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: Gabriel Hernandez

GRUPO: Amarillo JORNADA: P.M.

TELEFONOS: 3146360548

#	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	X		
	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 carpeta
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: 18 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias, Trabajo Social 1725092595

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 103

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 22 **MES** 5 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Gabriel Hernandez Castrillon

LUGAR DE NACIMIENTO: Villamaria **FECHA: DIA** 20 **MES** 11 **AÑO** 1948

DIRECCIÓN: Mz S Cs 64 Las Margaritas

TELEFONO: 3146360548

EDAD: 75 **CATEGORIA SISBEN:** A4 **DESPLAZADO** — **EPS** Asmet Salud

RH A+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Julian Andres Hernandez
DIRECCIÓN Mz S Cs 64 Las Margaritas TELEFONO 3132409167

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario:

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	Gabriel	Apellidos	Hernández castrillon
Documento de identidad	10064 499	Expedida	19/01/1970 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:	X A	B	C	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

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 22 MES 5 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____ PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Gabriel Hernandez C.C 10064499 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 20 / M 11 / A 1948 Villamaria / EDAD 75 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Mz 5 cs 64 / BARRIO Las Margaritas

EPS Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN A4 / TIPO SANGRE A+ /

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

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

COMUNA Villasan TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3146360548 /

OCUPACIÓN: ACTUAL — / ANTERIOR —

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

CUÁL: — / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Julian Andres Hernandez /

DIRECCIÓN Mz 5 cs 64 TELÉFONO — PARENTESCO Hijo /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: — /

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

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

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

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	Julian Andres	24	Hijo	Estudiante
2	—	—	—	—
3	—	—	—	—
4	—	—	—	—

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

5	—	—	—	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES	X	—	—	—
PARIENTES	—	—	—	—
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 — / CULTURA X / ARTES — / MANUALIDADES — /

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Artes /

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. —

- 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 X/ NO —/

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

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

PROPIA —/ FAMILIAR X/ ARRENDADA —/ 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 —/ PISOS CON DESNIVEL —/

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

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

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

VIVIENDA EN RUINA —/ OTRA —/

TODAS LAS ANTERIORES —/NINGUNA DE LAS ANTERIORES —/

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

CENTRO VIDA: SI X/ NO —/

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Luz Neira Ox /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 35 545 778

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: Gabril

SEGUNDO NOMBRE: —

PRIMER APELLIDO: Hernandez

SEGUNDO APELLIDO: Castrillon

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: 20/11/1948
No. Documento 10 064 499

RANGO DE EDAD:

AÑOS CUMPLIDOS: 75

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: A4

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? Mestizo

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

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

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

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

¿CUAL(ES)?: 1 —
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Oficios del Hogar - TV - Escucha radio.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

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

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Mz 5 Cs 64
BARRIO: las Margaritas - 2 invasión

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: 3146360548 EMAIL:

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Julian Andre H PARENTESCO: Hijo
TELÉFONO DE CONTACTO: 3132409167

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 [X] 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

Pasarla bien

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Discapacidad en miembro superior (izquierdo) derecho y miembro inferior

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Luz Nelly C.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
22	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA


Huella

OBSERVACIONES: Usuario con discapacidad en miembro superior derecho y miembro inferior derecho.

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: Gabriel

APELLIDOS: Hernandez Castrillon

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 20 / MES: Noviembre / AÑO: 1948

EDAD: 75 SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 10064499 TIPO SANGRE: A+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Mz 5 cs 64 / BARRIO: Las Margaritas-2

COMUNA: Villa Santana / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3146360548 / PLAN FUNERARIO: MAPFRE

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN A4

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: —

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: — / FAMILIA: — / SOLO: — / OTRO: —

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Julian Andre Hernandez

PARENTESCO: Hijo / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3132409107

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

DIRECCIÓN: Cra 13 # 2E - 64 Pereira / TELÉFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRÓNICO: gloriaCG12008@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: Gabriel Hernandez

