VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 6500519 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional - 018000943383

Comfamiliar	Copia Paciente	FORMULA POS AMB. PYP 5887769; 6101	Código:
	Comfamiliar Risaralda NIT: 891480000 Area de Servicios: MEDICINA		Versión No:
			Vigente a partir:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Ciudad: PEREIRA RDA. / Fecha: 2024/06/07	Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS		Plan: SUBSIDIADO SOS PLAN POS 2018 (Capitado)
Nombre: JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO	Documento: CC 4526916		Fecha Nacimiento: 1946/05/23
Sexo: MASCULINO / Edad: 78 AÑOS 0 MESES 15 DÍAS	Ocupación: INDETERMINADO		Obs: **511 PROGRAMA TALLERES RCV**
Procedencia: PEREIRA	Zona: URBANA	Teléfono: 3108423153	
Dirección: CALLE 73 N 36 15	Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO		
Cotizante: CC 4526916	Categoría: A		Estado Civil: INDETERMINADO
Codigo del Diagnostico: I10X	Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD GENERAL		

MEDICAMENTOS	*CANTIDAD*	*Indicaciones*	*JUSTIFICACION*	*SOLO 1ERA FORMULA*
LOSARTAN POTASICO TABLETA 50MG	30	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS		NO
METFORMINA CLORHIDRATO TABLETA 850MG	30	TOMAR 1 TABLETA CON EL ALMUERZO		NO
ACETAMINOFEN + CAFEINA TABLETAS 500 MG + 65 MG	90	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS.		NO

RECOMENDACIONES

SE DNA RECOMENDAISON Y SIGNOS DELARMA APR A CONSULTAR POR URGENCIAS ,

MEDICO	PACIENTE	VALOR TOTAL	$
Firma Digitalizada:		Cuota Moderadora	$
BAZA TAFUR HERNAN ALONSO	JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO	Neto A Pagar IPS	$
NI91497440 / Reg: 50996-08	CC 4526916	Expendedor	Especialidad MEDICINA GENERAL

ESTA FORMULA ES VALIDA POR TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

Comfamiliar RISARALDA	ORIGINAL	JUSTIFICACION PRESTACION SERVICIOS E INCAPACIDAD 58875495 0801	Código:
	Comfamiliar Risaralda NIT: 891480000 Area de Servicios: MEDICINA		Versión No:
			Vigente a partir:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Ciudad: PEREIRA RDA.	Fecha: 2024/05/07	Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS		Plan: SUBSIDIADO SOS PLAN POS 2018 (Capitado)
Nombre: JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO		Documento: CC 4526916		Fecha Nacimiento: 1946/05/23
Sexo: MASCULINO	Edad: 77 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS	Ocupación: INDETERMINADO		Obs: **101 MEDICINA**
Procedencia: PEREIRA		Zona: URBANA	Teléfono: 3108423153	
Dirección: CALLE 73 N 36 15		Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO		
Cotizante: CC 4526916		Categoría: A		Estado Civil: INDETERMINADO
Codigo del Diagnostico: I10X		Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD GENERAL		

Ingreso CONSULTA MEDICA GENERAL NUEVA

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA: TENGO

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE DE 77 AÑOS ASISTE A CONSULTA POR Q SE LE TERMINARON LOS MEDICAMENTOS Y NO HABIA PODIDO VOLVER A CONTROL .ADEMAS SE HACE TTO CON MEDICINA NATURAL(HIERBAS) . SOLICITA ADEMAS CONSTANCIA POR CAMBIOS EN PIEL DE MANOS Q NO PERMIT LA LECTURA DE HUELLAS DACTILARES . AP : HIPERTENSION ARTERIAL (DIAGNÓSTICO A LOS 72 AÑOS APROX, SIN HISTORIA DE CRISIS HIPERTENSIVAS). DIABETES TIPO 2 (DIAGNÓSTICO EN ENERO DE 2020, SIN HISTORIA DE CRISIS HIPERGLICEMICAS). DISLIPIDEMIA MIXTA CON HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA. DOLOR CRONICO POR DISCOPATÍA L5-S1. HISTORIA DE INHADERENCIA A MANEJO FARMACOLÓGICO Y ASISTENCIA A CONTROLES DE RCV. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA CON EPISODIOS DE OBSTRUCCION VESICAL EN NOVIEMBRE DE 2023, CON USO DE SONDA. EN MANEJO CON ACETAMINOFEN 500 MG CADA 8 HORAS - ACIDO VALPROICO 250 MG CADA 12 HORAS - TIAMINA 300 MG CADA DIA - LOSARTAN 50 MG CADA 24 HORAS - METFORMINA 850 MG CADA DIA - ATORVASTATINA + EZETIMIBE 20 MG +10 MG CADA NOCHE . *ANTECEDENTES: PATOLÓGICOS Y FARMACOLÓGICOS: LOS INDICADOS. TÓXICOS: EX TABAQUISMO: 14 CIGARRILLOS AL DÍA DESDE LOS 14 AÑOS HASTA LOS 40 AÑOS.. *ALÉRGICOS: NIEGA. * QUIRÚRGICOS: *

CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL

FINALIDAD DE LA CONSULTA: NO APLICA

EVALUACION DE NECESIDADES: NECESIDADES FISICAS

CONCILIACION MEDICAMENTOSA: ANOTADOS

HUM DEL PACIENTE

ESCALA DE DOLOR: 4-5 DOLOR MODERADO

RIESGO DE CAIDAS: MAS DE 2 ALTO RIESGO

MANEJO DEL DUELO: NO APLICA

REV POR SISTEMAS - MED ACTUAL1

SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

ORGANO DE LOS SENTIDOS: SIN SINTOMAS

CARDIO-PULMONAR: SIN SINTOMAS

GASTRICO: SIN SINTOMAS

UROGENITAL: SIN SINTOMAS

OSTEOMUSCULAR: SIN SINTOMAS

ENDOCRINOLOGICO: SIN SINTOMAS

	PROGRAMA ADULTO MAYOR MULTISER **CENTRO VIDA ORIENTE** **EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD**	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

Fecha de valoración: 06-2024
Nombre del paciente: José Fernando Grisales
Identificación del Paciente: 15-26916 **Ocupación:** no nada.
Fecha de Nacimiento: 23 mayo 1946 **Edad:** 78 años

- Quienes forman su hogar esposa e hija
- Antecedentes Patológicos Impertenso
- Discapacidad Mental no
- Antecedentes Familiares no
- Ultimo control méduico 8 días
- Ayudas técnicas: audífono ___ lentes X Placa dentaria X Muletas ___ Silla de ruedas ___ bastón X Prótesis X Marcapasos no Otro: no
- Habitos de consumo nocivos: alcohol ___ tabaco ___ drogas ___ frecuencia:___
- Medicamentos:

Nombre del medicamento losartan
Dosis: 50 mg
Frecuencia_ Si
¿Desde cuándo? 5 años
Nombre del medicamento atorvastatina
Dosis: cada 12 hora
Frecuencia_
¿Desde cuándo? metformina
Nombre del medicamento 850mg
Dosis: 1 diaria
Frecuencia_x
¿Desde cuándo? pregabalina

• SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD						
¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural X Buena __ Muy Buena __					
¿Por qué suele acudir al médico?	control medicos					
¿Confia en las opiniones médicas?	Si					
• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES						
PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	no	FRECUENCIA	
Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	no	FESCUENCIA	
¿Se diente apoyado y comprendido por su familia?	SI	Si	NO		¿POR QUÉ?	
FAMILIARES						
¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	buena					
¿Cómo es la relación con sus hijos?	buena					
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Si					
¿Participa de reuniones familiares?	Si					
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	no					
SOCIALES	Si					
¿Tiene amigos?						
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	cada mes					
¿Hace parte de algún grupo?	Si					
• SEXUALIDAD						
MUJER	**HOMBRE**					
¿tiene vida sexual activa? Si___ No X	¿tiene vida sexual activa? Si___ No X					

