4. **DA LA VUELTA** (mientras camina):

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

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

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

Powered by CamScanner

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

INTERPRETACIÓN

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

8 | 9
18/26
26/35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuario con riesgo de caida moderado, presenta limitaciones para mantener equilibrio estatico unipodal, ademas de ponerse en punta de pies y talones. Frente a la marcha se observa sobresaliente. Recomendacion de AF general para fortalecer patrones de movimiento y condiciones actuales.
Puntuacion general 26 de 35

FIRMA – EVALUADOR

FIRMA PERSONA EVALUADA

Powered by CamScanner

Alcaldia de **PEREIRA**

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

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

NOMBRE COMPLETO: JOSE CIPRIANO LOAIZA	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 2685790
GRUPO ROJO PM	**EVALUADO POR:** Mary Luz Arboleda

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 24 / MES: 11 / AÑO: 2025

ORIENTACIÓN

- Digame el dia, fecha, mes, estación, año — 5
- Digame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) — 3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

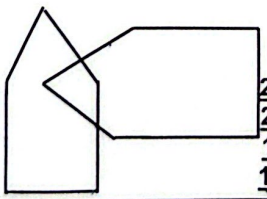
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? — 5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 2

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 2

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj — 2
- Repita esta frase: En un trigal habia cinco perros — 1
- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?
  ¿Qué son el rojo y el verde? — 2
- ¿Que son un perro y un gato? — 3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa — 1
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS — 1
- Escriba una frase — 0
- Copie este dibujo — 0



27 - 30 – Normal – Adecuada Capacidad Cognitiva.
24 - 26 – Sospecha - Deterioro Cognitivo Leve.
12 - 23 – Deterioro Capacidad Cognitiva.
11 - 9 - Demencia - **Menos 5** – Fase Terminal.

29

"SIN DETERIORO COGNITIVO"

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

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

FECHA DE APLICACION: DIA: 24 / MES: 11 / AÑO: 2025	
NOMBRE COMPLETO: JOSE CUPERTINO LOPEZ	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 2685790
GRUPO: ROJO PM	ENTREVISTADO POR: Mary Luz Arbeláez

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**.	1
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

FIRMA PROFESIONAL: _____

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

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 16/05/2025

Ficha: 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: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Londoño Marquez Nombre: Jose Curpentino

Sexo: M Edad: 74 Peso, kg: 86 Altura, cm: 1,71 Fecha: 28/5/25

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación del estado nutricional

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

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

Scanned with CamScanner

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

Nombre del adulto: Jose Cupertino Londoño | **EAPB:** Salud Total

N° identificación del adulto: 2'685.790. | **Nivel de Riesgo:**

Dirección domicilio: San Gregorio. | **Cel:** 314 752 44 34

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

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
22-09-25		123/73	80	93	18.	36.2	T. Signos Vitales	Diana Galeano
28/10/25	12+23	129/77	79	96	22	36.1	T. Signos Vitales	Diana Galeano
04 11 25.	12+51	121/78.	80	95.	20	360	Toma Signos Vitales	Diana Galeano
19-11-25	15+35	123/81	79	98	22	36.1	Toma Signos Vitales	Diana Galeano