Nombre: Gabriel

Identificación: 1006444 99



8

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.064.499**

HERNANDEZ CASTRILLON

APELLIDOS

GABRIEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1948**

VILLAMARIA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-ENE-1970 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00249258-M-0010064499-20100810 **0023**360584A 1 4560920262

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.064.499**

HERNANDEZ CASTRILLON

APELLIDOS

GABRIEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1948**

VILLAMARIA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-ENE-1970 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00249258-M-0010064499-20100810 **00233**60584A 1 4560920262

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 10/05/2024

Ficha: 660011641077200028004

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GABRIEL

Apellidos: HERNANDEZ CASTRILLON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10064499

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/03/2022

Última actualización ciudadano: 18/03/2022

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Margarita

H_2S cas 64 Mc

3147360548

Soltero

Avmet 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	10064499
NOMBRES	GABRIEL
APELLIDOS	HERNANDEZ CASTRILLON
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	01/11/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/12/2024 07:57:34	**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

ClínicaOAT HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Identificacion: 10064499
HERNANDEZ CASTRILLON GABRIEL
Fecha de Nacimiento : 20/11/1948
Regimen : SUBSIDIADO ASMET SALUD PFGP SUBSIDIADO

Vinculo :
Edad : 75 Años
Estrato : Uno
Fecha Atencion 04/04/2024 Hora:09:53

Motivo de Consulta
CONTROL POR PRIMERA VEZ

Enfermedad Actual :
SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 75 AÑOS DE EDAD, PROCEDENTE DE LA LOCALIDAD
REFIERE REMITIDO POR OPTOMETRIA PARA VALORACION DE CATARTA OJO DERECHO. INIDCA DISMINUCION VISUAL ACOMPÑADO DE
MIGRAÑA EN AMBOS OJOS DESDE HACE 1 AÑO
RX NO USA
TTO OCULAR LUBRICANTES

Antecedentes
NIEGA

OJO DERECHO

SC CD	SCPH	SCCV	CCVC
CC	CCPH	ADD	

TONOMETRIA: 14
GONIOSCOPIA:
QUETATOMETRIA:
RETINOSCOPIA:
Refracción en uso — NO CICLO | CICLO | FINAL

OJO IZQUIERDO

SC 20/150	SCPH	SCCV	CCVC
CC 20/30	CCPH	ADD	

TONOMETRIA: 14
GONIOSCOPIA:
QUETATOMETRIA:
RETINOSCOPIA:
NO CICLO | CICLO | FINAL

Motilidad Ocular :
Duciones y versiones: NORMAL
Convert test: NORMAL
Examen Externo: NORMAL
Biomicroscopia: OD:CONJUNTIVA SANA CORNEA CLARA SIN TINCION . CÁMARA ANTERIOR BIEN FORMADA, IRIS SANO. CATARATA ENDOTELIAL Y
PREIPITADOS EN LA CAPSULA ANTERIOR

OI:CONJUNTIVA SANA CORNEA CLARA SIN TINCION . CÁMARA ANTERIOR BIEN FORMADA. IRIS SANO.

Fondo de ojo y vitreo: OD: NERVIO OPTICO DE BORDES BIEN DEFINIDOS, EXCAVACÍON DE 0,3, EMERGENCIA VASCULAR NORMAL, ADECUADA RELACION
AV. RETINA APLICADA, PERIFERIA SANA MACULA SANA.