https://ximeromeroquiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

	PROGRAMA ADULTO MAYOR MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

Última menstruación _____	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No X
Ultima citología _____	¿Presenta secresiones inusuales? Sí___ No X
¿Se practica examen de seno? Si__ No__ Por qué _____	¿Se ha realziado examen de próstata? Si__ No X Por qué _____
• **ELIMINACIÓN**	
¿Presenta dificultad para orinar? Si__ No X	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No X
¿Con que frecuencia orina? Diario	¿Con que frecuencia realiza deposición? Diario
¿Despierta en la noche para orinar? Si__ No X 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 involuntaira de la orina? Si__ No X A veces___	
¿Presenta dolor al orinar? Si__ No X A veces___	
• **SUEÑO**	• **ACTIVIDAD FISICA**
¿Cuántas horas duerme? 8 hs.	¿Presenta fatiga? Si__ No X ¿con que actividad?_____
¿Utiliza alguna ayuda para dormir? no	¿Presenta dolor en el torax? Si__ No X ¿Cuándo?_____
¿sufre de insomnio? no	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si__No__ ¿Cuándo?_____

• **SIGNOS VITALES**					
Frecuencia cardiaca	75	Frecuencia respiratoria	20	Presión arterial 110	60

• **NIVEL DE MOVILIDAD**	
Completamente inmóvil _____	Ligeramente limitado _____
Muy limitado _____	No requiere aydua ___X___

• **CAÍDAS**

Teme usted caerse si X no __

Ha presentado caídas en el último año si__ no X cuántas_____

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

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

Tiempo en segundos de permanencia en el piso _____

Necesitó ayuda para levantarse si ___ no___

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si___ no___ lugar de la consulta _____

https://ximeromeroquiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

	PROGRAMA ADULTO MAYOR MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1 X
4.Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1 X
5. Pasos	Desviación marcada	0
	Desviación moderada o usa ayuda	1 X
	En línea recta sin ayuda	2 X
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1 X
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2 X
7- Posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1 X

PUNTAJE: 12 X

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (máx. 12).

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (máx. 28).

El tiempo aproximado de aplicación de esta prueba es de 8 a 10 minutos. El entrevistador camina detrás del paciente y le solicita que responda a las preguntas relacionadas a la marcha. Para contestar lo relacionado con el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha).
La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación:
A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la marcha es 12, para el equilibrio es 16. La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas.

A mayor puntuación=menor riesgo
Menos de 19 = riesgo alto de caídas
De 19 a 24 = riesgo de caídas

PUNTAJE TOTAL: 16 X

NIVEL DE RIESGO DE CAIDA (marque con una x)	
MENOR RIESGO	X
RIESGO ALTO DE CAIDA	

https://ximeromeroquiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1 X
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos	1 V
	Capaz sin usar los brazos	2 X
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2 X
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2 X
5.Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2 X
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2 X
7.Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1 X
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1 X
	Inestable	0
	Estable	1
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2 X

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos). PUNTAJE: 16-1

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1 X
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1 X
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1 X
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1 X
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1 X

https://ximeromeroquiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

	PROGRAMA ADULTO MAYOR MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

Índice Barthel

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz 2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	0 5 10 ✓
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado 2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado 3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 4. Independiente	0 5 10 15 ✓
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal 2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	0 5 ✓
Uso del retrete	1. Dependiente 2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo 3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	0 5 10 ✓
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente 2. Independiente para bañarse o ducharse	0 5 ✓
Desplazarse	1. Inmóvil 2. Independiente en silla de ruedas en 50 m 3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	0 5 10 15 ✓
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz 2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 3. Independiente para subir y bajar	0 5 10 ✓
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente 2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	0 5 10 ✓
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema) 2. Accidente excepcional (uno/semana) 3. Continente	0 5 10 ✓
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 3. Continente, durante al menos 7 días	0 5 10 ✓

Puntaje	Clasificación
<20	Dependencia total
20 – 35	Dependencia severa
40 – 55	Dependencia moderada
60 – 95	Dependencia leve
100	Independencia

(Señale el nivel de depencia según el puntaje obtenido)

PUNTAJE TOTAL: 100.

https://ximeromeroguiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

	PROGRAMA ADULTO MAYOR MULTISER **CENTRO VIDA ORIENTE** **EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD**	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

DIAGNOSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Paciente consciente y orientado con buen patron respiratorio no tiene ninguna anormalidad Va a control cada 3 meses

