Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: Jose Wilson Orozco Gonzalez

GRUPO: Azul JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3225423352

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

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

18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q			
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular			
VALORACION – AREA FISIOTERAPIA				
20	Cuestionario - Mini-BESTest	X		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	X		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit	—	—	No está en contrato
VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN				
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton	X		
24	Escala de Tinetti Modificada	X		
VALORACION – AREAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS/TRABAJO ASOCIATIVO Y EDUCACION				
25	Prueba de entrada - Área Ocupacional	X		
26	Prueba de entrada - Área Educación	X		
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 25 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias, Trabajo Social 1225092595

Responsable de la Verificación

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

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

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 de: 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 119

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 23 MES 05 AÑO 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose Wilson Orozco Gonzalez

LUGAR DE NACIMIENTO: Pacora, Caldas FECHA: DIA 02 MES 01 AÑO 1961

DIRECCIÓN: Cra 8 #5-30 Villavicencio

TELEFONO: 3225423352

EDAD: 62 CATEGORIA SISBEN: C1 DESPLAZADO — EPS Asmet salud

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
María Estela Orozco Gonzalez
DIRECCIÓN Cra 8 #5-30 Villavicencio TELEFONO 3225423352

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (X) -Sisben (X) -Otro (X)
Cuál ADRES e HISTORIA CLÍNICA

Nombre del funcionario: Sara Sofía Llanos G.

C.T.A. MULTISER

Alcaldía de PEREIRA

APROBACION DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

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

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres	Jose Wilson	Apellidos	Orozco Gonzalez
Documento de identidad	10104872	Expedida	Pereira.

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A —	B —	C X	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	—
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar	—	Sedentarismo	—
Ingresos económicos 1smlv	X	—	—	Violencia intrafamiliar	—	Tabaco	X
Disponibilidad de tiempo	Si X	—	No —	Signos de desnutrición	—	Ninguno	—

Por lo tanto el aspirante si X no — se encuentra en situación de vulnerabilidad para ser acogido por el programa CENTRO VIDA PEREIRA.

Se le aprueba X O se le niega — el cupo, a partir de la fecha: Día 23 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucia Alzate González
Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodriguez
Nombre Psicólogo(a)

Firma

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

ENCUESTA No. _____/

DATOS GENERALES

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

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Jose Wilson Orozco PARENTESCO —/

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Jose Wilson Orozco G C.C 10104872/

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 02/ M 07/ A 1961/ Pacora/ EDAD 62/ SEXO M/

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cra 9 # 5-30/ BARRIO Villavicencio/

EPS Asmet Salud/ PUNTAJE SISBEN C1/ TIPO SANGRE O+/

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

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

COMUNA Villavicencio TELÉFONO FIJO —/ CELULAR 3225423352/

OCUPACIÓN: ACTUAL —/ ANTERIOR —/

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

CUÁL: —/ NINGUNO: X/

PERSONA DE CONTACTO María Estela Orozco Gonzalez/

DIRECCIÓN Cra 8 # 5-30 TELÉFONO 3225423352 PARENTESCO Hermana

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL —/ OTRAS CUALES: —/

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

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

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: MUY BUENA —/ BUENA —/ REGULAR X/ MALA —/ MUY MALA —/

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	Maria Estela Orozco G.	66	Hermana	Ama de Casa.
2	Alberto Espinosa	70	cuñado	Ninguno.
3	Alexander Espinosa	29	Sobrino	Empresa pollos.
4	—	—	—	—

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

5	—	—	—	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	—	—	—	X
PARIENTES	—	—	—	X
VECINOS	—	—	—	X
AMIGOS	X	—	—	—

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI — /

CUÁL? — /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI — /

CUAL? — /

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

CUAL? — /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACIÓN X / CULTURA — / ARTES — / MANUALIDADES — /

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Jugar sapo/ajedrez/ Parques, ejercicio en gimnasio dirigido. /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

PENSIONADO — / RENTAS PROPIAS — / CÓNYUGE — / HIJOS — /

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

OTROS CUÁLES? — /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. X

- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... —
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... —

4.3 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN CUBRIR LAS SIGUIENTES NECESIDADES BÁSICAS:

