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: Fernando Agudelo

GRUPO: Mañana JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3148866454

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	X		falta tel. acudiente
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA	X		
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	X		
4	FICHA DE INSCRIPCION	X		
5	HOJA DE VIDA	X		falta foto
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)			la historia clinica que está archivada del 2021
	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 esta en contrato
VALORACION – AREA DEPORTE, CULTURA Y RECREACIÓN				
23	Evaluación – AIVD – Escala de Lawton	X		
24	Escala de Tinetti Modificada	X		
VALORACION – AREAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS/TRABAJO ASOCIATIVO Y EDUCACION				
25	Prueba de entrada - Área Ocupacional	X		
26	Prueba de entrada - Área Educación	X		
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		Falta firma coordinación

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 11 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias, Trabajo Social 1225025595

Responsable de la Verificación

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

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

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 101

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 22 **MES** 05 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Fernando Molina Agudelo

LUGAR DE NACIMIENTO: Mistrato **FECHA: DIA** 30 **MES** 03 **AÑO** 1955

DIRECCIÓN: MZ A CS 12 Segundo Nivel.

TELEFONO: 3148866454

EDAD: 69 **CATEGORIA SISBEN:** C11 **DESPLAZADO** X **EPS** Salud total.

RH B+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Maria Olinda Berrio Molina
DIRECCIÓN MZ A CS 12 2do Nivel
TELEFONO

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (X) -Sisben (X) -Otro (X)
Cuál Adres - Historia clinica

Nombre del funcionario: Luz Helena

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 Fernando	Apellidos Molina Agudelo
Documento de identidad 1.385404.	Expedida Risaralda.

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	—	—	—	Violencia intrafamiliar	—	Tabaco	—
Disponibilidad de tiempo	Si X		No —	Signos de desnutrición	—	Ninguno	—

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

Se le aprueba X O se le niega ____ el cupo, a partir de la fecha: Día 22 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Firma

Alba Lucía Alzate González
Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodriguez
Nombre Psicólogo(a)

Carolina R.

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 22 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____ PARENTESCO _____ /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Fernando Molina A C.C 1385404

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 30 / M 3 / A 1955 / Mistrato / EDAD 69 / SEXO M

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz A CDSA 12 / BARRIO San Gregorio

EPS Salud total / PUNTAJE SISBEN C11 / TIPO SANGRE B+ /

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

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

COMUNA Oriente / TELÉFONO FIJO _____ / CELULAR 3148866454 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ninguna / ANTERIOR Ninguna /

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

CUÁL: _____ / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Maria olinda Berrio Fl /

DIRECCIÓN Mz A CS 12 TELÉFONO _____ PARENTESCO esposa

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: _____ /

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

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

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: MUY BUENA — / BUENA — / REGULAR 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 olinda. Berrio	57	esposa	Ama de casa
2	Margury Berrio	33	Hija	enfermera
3	—	—	—	—
4	—	—	—	—

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

5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	X	X	X	X
PARIENTES				X
VECINOS				
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 ___ / CULTURA ___ / ARTES ___ / MANUALIDADES ___ /

OTRAS: ___ CUÁLES: _____ /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Gimnasio, Juegos de Mesa, Recreación Caminata

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

PENSIONADO ___ RENTAS PROPIAS ___ CÓNYUGE ___ / HIJOS X /

FAMILIARES ___ 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..... X
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... —

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

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

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

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 X /

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

VIVIENDA EN RUINA — / OTRA — /

TODAS LAS ANTERIORES — /NINGUNA DE LAS ANTERIORES —

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

CENTRO VIDA: SI X NO __/

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

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 35515888

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: Fernando

SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: Molina

SEGUNDO APELLIDO: Agudelo

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: 30 de marzo de 1955
No. Documento 1383404

RANGO DE EDAD:

AÑOS CUMPLIDOS: 69

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

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: C11

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [X] CONTRIBUTIVA
2 [ ] SUBSIDIADA

CUAL: Salud total.

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

1 [ ] NINGUNO
2 [ ] 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

Ve televisión. Camina. escucha Música. lee.