Profesional: Angie Jenlin

Firma o huella paciente: Fernando Cisneros



https://ximeromeroguiamp3.wordpress.com/2017/03/12/indice-de-barthel/
https://es.scribd.com/doc/216526228/Escala-de-Tinetti

Alcaldía de PEREIRA

TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01

Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

FECHA:

Nombre completo: Fernando Giraldo	Documento de identidad: 4526916
Grupo: Centro Vida Oriente	Examinado por: Xiomara Quintero

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año — 5 **5**
- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación — 5 **5**

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

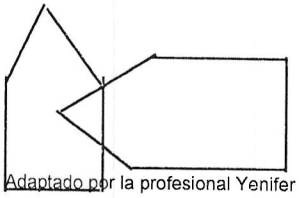
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? — 4.5 **5**
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 2 **3**

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 1 **3**

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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



30-27 sin deterioro 32
26-25 deterioro cognitivo leve
24-10 demencia leve
9-0 demencia

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé NutritionInstitute

Apellidos: Grisales Nombre: Fernando

Sexo: M Edad: 78 Peso, kg: 71.6 Altura, cm: 161 Fecha: 14/07/24

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación del estado nutricional

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

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

® Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009

Para más información: www.mna-elderly.com

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

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

NOMBRE _____. **FECHA** _____

PESO 71.6 **TALLA:** 161 **IMC:** S 27.6

Sobrepeso, Adecuada masa muscular
PB: 30.5
PP: 36

FIRMA USUARIO: Fernando Grisales

FECHA SEGUIMIENTO _____

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

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

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

FIRMA USUARIO

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR COOPERATIVA MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE FICHA DE VALORACIÓN CAPACIDAD FÍSICA	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

FECHA		GENERO	Masculino.
INFORMACIÓN BASICA Y ANTROPOMETRICA			
NOMBRE Y APELLIDO	FERNANDO GRISALES	EDAD	78
PERÍMETRO DE CINTURA	95cm	PESO	71.6
PERÍMETRO DE CADERA	95cm	TALLA	1.61
PATOLOGÍA Y/O DISCAPACIDAD	Hipertension - Diabetes - dos vertebras Aplastadas	I.M.C	27.6

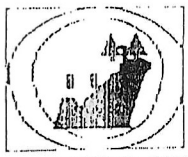
BATERÍA DE REGISTRO

VALORACIÓN	1° INTENTO	2° INTENTO	OBSERVACIÓN
1. Test marcha y equilibrio (levantarse, caminar y volver a sentarse, 3 mts)			
2. Test de velocidad en la marcha (se toma el tiempo de recorrido de 30 mts)			
3. Test de flexibilidad miembro superior			
4. Test de flexibilidad miembro inferior			
5. Test de fuerza miembro superior			
6. Test de fuerza miembro inferior (levantarse y sentarse)			
7. Test de Resistencia Aeróbica (6 minutos continuos de caminata)			

CUESTIONARIO PARQ

Sí	No	
X		¿Le ha dicho su médico alguna vez que padece una enfermedad cardiaca y que sólo debe hacer aquella actividad física que le aconseje un médico?
	X	¿Tiene dolor en el pecho cuando hace actividad física?
	X	En el último mes, ¿ha tenido dolor en el pecho cuando no hacía actividad física?
X		¿Pierde el equilibrio debido a mareos o se ha desmayado alguna vez?
X		¿Tiene problemas en huesos o articulaciones (por ejemplo, espalda, rodilla o cadera) que puedan empeorar si aumenta la actividad física?
X		¿Le receta su médico algún medicamento para la tensión arterial o un problema cardíaco?
X		¿Conoce alguna razón por la cual no debería realizar actividad física?

https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_fa797e01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documenta.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyYZDIPVvag/content/?c=force&a=false

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: 08-2024

FECHA DE EVALUACION: DIA: _____/ MES: _____/ AÑO: _____/

NOMBRES Y APELLIDOS: _____/ C.C: _____/

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. **Familia:** se define como el o los individuos con quien usted usualmente vive. Si usted vive solo, ahora su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene lazo emocional más fuerte. Para cada pregunta MARCA SOLO UNA "X" a la que parezca aplicar para usted.