ALIMENTACIÓN: SI X/ NO —/ SALUD: SI —/ NO X/ VIVIENDA: SI —/ NO X/

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

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA —/ FAMILIAR —/ ARRENDADA X/ INVASIÓN —/ CEDIDA —/

PRESTADA —/ NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR —/ OTRO —/

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

CALLE DE DIFICIL ACCESO A LA VIVIENDA —/ ESCALAS X/ PISOS CON DESNIVEL —/

PUERTAS X/ VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO —/ DIVISIONES X/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

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

VIVIENDA EN RUINA —/ OTRA —/

TODAS LAS ANTERIORES —/NINGUNA DE LAS ANTERIORES —/

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

CENTRO VIDA: SI X/ NO —/

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Luz Nelly Ospina /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 35545888

C.T.A. MULTISER	FICHA DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR CENTRO VIDA ORIENTE	Alcaldía de PEREIRA	Código: FO-DS-04-009 Versión: 01 Fecha de Creación: 17/08/2017

IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Jose

SEGUNDO NOMBRE: Wilson

PRIMER APELLIDO: Orozco

SEGUNDO APELLIDO: Gonzalez

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

1 [X] CEDULA DE CIUDADANÍA
2 [ ] CEDULA DE EXTRANJERÍA
3 [ ] TARJETA DE IDENTIDAD
4 [ ] REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP
5 [ ] PASAPORTE
6 [ ] TARJETA DE EXTRANJERÍA

Fecha de Nacimiento: 02-07-1961
No. Documento 10104872

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 62

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: C1

ESTADO CIVIL:

CASADO(A) [ ]
SOLTERO(A) [X]
DIVORCIADO(A) [ ]
VIUDO(A) [ ]

ESTA AFILIADO A UNA EPS (ANEXAR FOTOCOPIA DE LA EPS)

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: Asmet Salud

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

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

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

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 ___ 2 ___
2 [X] NO

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

1 [ ] SI
[ ] GOBIERNO
[ ] SECTOR PRIVADO

2 [X] NO

¿CUAL(ES)?: 1 ___ 2 ___

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Deporte, juegos, gimnasia, bailar, trotar.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: —

MUNICIPIO: Pereira

1 [—] RURAL: VEREDA: —

NOMBRE DE LA FINCA: —

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Cra 8 # 5-30

BARRIO: Villavicencio

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: —

TELÉFONO MÓVIL: 3225423352

EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: María Estela Orozco Gonzalez

PARENTESCO: Hermana

TELÉFONO DE CONTACTO: 3225423352

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

E1. ACTUALMENTE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL ES: (Asigne una sola alternativa, la que mejor describa la actividad principal

1 [—] BUSCANDO TRABAJO
2 [—] TRABAJAR
3 [—] ESTUDIAR
4 [—] OBRERO O EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR
5 [—] OBRERO O EMPLEADO DEL GOBIERNO
6 [—] EMPLEADO(A) DOMÉSTICO
7 [—] TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN
8 [—] TRABAJADOR SIN REMUNERACIÓN EN EMPRESAS O DE NEGOCIOS DE OTROS HOGARES
9 [—] OFICIOS DEL HOGAR
10 [X] INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 [—] JORNALERO O PEÓN
12 [—] TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA
13 [—] PATRÓN O EMPLEADOR
14 [—] OTRO. ¿CUÁL? —

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Le hicieron procedimiento quirúrgico de columna cervical por Artritis reumatoidea – degeneración: No está indicada fuerza. Cirugía cataratas. —

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Sara Sofía Llanos G.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
23	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA



Huella

OBSERVACIONES:

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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro vida Oriente



NOMBRES: Jose Wilson

APELLIDOS: Orozco Gonzalez

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 02 / MES: Julio / AÑO: 1961

EDAD: 62 SEXO M CÉDULA DE CIUDADANÍA: 10104872 / TIPO SANGRE: O+

ETNIA: MESTIZO: X / INDÍGENA: — / AFROCOLOMBIANO: — / RAIZAL: — / ROM: — / OTRO: — HOJA VIDA No: —

DIRECCIÓN: Cra 8 # 5-30 / BARRIO: Villavicencio

COMUNA: Villavicencio / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3225423358 / PLAN FUNERARIO: MAPFRE

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN C1

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Acido folico, Imflacem, Prednisolona.