2

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: —— MUNICIPIO: ——

1 [—] RURAL: VEREDA: ——
NOMBRE DE LA FINCA: ——

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: MZ A CS 12 2do
BARRIO: SAN GREGORIO Pereira

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: —— TELÉFONO MÓVIL: 3148866414 EMAIL: ——

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Maria Olinda Berrio PARENTESCO: esposa.
TELÉFONO DE CONTACTO: ——

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

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

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

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

Hacer ejercicio, Juegos de Mesa. Arte, Deporte, Gimnasio.

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Remplazo total de Rodilla.

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Liz Yenny

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
22	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

Fernando Molina C.

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: Fernando

APELLIDOS: Molina Agudelo

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 30 MES: Marzo AÑO: 1955

EDAD: 64 SEXO: M CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1.385.404 TIPO SANGRE: B+

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: + INDÍGENA: + AFROCOLOMBIANO: + RAIZAL: + ROM: + OTRO: +

DIRECCIÓN: Mz A Csa 12 2do Nivel BARRIO: San Gregorio Perl.

COMUNA: Oriente. VEREDA: +

TELÉFONO FIJO: + CELULAR: 3148866456 PLAN FUNERARIO: Mapfre.

S.G.S.S.S: C: X S: + V: + O: + E.P.S: Salud total PUNTAJE SISBEN: C 11

ENFERMEDADES: H.T.A: X DIABETES: + OSTEOPOROSIS: + ARTRITIS: + EPOC: + OTRA: Artrosis

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Levotiroxina, omeprazol. Atrovastatina.

ALERGIA A MEDICAMENTOS: +

DISCAPACIDADES: FÍSICA: + MENTAL: + SENSORIAL: + MULTIPLE: Cual +

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

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: X DIETA PRESCRITA: + PERTENENCIA GRUPOS: +

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA: X SECUNDARIA: + NINGUNO: + OTRO: +

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

CONVIVENCIA: PAREJA: X FAMILIA: X SOLO: + OTRO: +

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Nana Olinda Berrio Molina

PARENTESCO: ESPOSA TEL FIJO: + TEL CELULAR: +

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

DIRECCIÓN: Cra 13 # 26-04 TELÉFONOS: 3127797746.

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac6120066@hotmail.com.

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

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

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

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

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 22 días del mes de 05 de año 2024.

Firma:

Nombre: Fernando molinares

Identificación: 7.385404





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.385.404
MOLINA AGUDELO
APELLIDOS
FERNANDO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1955
MISTRATO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
25-NOV-1977 RISARALDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2402100-00155002-M-0001385404-20090423 0010963334A 1 24905066

3148866454

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

C12

Fecha de consulta: 26/11/2024

Ficha: 66001061569300000084

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: FERNANDO

Apellidos: MOLINA AGUDELO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1385404

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/08/2024

Última actualización ciudadano: 22/08/2024

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	1385404
NOMBRES	FERNANDO
APELLIDOS	MOLINA AGUDELO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/03/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/01/2024 08:27:59	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

VIRREY SOLIS I.P.S.

No.181903265

FORMULA MEDICA

Fecha y Hora: 19 Mar 2024 14:08

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania
Documento: 1385404
Nombre: FERNANDO MOLINA AGUDELO
Fecha de Nacimiento: 30 Mar 1955
Dirección: SAN GREGORIO PEREIRA MZ A CA 10 SEGUNDO PI
Teléfono:
Departamento: (66) RISARALDA
Municipio: (001) Pereira
Teléfono Celular: 3148866454
Email: molinamaryuri980@gmail.com

INFORMACIÓN DE LA REMISION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP)
Régimen: Contributivo - CAPITADO - Capitación
Motivo:
Fecha Vencimiento: 18 Jun 2024
Diagnóstico: I10X - E03.9 - E74.9
DP Anterior: 31364-2412581432
Ubicación del Paciente: Consulta Externa
Origen del servicio: Otra

DETALLE DE SERVICIOS/MEDICAMENTOS/DISPOSITIVOS MEDICOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
099	30	(treinta) MEDICAMENTOS - (CMD 15)-METFORMINA CLORHIDRATO TABLETA RECUBIERTA 850 MG 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: INCIAR CON MEDIA TB POR 14 DIAS ENCIMA DEL ALMUERZO -
1199	30	(treinta) MEDICAMENTOS - (CMD 20)-ESOMEPRAZOL TABLETA Ó CÁPSULA 20 MG 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: En ayunas -
	30	(treinta) MEDICAMENTOS - (CMD 30)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -
304	30	(treinta) MEDICAMENTOS - (CMD 30)-AMLODIPINO TAB 5 MG 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -
652103	50	(cincuenta) MEDICAMENTOS - (CMD 25)-EUTIROX - LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 75 MCG 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Cuota Moderadora
Valor: 0