Aspecto Evaluado	Nunca (0 PTOS)	Casi Nunca (1 PTO)	Algunas Veces (2 PTOS)	Casi Siempre (3 PTOS)	Siempre (4 PTOS)
1- Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad – *(ADAPTACION)*	☐	☐	☐	☐	☐
2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – *(PARTICIPACION)*	☐	☐	☐	☐	☐
3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – *(AFECTO)*	☐	☐	☐	☐	☐
4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – *(CRECIMIENTO)*	☐	☐	☐	☐	☐
5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – *(RESOLUCION)*	☐	☐	☐	☐	☐

ANALISIS RESULTADO:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

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

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

DATOS GENERALES

FECHA: DIA 5 MES 07 AÑO 24

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose fernando Gonsales C.C 4526916

CONDICION DE LA SALUD

A PRESENTADO DIFICULTADES A NIVEL DE SALUD -MENTAL: SI /NO ¿POR QUE? EN QUE CASO DE RESPONDER SI ¿ASISTIDO A CITA MEDICA.

No presenta ninguna dificultad a nivel de salud mental

CONVIVENCIA

A PRESENTADO DIFICULTADES A NIVEL FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA: SI /NO ¿POR QUE?.

No presenta ninguna dificultad a nivel familiar o de convivencia

REDES DE APOYO

QUE RUTA DE ATENCIÓN A UTILIZADO PARA SOLUCIONAR SUS DIFICULTADES: Ninguna/____/ ¿LOGRO SOLUCIONAR SU SITUACIÓN?: SI ___/ NO ___/ ¿POR QUE?

Oracion, autoreflexion, dialogo

FACTORES PROTECTORES

DURANTE EL ULTIMO MES EN QUE A OCUPADO SU TIEMPO LIBRE:

Agradecimiento, cocinar.

EN EL ULTIMO MES LE FUE POSIBLE CUBRIR LAS SIGUIENTES NECESIDADES BASICAS:

ALIMENTACIÓN: SI X / NO __/ SALUD : SI X/ NO __/ VIVIENDA: SI X/NO__/

VESTUARIO: SI__/ NO X/ TRANSPORTE: SI__/ NO X/ RECREACIÓN: SI__/NO X/

CONCEPTO PSICOLOGICO

Adulto mayor con buen estado de ánimo aparente, activo y sociable, no le gusta permanecer quieto, tiene red de apoyo familiar. No tiene ingresos economicos por lo que se le dificulta cubrir todas las necesidades básicas.

Problemas de columna.

PROFESIONAL: Trabajo Social Gloria Inés Arias 1225092595

Alcaldía de PEREIRA

C.T.A. MULTISER

CENTRO VIDA ORIENTE

Mini-BESTest: Test de evaluación de los sistemas de equilibrio

Nombre / código del sujeto	Fecha	Evaluador/a
Fernando Giraldo	5/07/24 PM	Valentina Galeano DT Sara Sofía Llanos Fisio

ANTICIPATORIO

1. SENTADO A DE PIE — SUBPUNTUACIÓN: 0 /6

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

- ☐ (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. Intente ponerse 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.
- ☐ (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: Tpo en s Prueba 1: — Prueba 2:

- ☐ (2) Normal: 20 s
- ☐ (1) Moderado: < 20 s
- ☒ (0) Grave: Incapaz

Dcha: Tpo en s Prueba 1: 17'' — Prueba 2:

- ☐ (2) Normal: 20 s
- ☐ (1) Moderado: < 20 s
- ☒ (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].

CONTROL POSTURAL REACTIVO

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE — SUBPUNTUACIÓN: 2 /6

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."

- ☒ (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).
- ☐ (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

- ☐ (2) Normal: recupera de forma independiente con un paso (cruza- do o lateral es correcto).
- ☐ (1) Moderado: varios pasos para recuperar el equilibrio.
- ☒ (0) Grave: caída o no puede dar el paso.

Derecha

- ☐ (2) Normal: recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto).
- ☐ (1) Moderado: varios pasos para recuperar el equilibrio.
- ☒ (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.