ALERGIA A MEDICAMENTOS: —

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Maria Estela Orozco Gonzalez

PARENTESCO: Hermana / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3225423352

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

DIRECCIÓN: Cra 132E-04 / TELÉFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac162008@hotmail.com

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

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

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

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

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

Firma: JOSE MILSON C

Nombre: JOSE MILSON C

Identificación: 10.104 872



C1

Nuevo



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.104.872
OROZCO GONZALEZ
APELLIDOS
JOSE WILSON
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1961
PACORA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
25-OCT-1979 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00067503-M-0010104872-20080908 0003129585A 1 4530000494

Direccion carrera 8 # 530 barso,

Telefono 3225423352 - 3161068

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B5

Fecha de consulta: 26/11/2024

Ficha: 66001029569100000110

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE WILSON

Apellidos: OROZCO GONZALEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10104872

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/09/2023

Última actualización ciudadano: 05/09/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑ

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Pis

Teléfono: 3248703 - 32067654

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	10104872
NOMBRES	JOSE WILSON
APELLIDOS	OROZCO GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	27/08/2009	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/12/2024 10:34:24	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Artritis Remautoidea

HISTORIA CLINICA

CARRERA 25 # 74 a 87
Tel. 3275710
900342064-3

Identificacion: 10104872 CEDULA
OROZCO GONZALEZ JOSE WILSON
Sexo : MASCULINO Fecha de Nacimiento : 02/07/1961
Regimen : EPSS PGP ASMET SALUD EPS S S.A.S
Direccion: CRA 8 NO 5-36 _____
Estado Civil: SOLTERO (A) Ocupacion: NO DEFINIDO

No. Historia Clinica : 10104872
Vinculo :
Edad : 61 Años Etnia: Indígena
Estrato : UNO
Telefono: 3122394937 3161068
Fecha y Hora de Atencion : 26/09/2022 10:01

Motivo de Consulta :
MIELOPATIA
Enfermedad Actual :
ANTEC:ARTRITIS REUMATOIDEA .
REFERE LA HERMANA INESTABILIDAD PAR A LA MACHA DESE HACE 9 MESES , POR SENSACION DE DISMINUCION DE LA FUERZA EN 4 EXTREMIDADES.
REFIEE NETUMIEMOIENTRO EN MANOS Y PIES CON TTNOI DE MARCHA

RX:; LUXACION C1C2
RNM: MIELOPATIA OCCIPITOCERVOICAL DE PREDOMINIO DERECHO. PANNUS COMPRESIVO DERECHO?

RNM:CANAL CPON ESPONDILOSIS C3C6. E INESTABILIDDA C1C2. MIELOMALACIA BULBOMEDULAR

Revision por Sistema :
PCTE CON TRSATORNO DE MARTCHA A SOCAIDO A MIELOOPPATIA CERVICAL Y ARTRITIS REUMATOIDEA
Antecedentes Personales
Quirurgico : NO REFIERE Patologicas : NO REFIERE Alergicos : NO REFIERE
Inmunologicos : NO REFIERE Siquiatricos : NO REFIERE Toxicos : NO REFIERE Venereas : NO REFIERE Ginecologias : NO REFIERE Paraclinicos : NO REFIEREOncologicos : NO REFIERE
Antecedentes Familiares
Cardiovascul. : NO REFIERE
Cancer : NO REFIERE
Infecciosas : NO REFIERE
Neurologicos : NO REFIERE
Pulmonares : NO REFIERE
Diabetes : NO REFIERE
Gastrointest. : NO REFIERE
Signos Vitales
TA : 0 / 0 FC : 0 FR : 0 Temp : Talla : Peso : I. M. C. : 0
Ptorax : 0 Pcefa : 0
TFG: Glucometria: SatO2: Perimetro Abdominal. :
Examen Fisico
General : CVUADRIPARESIA
MARCHA INESTABLLE SIGNSO DE MEILOPATIA