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Valentina Fontecha Zabala
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Cedula: 1110583024
Registro Medico: 1110583024

OBSERVACIONES

DIRECCIONAMIENTO VALIDO PARA RECLAMAR SERVICIOS DESDE EL DIA 19 May 2024 SI ESTA AL DIA EN PAGOS
COPIA USUARIO - NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

SÓLO PARA ÓRDENES DE COMPRA DE SERVICIOS

Virrey Solis I.P.S. S.A. asumirá la cobertura económica de los servicios de salud brindados si hicieran parte de la atención de urgencias. En caso que corresponda, favor cobrar **LA CUOTA MODERADORA** o el **COPAGO**, de acuerdo al rango salarial, los montos máximos, los límites legales, las excepciones establecidas por la normatividad vigente y validando las exoneraciones en los casos que corresponda. Esta orden de compra de servicios es válida únicamente para los servicios aquí detallados: procedimientos o servicios adicionales y/o derivados solicitarse de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3047 de 2008, sin perjuicio de modelo de atención diseñado e implementado por **Virrey Solis I.P.S. S.A.** Autorización a verificación de pertinencia por Auditoria Médica.

F02-A-V.3-2013

Firma - Virrey Solis I.P.S. S.A.

Firma Usuario

Las órdenes de compra de servicios dadas hacen parte de los aportes para el cobro de la cuenta a Virrey Solis I.P.S. S.A.

Bogotá Subsidiado: Información 485 18 51 - Autorizaciones 485 46 66 - Nacional 01 8000 122 219

Valentina Fontecha Zabala REGISTRO. 1110583024

16

VIRREY SOLIS I.P.S.

No.181903267

FORMULA MEDICA

Fecha y Hora: 19 Mar 2024 14:08

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania	**Documento: 1385404**
Nombre: FERNANDO MOLINA AGUDELO	Fecha de Nacimiento: 30 Mar 1955
Dirección: SAN GREGORIO PEREIRA MZ A CA 10 SEGUNDO PI	Teléfono:
Departamento: (66) RISARALDA	Municipio: (001) Pereira
Teléfono Celular: 3148866454	Email: molinamaryuri980@gmail.com

INFORMACIÓN DE LA REMISION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP)	Régimen: Contributivo - CAPITADO - Capitación
Motivo:	**Fecha Vencimiento: 18 Jun 2024**
Diagnóstico: I10X - E03.9 - E74.9	DP Anterior: 31364-2412581432
Ubicación del Paciente: Consulta Externa	Origen del servicio: Otra

DETALLE DE SERVICIOS/MEDICAMENTOS/DISPOSITIVOS MEDICOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
2644	30	(treinta) MEDICAMENTOS - (CMD 15)-LOSARTAN/HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 100+25 MG 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Sin Cobro	**Valor: 0**

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Valentina Fontecha Zabala	Especialidad: MEDICINA GENERAL
Cedula: 1110583024	Registro Medico: 1110583024

OBSERVACIONES

DIRECCIONAMIENTO VALIDO PARA RECLAMAR SERVICIOS DESDE EL DIA 19 May 2024 SI ESTA AL DIA EN PAGOS

COPIA USUARIO - NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

SÓLO PARA ÓRDENES DE COMPRA DE SERVICIOS

Virrey Solis I.P.S. S.A. asumirá la cobertura económica de los servicios de salud brindados si hicieran parte de la atención de urgencias. En caso que corresponda, favor cobrar **LA CUOTA MODERADORA** o el **COPAGO**, de acuerdo al rango salarial, los montos máximos, los límites legales, las excepciones establecidas por la normatividad vigente y validando las exoneraciones en los casos que corresponda. Esta orden de compra de servicios es válida únicamente para los servicios aquí detallados: procedimientos o servicios adicionales y/o derivados solicitarse de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3047 de 2008, sin perjuicio de modelo de atención diseñado e implementado por **Virrey Solis I.P.S. S.A.** Autorización a verificación de pertinencia por Auditoría Médica.

F02-A-V.3-2013

Firma - Virrey Solis I.P.S. S.A.