ORIENTACIÓN SENSORIAL

7. DE PIE (PIES JUNTOS); OJOS ABIERTOS, SUPERFICIE FIRME — SUBPUNTUACIÓN: 6 /6

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:

☒ (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 sus ojos"

Tiempo en segundos: 30"

☒ (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: 30"

☒ (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: 5 /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. Cuando le diga "lento", camine muy lentamente."

☐ (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.

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.
☒ (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 pueda y pare. Después del giro sus pies deben estar próximos."

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

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

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

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

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

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

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

TUG: segundos

TUG doble tarea: 17"23 segundos

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL: 13 /28

Alcaldía de PEREIRA

C.T.A. MULTISER

CENTRO VIDA ORIENTE

Instrucciones para el Mini-BESTest

Condiciones del sujeto: el sujeto debería ser valorado con zapatos planos O sin zapatos ni calcetines.

Equipamiento: Gomaespuma Temper® (también llamada T-foam™ de 10 cm de grosor, densidad media (T41, clasificación de firmeza), silla sin reposabrazos o ruedas, rampa inclinada, cronómetro, una caja (de 23 cm altura) y una marca con cinta adhesiva a 3 metros de distancia de la silla, pegada en el suelo.

Puntuación: El test tiene una puntuación máxima de **28 puntos para 14 ítems**, valorados cada uno de ellos de 0 a 2.

"0" indica el nivel de función más bajo y "2" el nivel de función más alto.

Si un sujeto necesita asistencia para un ítem, puntúe ese ítem una categoría más baja. Si un sujeto requiere asistencia física para realizar el ítem, puntúe "0" para ese ítem.

Para el ítem 3 (de pie en una pierna) e ítem 6 (paso compensatorio-lateral) sólo se incluye la puntuación para un lado (la peor puntuación). Para el ítem 3 (de pie en una pierna) seleccione el mejor tiempo de los dos registros (para un lado) para la puntuación.

Para el ítem 14 (Test Up & Go cronometrado con doble tarea) si la persona camina lentamente más de un 10% entre el TUG sin y con doble tarea, entonces la puntuación debe disminuir en un punto.