DX Principal : M433 SUBLUXACION ATLANTO-AXOIDEA RECURRENTE, CON MIELOP
OTROS DIAGNOSTICOS : EPONDILOSIS SUBAXIAL
Causa Externa : M. Enfermedad General
Conducta :
OBSERVACIONES : PLAN: CX DE COLUMNA DE ORTOPEDIA DR SUAREZ

Factura No. 1010956

Profesional: JHON ABELLO
Resgistro: 0507/91
Especialidad : NEUROCIRUGIA

CLÍNICA San Rafael
Carrera 18 con Calle 14,
Tel. 3275710
900342064-3

HISTORIA CLINICA

I. IDENTIFICACIÓN
Identif. : 10104872
OROZCO GONZALEZ JOSE WILSON
Residencia Habitual : CRA 8 NO 5-36
Tipo de Seguro : EPSS PGP ASMET SALUD EPS S S.A.S
Ingreso : Fecha 20/12/2022 Hora 09:46
Destino: ALTA VIVO Fecha : 01/01/1900

Sexo : MASCULINO
Fecha de Nacimiento : 02/07/1961
Barrio : _____

No. Historia Clinica : 10104872
Carnet :
Edad : 61 Años

Egreso : Fecha 04/01/2023 Hora 17:11
Factura No. 969120 Consecutivo No. 1987704

AREA SERVICIO:

EVOLUCIONA: KEVIN JULIAN ANGEL OSORIO 23/12/2022 16:18
ETNIA: NINGUNO DE LOS ANTER CURSO DE VIDA: ADULTEZ MAYOR (=>60 AÑOS) ESCOLARIDAD: BASICA PRIMARIA
NUMEROS CONTACTO: 3122394937-3135978186 DIRECCION: CR 8 # 5-36
ACOMPAÑANTE: MARIA STELLA PARENTESCO: HERMANA
ANTECEDENTES
TRABAJO SOCIAL
-IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:
GÉNERO: MASCULINO - MESTIZO EDAD : 61 AÑOS NIVEL EDUCATIVA: – DIRECCIÓN: CR 8 # 5-36 TELÉFONO: 3122394937 (HERMANA) 3135978186 (HERMANA)
ÁMBITO DE ATENCIÓN: HOSPITALIZACIÓN
CAUSA DE CONSULTA : VIENE A CIRUGIA
DIAGNÓSTICO: M433 SUBLUXACION ATLANTO-AXOIDEA RECURRENTE. CON MIELOPAT

EVALUACION PSICOSOCIAL
SE ACUDE A CUBÍCULO CON FIN DE BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO POR EL ÁREA, EN COMPAÑIA DE HERMAN ALA ESPERA TELLA, QUIEN BRINDA INFORMACIÓN SOLICITADA.

ACOMPAÑAMIENTO
SE BRINDA ESPACIO DE ESCOBA DONDE INDICA
TIPOLOGÍA FAMILIAR NUCLEAR RECONSTRUIDA CONFORMADA POR PACIENTE, HERMAN MARIA STELLA, CUÑADO ALBERTO ESPINOSA, SOBRINO ALEXANDER; CONVIE HAC APROXIMAN DMW NATE 10 AÑOS. - RED CERCANA HIJO JOHN JADER (VIVEN EN PANAMA; RELACIÓN CONSTANTE) HERMANOS MARIA LIZBETH, FLOR VILMA, JOSE WILMAR QUIENES VIVEN FUERA DEL PAÍS. - INDICA BUENA RELACIÓN FAMILIAR.
RECURSOS ECONÓMICOS SUJETOS A PENSIÓN LABORAL CUÑADO, ACOMPAÑAMIENTO DENTRO DE LAS CAPACIDADE DE RED FAMILIAR. .
ACOMPAÑAMIENTO A CARGO DE RED FLAIR QUIEN SE ORGANIZA PARA ESTAR DENTRO DE LA CLÍNICA.
SE BRINDA ESPACIO DE ESCUCHA ACTIVA, INFORMACIÓN DE IMPORTANCIA PARA PACIENTE Y RED FAMILIAR, ACOMPAÑAMIENTO CARGO POR FAMILIA.