Firma Usuario

Las órdenes de compra de servicios dadas hacen parte de los aportes para el cobro de la cuenta a Virrey Solis I.P.S. S.A.

Valentina Fontecha Zabala REGISTRO 1110583024

Bogotá Subsidiado: Información 485 18 51 - Autorizaciones 485 46 66 - Nacional 01 8000 122 219

Consejo Soluciones de Comunicaciones S.A.S. NIT. 860.056.812-8

VIRREY SOLIS I.P.S.

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: FERNANDO MOLINA AGUDELO
Fecha de Nacimiento: 03/30/1955
Edad: 65 Años - **Sexo:** Masculino
Teléfono Residencia: 0
Aseguradora: Salud Total EPS

Contrato: 90543183 (Documento: CC 1385404)
Dirección Residencia: CD SEMILLAS DEL OTUN BL 9 AP 951
Ciudad Residencia: Pereira
Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del sábado, 13 de marzo de 2021 08:36 AM en VS PINARES

Nombre del Profesional: David Gomez Zuluaga - MEDICINA GENERAL (Registro No. 1088330200)
Número de Autorización: 31364-2111068696
Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 03/13/2021 08:36:00 Tipo de Consulta: De Primera Vez
Consulta de segundo concepto: No

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 65 Raza: Mestiza Escolaridad: Técnica
Estado Civil : Casado Ocupación: PENSIONADOS
Actualizar dirección?: No

Responsable del Usuario

Nombre: Maria Linda Berrio- 3148876454
Parentesco: Esposo(a)
Teléfono: 3148866454

Acompañante

Nombre: Ninguno
Teléfono:

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: "por el control"
Enfermedad Actual: Paciente de 65 años con antecedente de HTA, Hiperlipidemia en tratamiento médico anotado en antecedentes. Trae paraclínicos: 02/17/2021: TG 326, Glucosa 124, Creatinina 1.05, CT 158, HDL 27, LDL 82, Potasio 3.8, PSA 1.514. Además desde hace 1 año nota disminución del chorro miccional, goteo postmiccional, urgencia miccional, nicturia, pujo miccional. Niega pérdida de peso, hematuria u otros. Niega sintomas cardiovasculares. Ultimo control presencial hace 1 año. Además tiene dispepsia de larga data, hace más de 2 años le realizaron endoscopia pero no la trae.
Escala Dolor: 2 Clasificación Dolor: Leve Sospecha Enfermedad Prof: No

Escala Disnea

Escala Disnea: Disnea ir de prisa o sub.cuest Puntuación Escala Disnea: 1
Síntomas Covid-19: Ninguno

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No
Sintomático de Piel: No
Organos de los Sentidos : No Refiere

VIRREY SOLIS IPS

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Ant. farmacoterapéutico (SFT):

Antecedentes Personales

Refiere Nuevos: Si

Patológicos: HTA (1999) (asmet salud) + Hipotiroidismo (TSH 1.5 UUI7ml.12/2/2020)+ Artrosis; + Intolerancia a carbohidratos (glucosa pre 92- /.post 164 mg/dl- 5/12/18- hba1c 5.5%-30/8/19). Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Hipertensión Arterial: Si Hipertensión Arterial.: Tratada

Hospitalarios: INFANCIA POR PERDIDA OCULAR DERECHA. Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Tóxicos: EX TABAQUISMO DESDE LOS 12 HASTA LOS 32 AÑOS, FUMABA 3 CAJETILLAS DIA EX LICOR MADRE COCINO CON LEÑA Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Alérgicos: NIEGA Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Hipersensib. MC: Sin establece

Farmacológicos: Amlodipino 5 x 1, HCTZ 25 x 1, levotiroxina 75 x 1, losartan 50 x 2, omeprazol 20 mg x 2, acetaminofen 500 mg x 4- Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Ocupacionales: PENSIONADO Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Venereos: NIEGA Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Quirúrgicos: NIEGA- Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Transfusionales: B+-- Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Traumáticos: Recibió lesión por Arma cortopunzante (machete) en la infancia en ojo derecha- Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Perinatales: NA Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Sicosociales: VIVE CON ESPOSA Y 2 HIJOS, BUENA RELACION Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Alimentarios: DIETA BAJA EN SAL, SUSPENDIO AZUCAR, SUSPENDIO PANELA, BAJA EN SAL Y GRASAS Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Inmunológicos: NIEGA INFLUENZAE Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Factores de Riesgo: No Interés en Salud : No