1.SENTADO A DE PIE	Anote el inicio del movimiento y el uso de las manos del sujeto on la silla, los muslos o el empuje de los brazos hacia delante.
2.PONERSE DE PUNTILLAS	Permita al sujeto dos intentos. Puntúe el mejor de ellos. (Si sospecha que el sujeto consigue menos que la máxima altura, pídalo alzarse mientras coge las manos del examinador). Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante.
3.MANTENERSE EN UNA PIERNA	Permita al sujeto dos intentos y registre los tiempos. Registre el número de segundos que el sujeto puede sostenerse, hasta un máximo de 20 s. Pare el tiempo cuando el sujeto mueva las manos de sus caderas o ponga un pie abajo. Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante. Repita del otro lado.
4.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-HACIA DELANTE	Sitúese delante del paciente con una mano en cada hombro y pídale inclinarse hacia delante. (Asegúrese de que haya espacio libre para dar un paso). Solicite al sujeto que se incline hasta que sus hombros y caderas estén frente a los dedos de los pies. Después de que sienta el peso del sujeto en sus manos, bruscamente quite su apoyo. El test debe producir un paso. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
5.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-HACIA ATRÁS	Sitúese por detrás del paciente con una mano en cada escápula y pídale inclinarse hacia atrás (Asegúrese de que hay espacio libre para dar un paso atrás.) Pida al paciente que se incline hasta que sus hombros y caderas estén por detrás de sus talones. Después de que sienta el peso del sujeto en sus manos, bruscamente quite su apoyo. El test debe producir un paso. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
6.CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO-LATERAL	Sitúese de lado al sujeto, coloque sus manos en la hemipelvis homolateral del sujeto. Pídale que se incline hasta que la línea media de la pelvis esté por encima del pie dcho (o izdo) y después quite bruscamente su apoyo. NOTA: esté preparado para coger al sujeto.
7.DE PIE (PIES JUNTOS), OJOS ABIERTOS, SUPERFICIE FIRME	Registre el tiempo que el sujeto es capaz de estar de pie con los pies juntos hasta un máximo de 30 segundos. Asegúrese de que el sujeto mira a un objetivo fijo situado a 1 - 4 m por delante.
8.DE PIE (PIES JUNTOS), OJOS CE- RRADOS, SUPERFICIE GOMAES- PUMA	Use una gomaespuma de densidad media tipo Tempur® de 10 cm de grosor. Asista al sujeto para colocarse sobre ella. Registre el tiempo que el sujeto ha sido capaz de estar en esa condición hasta un máximo de 30 segundos. Entre los dos intentos el sujeto se coloca fuera de la gomaespuma. Dé la vuelta a la gomaespuma entre registros para que el material recupere su forma original.
9.INCLINADO OJOS CERRADOS	Ayude al sujeto en la rampa. Una vez que haya cerrado los ojos, comience a contar el tiempo y regístrelo. Anote si hay una oscilación excesiva.
10.CAMBIOS EN LA VELOCIDAD	Permita al paciente dar entre 3 y 5 pasos a una velocidad normal y después diga "rápido". Después de 3-5 pasos rápidos, diga "despacio". Permita de 3 a 5 pasos antes de que el sujeto pare de caminar.
11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA - HORIZONTAL	Permita al sujeto alcanzar su velocidad normal y dé las órdenes "dcha, izda" cada 3-5 pasos. Registre si ve algún problema en cualquier dirección. Si el sujeto tiene limitaciones cervicales, permita movimientos combinados de cabeza y tronco.
12.CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE	Muestre un giro de pivote. Una vez que el sujeto camine a velocidad normal, diga "gire y pare." Cuente el número de pasos para "girar" hasta que el sujeto esté estable. El desequilibrio puede evidenciarse por una bipedestación con una base amplia, pasos extra o movimiento del tronco.
13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁ- CULOS	Coloque dos cajas de zapatos encintadas juntas (de 23 cm de altura cada una de ellas) a 3 metros de donde el sujeto comenzará a caminar,.
14. TEST UP & GO CRONOMETRADO CON DOBLE TAREA	Use el TUG cronometrado para determinar los efectos de la tarea dual. El sujeto debe caminar una distancia de 3 metros. TUG: El sujeto ha de estar sentado con su espalda en contacto con el respaldo. Se le cronometrará desde el momento en el que diga "vaya" hasta que vuelva a sentarse. Pare el tiempo cuando las nalgas del sujeto estén en el asiento y su espalda contra el respaldo. La silla debe ser firme sin reposabrazos. TUG con doble tarea: Mientras esté sentado estime cómo de rápido y seguro el sujeto puede contar hacia atrás de 3 en 3 comenzando en un número entre 100-90. Después, pida al sujeto que cuente desde un número diferente y tras varios números diga "vamos". Registre el tiempo desde desde que dice "vamos" hasta que el sujeto vuelva a la posición sentada. Puntúe la tarea dual que afecta al contar o al caminar si la velocidad de marcha se enlentece (>10%) con respecto al TUG y /o nuevos signos de desequilibrio.

©2005-2013 Oregon Health & Science University. Reservados todos los derechos.

En la traducción y adaptación han participado: Dominguez-Olivan, P. Serrano-Del-Rio, P. Fernandez-Simon, F. Fisioterapeutas del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (España). Bengoetxea, A. Fisioterapeuta. Université Libre de Bruxelles. Bolea-Moll, D. Traductor e intérprete. Traducción aprobada por F. Horak en 2017.

RETIRADO

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR COOPERATIVA MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE FICHA DE VALORACIÓN CAPACIDAD FÍSICA	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 12-preguntas, Administrada-proxy

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud que tiene la persona sobre la que usted está respondiendo en su papel de amigo, pariente o cuidador. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido o tiene su amigo, o la "persona" sobre la que usted está respondiendo, para realizar las siguientes actividades Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

H4[a]	Yo soy _____(seleccione) de esa persona José Fernando Grisales Quintero 78 años	1 =	Esposo o esposa	5 =	Otro relacionado
		2 =	Padres	6 =	Amigo
		3 =	Hijo o Hija	7 =	Cuidador profesional
		4 =	Hermano o hermana	8 =	Otro (especifique)

[a] Preguntas H1-H3 aparecen al final del cuestionario.