RECOMENDACION
CUALQUIER NOVEDAD O INFORMACIÓN COMUNICARSE A LOS NÚMERO 3122394937 (HERMANA) 3135978186 (HERMANA)

REMISION
NO APLICA

PROFESIONAL
KEVIN JULIAN ANGEL OSORIO
Registro Medico :
Especialidad : TRABAJADORA SOCIAL

PROFESIONAL TRATANTE
Registro Medico :
Especialidad :

EVOLUCIONA: KEVIN JULIAN ANGEL OSORIO 28/12/2022 15:32
ETNIA: NINGUNO DE LOS ANTER CURSO DE VIDA: ADULTEZ MAYOR (=>60 AÑOS) ESCOLARIDAD: BASICA PRIMARIA
NUMEROS CONTACTO: 3122394937-3135978186 DIRECCION: CR 8 # 5-36
ACOMPAÑANTE: MARIA STELLA PARENTESCO: HERMANA
ANTECEDENTES
*** SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL***
-IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:
GÉNERO: MASCULINO - MESTIZO EDAD : 61 AÑOS NIVEL EDUCATIVA: – DIRECCIÓN: CR 8 # 5-36 TELÉFONO: 3122394937 (HERMANA) 3135978186 (HERMANA)
ÁMBITO DE ATENCIÓN: HOSPITALIZACIÓN

EVALUACION PSICOSOCIAL
PACIENTE YA CONOCIDO POR EL ÁREA, TIPOLOGÍA FAMILIAR NUCLEAR RECONSTRUIDA EN COMPAÑÍA DE HERMAN LA MARIA STELLA.

ACOMPAÑAMIENTO
SE BRINDA ESPACIO DE ESCUCHA ACOMPAÑANTE REFIERE " SU COMPORTAMIENTO HA CAMBIADO LUEGO DE LA CIRUGÍA, ÉL ESTÁ AGRESIVO, IMPULSIVO, EST SUCEDE CUANDO DESEA IR AL BAÑO; NO QUIERO QUE LE DEN SALIDA SI EL SIGUE CON ESOS COMPORTAMIENTOS" - SE BRINDA INFORMACIÓN DE IMPORTANCIA, SENSIBILIDAD ANTE LA RECUPERACIÓN PRESERVA QUE PUEDE TENER EL PACIENTE Y EL ACOMPAÑAMIENTO PARA EL MISMO.

HISTORIA CLINICA

I. IDENTIFICACIÓN

Identif. : 10104872
OROZCO GONZALEZ JOSE WILSON
Residencia Habitual : CRA 8 NO 5-36
Tipo de Seguro : EPSS PGP ASMET SALUD EPS S S.A.S

Sexo : MASCULINO
Fecha de Nacimiento : 02/07/1961
Barrio : _____

Carnet :
Edad : 61 Años

Ingreso : Fecha 20/12/2022 Hora 09:46
Egreso : Fecha 04/01/2023 Hora 17:11
Destino: ALTA VIVO Fecha : 01/01/1900
Factura No. 969120
Consecutivo No. 1987704

PACIENTE INDICA QUE DESEA PODER IR AL BAÑO, QUE PUEDE MOVILIZARSE SOLO - RESISTECIA A UTILIZAR EL PAÑAL, POR INCOMODIDAD / DEPENDENCIA / DIFICULTAD DE DESPLAZARSE POR SÍ SOLO.

RECOMENDACION
SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA PARA EVALUAR AFRONTAMIENTO DE ETAPA POR LA CUAL PACIENTE ESTÁ PASANDO.
CUALQUIER NOVEDAD O INFORMACIÓN COMUNICARSE A LOS NÚMERO 3122394937 (HERMANA) 3135978186 (HERMANA)

REMISION
NO APLIA

PROFESIONAL
KEVIN JULIAN ANGEL OSORIO
Registro Medico :
Especialidad : TRABAJADORA SOCIAL

PROFESIONAL TRATANTE
Registro Medico :
Especialidad :

HISTORIA CLINICA - INFORME QUIRURGICO

Carrera 19 # 12-32, Barrio
Tel. 3275710
900342064-3

No. Historia Clinica : 10104872

I. IDENTIFICACIÓN
Identif. : 10104872 CEDULA Sexo : MASCULINO Empresa : PGP ASMET SALUD EPS S S.A.S
Nombres: OROZCO GONZALEZ JOSE WILSON Fecha de Nacimiento : 02/07/1961 Edad : 61 Años
Residencia Habitual : CRA 8 NO 5-36 Barrio : _____