Maltrato o Violencia?: No

Paraclínicos de Red:

05/12/18 TSH 1.8 MUI/ML
GLUCOSA PRE 92- 164 MG/DL
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA 6/8/19: ESOFAGITIS GRADO A, RGE CON LESION MUCOSA---

Antecedentes Familiares

Madre: FALLECIO POR OSTEOPOROSIS-- Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Padre: NIEGA. Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Hermanos: HNOS TRES HTA Dr(a). David Gomez Zuluaga (03/13/2021 08:35:42)

Espirometria

Espirometria: No Espirometria:

Tabaquismo

Tabaquismo:	Exfumador
No Cig/día:	60
No de Años:	20
No Paq Año:	60
Edad Inicio:	12

Exp Pasiva a Tabaco: No

Examen Físico

Signos Vitales

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	TAM:	FC:	FR:	Temp:	Puntuación IMC:
1.62	Mts	79	Kg	30.1	136	82	99	87	16	36.1	0

TFG

Limite Inferior Edad: 79.2

Formulas

TFG

Fecha Creat:

VIRREY SOLIS I.P.S.

Formulas

Sin Perfil Lipídico: Si

ColLDL

Fecha Perfil Lipidico:
02/12/2020

ColTotal:	154
ColHDL:	39
TG:	293
ColLDL:	56

Tamizaje visual: No

Plan de Estudio y Manejo :

Examen Fisico

Estado General:	Buen estado general, en el momento afebril, adecuada hidratación y orientación, alerta, sin signos de dificultad respiratoria, deambulando por sus propios medios.
EF Organos de los Sentidos:	Sin alteraciones
EF Cardiopulmonar:	Tórax normoexpansible, simétrico. Campos pulmonares bien ventilados, Murmullo vesicular claro pulmonar simétrico sin sobreagregados. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos audibles.
EF Gastrointestinal:	Abdomen blando, depresible, no se detectan masas o megalias. Sin dolor a la palpación global. Sin Signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: se palpa prostata aumentada de tamaño, no petrea, no masas.
EF Genitourinario:	Sin alteraciones
Genitales Externos:	Sin alteraciones
EF Osteomuscular:	Extremidades simétricas sin edemas. Movilidad conservada, simétrica, sin déficit aparente. Pulsos periféricos presentes de buena intensidad. Llenado capilar menor a 2 segundos. Sin lesiones.
EF Neurológico:	Sin alteraciones
EF Endocrino:	Sin alteraciones
EF Linfoinmunohematopoyético:	Sin alteraciones
EF Vascular Periférico:	Sin alteraciones
EF Piel y Faneras:	Sin alteraciones
EF Mental:	Sin Alteraciones

Framingham

Riesgo Framingham

Equivalente Coronario:

Ninguna

Puntos según Colesterol T: 0

Puntos según Tabaquismo:	0
Puntos según HDL:	2
Puntos según PAS:	2
Puntos según Edad:	11
Porcentaje de Riesgo:	11.3

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:

Paciente con 65 años con antecedente descrito, con paraclínicos que muestran glucosa en rango de prediabetes, HDL bajo, TG elevados, creatinina para [illegible]

VIRREY SOLIS IPS

CONDUCTAS:

1. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
   1. Procedimiento: (9049020000) Laboratorio Clinico HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH)

David Gomez Zuluaga
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadania
Numero de Identificación: 1088330200
Registro Profesional: 1088330200
Código Institucional: 3136400032

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: molina Agudelo Nombre: fernando

Sexo: M Edad: 69 Peso, kg: 73.3 Altura, cm: 162 Fecha: 7/06/24

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 ☐

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 Nestle SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Para más información: www.mna-elderly.com

Alcaldía de PEREIRA

TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01

Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

FECHA:

Nombre completo: Fernando Molina	Documento de identidad: 1385404
Grupo: Centro Vida Oriente	Examinado por: Yomara Pantero

ORIENTACIÓN

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

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

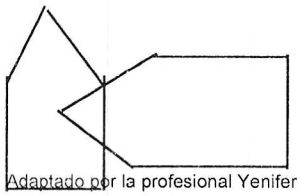
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? — 5 **5**
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 1 **3**

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 0 **3**

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj — 2 **2**
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros — 1 **1**
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? — 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 28
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