	En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido la "persona" para:					
2 S1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa 4	Extrema /no puede hacerlo
5 S2	Cumplir con sus quehaceres de la casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa 4	Extrema /no puede hacerlo
1 S3	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve	Moderada 3	Severa	Extrema /no puede hacerlo
6 S4	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa 4	Extrema /no puede hacerlo
6 S5	Cuánto le ha afectado a la "persona" emocionalmente su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada 3	Severa	Extrema /no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente

https://biadmin.cibersam.es/intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_fa797e01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documenta.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyYZDIPVvag/content/?c=force&a=false

13-06-2024

Powered by CamScanner

MULTISER C.T.A.	PROGRAMA ADULTO MAYOR COOPERATIVA MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE FICHA DE VALORACIÓN CAPACIDAD FÍSICA	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

12

Proxy

		En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido la "persona" para:					
1	S6	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
2	S7	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa 4	Extrema /no puede hacerlo
3	S8	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	Ninguna	Leve	Moderada 3	Severa	Extrema /no puede hacerlo
3	S9	Vestirse?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
2	S10	Relacionarse con personas que no conoce?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
2	S11	Mantener una amistad?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
No trabaja 5	S12	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa 4	Extrema /no puede hacerlo

H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	*Anote el número de días* 30
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	*Anote el número de días* 2
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	*Anote el número de días* 0

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

https://biadmin.cibersam.es/intranet/Ficheros/GetFichero.ashx?FileName=449_fa797e01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documenta.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyYZDlPVvag/content/?c=force&a=false

Powered by CamScanner

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR COOPERATIVA MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE FICHA DE VALORACIÓN CAPACIDAD FÍSICA	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

DIAGNOSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:

Dx: HTA, Diabetes, Alto: triglicerídos, colesterol. calambres.
Cx columna por accidente, usa el baston, a veces le toca quedarse quieto para volver a incorporarse, presenta dolor en columna lumbar.
casado y separado hace 38 años, 3 hijos, 8 nietos
Relaciona con su familia son
Después tuvo otra relación y con ella tiene 1 hija, no conviven pero viven bajo el mismo techo, le colaboran. (1 nieta)
Recibe apoyo de ellas, está en el programa Colombia Mayor.

* Presenta mayor afectación o dificultad en el área de la movilidad (severa), Area de las Actividades de la vida Diaria (severa), Area Participación Social (Moderado) las demás areas están menos afectadas.

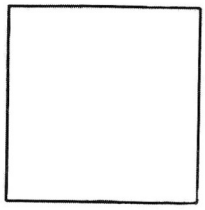
Plan de Intervención:
Se remite a fisioterapia para fortalecer su función motora.
Se remite al area de psicología, para ayudarle en estrategias de afrontamiento, para aceptar su realidad y su condición actual. Se percibe frustración e impotencia.

Dificultad por áreas:

1. Cognitivo: leve
2. Movilidad: Severo
3. Autocuidado: leve a moderado
4. Relacionarse con otras personas: leve
5. AVD: Severo
6. Participación Social: moderado a severo.

Profesional: _____

Firma o huella paciente: _____



https://biadmin.cibersam.es/intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_fa797e01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documenta.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyYZDiPVvag/content/?c=force&a=false

Powered by CamScanner

VALORACIÓN DE FUERZA MUSCULAR GLOBAL MRC – 5 JULIO 2024

CENTRO VIDA ORIENTE – ÁREA DE FISIOTERAPIA – SARA SOFÍA LLANOS.

USUARIO	FERNANDO GRISALES	
JORNADA	TARDE	
ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)		
MIEMBRO SUPERIOR		
	IZQUIERDO	DERECHO
ABDUCCIÓN DE HOMBRO	4	4
FLEXIÓN DE CODO	4	4
EXTENSIÓN DE MUÑECA	4	4
MIEMBRO INFERIOR		
	IZQUIERDO	DERECHO
FLEXIÓN DE CADERA	3	3
EXTENSIÓN DE RODILLA	4	4
DORSIFLEXIÓN DE TOBILLO	3	3

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR

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