Atencion : Fecha 21/12/2022 Hora 19:56

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LA CIRUGIA

CIRUJANO	JUAN ESTEBAN SUÁREZ HENAO	AYUDANTE	JHON ABELLO
ANESTESIOLOGO	RAMIRO GARCIA	CIRCULANTE	ANA GERMANIA VELASQUEZ
AUX. ANESTESIA		INSTRUMENTADOR	CAROLINA MARIN GIRALDO

DIAGNOSTICO

Dx PREVIO	M433	SUBLUXACION ATLANTO-AXOIDEA RECURRENTE, CON MIELOP
Dx POSTERIOR	M500	TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON MIELOPATIA (G99.2*

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

PROCEDIMIENTO	810402	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR TECNICA	UNICA
PROCEDIMIENTO	35202	CORRECCION DE ANOMALIA DE MEDULA ESPINAL EN UNION	BILATERAL
PROCEDIMIENTO			
PROCEDIMIENTO			

ANESTESIA	GENERAL	SANGRADO	500	CLASIFICACION HERIDA	
PATOLOGIA	NO	TORNIQUETE	NO	LIMPIA	

Tipo MEDIANA CIRUGIA Fecha Cirugia 21/12/2022 Hora 16:30 Fecha Finalizacion 21/12/2022 Hora 20:00

DESCRIPCION QUIRURGICA

CXC O23 TRATAMIENTO DE PATOLOGIA CRANEOCERVICAL

HALLAZGOS:
INESTABILIDAD C1C2
ANOMALIA ANATOMICA IMPORTANTE

PACIENTE DECUBITO VENTRAL BAJO ANESTESIA GENERAL
ASEPSIA ANTISEPSIA COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTÉRILES. ACCESO POSTERIOR A LA COLUMNA CERVICAL Y REGION DEL OCCIPITAL . , DISECCIÓN POR PLANOS
IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL CON INTENSIFICADOR DE IMÁGENES, PASO DE TORNILLOS DE MASA LATERAL C2 SE VERIFICA DE NUEVO POSICIÓN CON EL INTENSIFICADOR, 2 TORNILLOS DE 3,5 HAY SANGRADO PROFUSO AL PASO DE LOS TORNILLOS EL CUAL SE CONTROLA
SE BUSCAN PEDICULOS DE C1 NO SE ENCUENTRAN PUNTOS DE INSERCION SE
SE REALIZA DESCOMPRESIÓN MEDULAR MEDIANTE LAMINECTOMIA DE C1 RESECCION DE ARCO POSTERIOR, SE CAMBIA PLAN QUIRURGICO Y SE REALIZA COLOCACION DE PLACA OCCIPITAL FIJADA CON 4 TORNILLOS4.5 Y SE ARTRODESA CON DOS BARRAS DE 80 MM MOLDEADAS Y 4 TOPES DE SEGURIDAD. IMPLAMEQ
SE VE MÉDULA PULSANDO
SE REALIZA INJERTO OSEO EN COLUMNA DE 5 CC DE MATRIZ OSEA DESMINERALIZADA
LAVADO HEMOSTASIA SUTURA POR PLANOS CURATIVO ESTÉRIL

COMPLICACIONES

NO

Destino: ALTA VIVO

Factura No. 969120 Consecutivo No. 1987704

MEDICO CIRUGIA : JUAN ESTEBAN SUÁREZ HENAO
REGISTRO . 151298-01
ESPECIALIDAD : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

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

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

NOMBRES – APELLIDOS: JOSE WILSON OROZCO

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

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

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

INTERPRETACION

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

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

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

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

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

Camila Centeno
FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Wilson.
FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO

CENTRO VIDA – ORIENTE PEREIRA – C.V.O.P
Calle 4 # 8 - 03 – Comuna Villavicencio - Cel +57 320 688 9446 - Pereira-Risaralda
E-mail: multisercta@gmail.com

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Orozco Nombre: Jose Wilson

Sexo: M Edad: 62 Peso, kg: 53 Altura, cm: 158 Fecha: 12/06/24

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos) → 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
→ 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q Circunferencia braquial (CB en cm) 23.5
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22
→ 1.0

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 31.8
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31
→ 1

Evaluación (máx. 16 puntos) → 11.5
Cribaje → 13
Evaluación global (máx. 30 puntos) → 24.5

Evaluación del estado nutricional

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

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

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

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

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

PESO 53 **TALLA:** 158 **IMC:** 21.2

Peso Insuficiente, Disminucion Severa de masa muscular
PP: 31.8
PB: 23.5

FIRMA USUARIO: * JOSE WILSON GRAJALES E

FECHA SEGUIMIENTO _____

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

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

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

FIRMA USUARIO

Alcaldía de PEREIRA

TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01

Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

FECHA:

Nombre completo: Jose Wilson Orozco	Documento de identidad: 10104872
Grupo: Centro Vida Oriente	Examinado por: Diomara Quintero

ORIENTACIÓN

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

5 **5**

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

2 **5**

FIJACIÓN

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

3 **3**

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

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

5 **5**

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

2 **3**

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?

3 **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?

0 **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

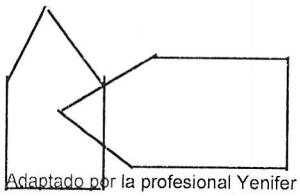
0 **1**

- Escriba una frase

1 **1**

- Copie este dibujo

1 **1**



30-27 sin deterioro 29.
26-25 deterioro cognitivo leve
24-10 demencia leve
9-0 demencia

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

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

FECHA DE APLICACION:	**DIA:** 1 /	**MES:** 11 /	**AÑO:** 2024 /
NOMBRE COMPLETO Jose Wilson Orozco		**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 10104872	
GRUPO Centro Vida Oriente		**ENTREVISTADO POR** Yomara Quintero.	

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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

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

CALIFICACIÓN	PUNTUACION TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	
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.	6.
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: Yomara Quintero.

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

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

ACTIVIDAD: La Ley 1276 de 2009, establece nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los Centros Vida. Esta ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de las categorías A1 a C18 del SISBÉN IV, contribuyendo así, a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Los servicios mínimos que ofrecerán los Centros Vida serán los siguientes:

SERVICIO	SI	NO
1. Alimentación.	X	
2. Orientación Psicosocial.	X	
3. Atención Primaria en Salud.	X	
4. Aseguramiento en Salud.	X	
5. Deporte, Cultura y Recreación.	X	
6. Auxilio Exequial.	X	
7. Manutención de alimentos	X	
8. Otras.	X	

DESCRIPCIÓN

De los posibles riesgos en las actividades y las que pudieran derivarse:

- Caída, especialmente en la zona húmeda, por lo que se recomienda hacer uso de sandalias.
- Lesión durante la realización de las actividades deportivas, recreativas, culturales y de manualidades, se recomienda seguir todas las indicaciones de los profesionales encargados de las actividades.
- Si presenta una patología de base pueden existir diferentes posibilidades de riesgo en la ejecución de las actividades anteriormente mencionadas, sin embargo, los profesionales tendrán presente estas en el momento de elaborar los planes de intervención y comunicarán las indicaciones pertinentes y/o restricciones de considerarlo necesario, con la intención de prevenir contratiempos.

Yo, Jose Wilson Orozco Gonzalez, con cedula N° 10104972, entiendo que las actividades a realizar arriba descritas implican tener beneficios para mi salud además de la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas, según fui informado en detalle por parte de los orientadores de las actividades. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante las actividades y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo posible.

Firmado en la ciudad de: Pereira a los 23 del mes de 05 del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: JOSE WILSON G 10104972

Firma – cedula - huella del acudiente: _____

Firma - cedula del orientador: Lina Sofía Flores L

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: 27 / MES: Septiembre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Wilson Orozco / C.C: 10104972 /

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:

El puntaje de 20 refleja una percepción óptima de apoyo familiar y satisfacción en cuanto a: Adaptación, participación, afecto, crecimiento y resolución, arrojando así buena función familiar. Se sugiere que el usuario siga trabajando en la escucha activa, comunicación asertiva, implicación en toma de decisiones y actividades conjuntas para reforzar los lazos.

Gloria Inés Arias

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

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