OI: VITERITIS GRADO 3 DIFICIL VER DETALLES
DX Principal: B589 TOXOPLASMOSIS, NO ESPECIFICADA OI
DX Rela 1: H251 CATARATA SENIL NUCLEAR AO
DX Rela 2:
DX Rela 3:
Otros Diagnosticos : VITREITIS OI
N deseo donar organos y/o tejidos
Examen Externo: NORMAL
Plan 1.TROPICAMIDA AL 1% COLIRIO OFTALMICO: UNA GOTA 3 VECES AL DIA POR 3 MESES EN OJO IZQUIERDO
2. TRIMETROPINA + SULFAMETOXAZOL 160 /800 MG) TABLETAS TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS X 1 MES # 60
3.CLINDAMICINA TABLETAS 300 MG TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS X 3 SEMANAS X 3 SEMANAS # 63
4.PREDNISOLONA AL 1% SOLUCION OFTALMICA APLICAR 1GOTA CADA 2 HORAS X 10 DIAS, DESPUES APLICAR 1GOTA CADA 4
HORAS X 10 DIAS Y DESPUES APLICAR 1 GOTA CADA 6 HORAS HASTA NUEVO CONTROL
.CONRTROL EN 6 SEMANAS CON RETINA

Formulación
BACTRIM F (TRIMETROPINA + SULFAMETOXAZOL 160 /800 MG) TABLETAS 60 tomar 1 tableta cada 12 horas x 1 mes # 60
CLINDAMICINA CLORHIDRATO MONOHIDRATO EQUIVALENTE A CLINDAMICINA BASE 63 tomar 1 tableta cada 8 horas x 3 semanas x 3 semanas # 63
TROPICAMIDA AL 1% COLIRIO OFTALMICO . 3 TROPICAMIDA AL 1% COLIRIO OFTALMICO FRASCO X 15 ML: UNA GOTA 3 VECES AL DIA POR 3
MESES EN OJO IZQUIERDO

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé NutritionInstitute

Apellidos: Hernandez Castrillon Nombre: Gabriel

Sexo: M Edad: 75 Peso, kg: 58 Altura, cm: 170 Fecha: 7/6/24

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 → 1

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 Gabriel Hernandez. **FECHA** 7/06/24

PESO 58 **TALLA:** 170 **IMC:** 20

Peso insuficiente
PP 35
PB 26.3

FIRMA USUARIO: Gabriel Hernandez

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 Gabriel Hernandez	Documento de identidad 10064499
Grupo Centro Vida Oriente	Examinado por Yomara 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

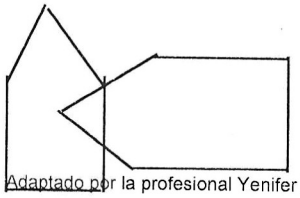
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? 5 **5**
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás 3 **3**

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? 0 **2**
- ¿Que son un perro y un gato? 0 **3**
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa 0 **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 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

FECHA:

Nombre completo: Gabriel Hernandez	Documento de identidad: 1064 9019
Grupo: Centro Vida Oriente	Examinado por: Yamara Cuatro

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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	PUNTUACIÓN TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	0
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

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: 28 / MES: Octubre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Gabriel Hernandez Castrillón C.C: 1064499 /

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

ANALISIS RESULTADO:

Un puntaje de 17 indica disfunción familiar leve, con áreas de fortaleza como en los aspectos: Adaptación, participación y afecto, y otros aspectos por mejorar como lo son: el crecimiento y resolución. Es por esto que, es importante seguir cultivando un ambiente de afecto, apoyo mutuo y comprensión, en donde la comunicación es pilar importante para fortalecer las relaciones.

Gloria Inés Arcos Molina

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

COOPERATIVA MULTISER

AÑOS ESTUDIO: 5 PRIMARIA DX: FECHA: 28-10-2024

NOMBRE: GABRIEL HERNANDEZ CASTRILLON EDAD: SEXO: M

Independiente X Necesita Asistencia___ Hospitalizada___

		Score 1	Score 2
Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación			
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ?	0	
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	1	
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	0	
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo ?	0	
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	0	
D1.6	Comenzar y mantener una conversacion?	0	
	Domain Score	4%	0%
Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)			
D2.1	Estar de pie por largos periodos de tiempo como por ejemplo 30 minutos?	0	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	0	
D2.3	Moverse dentro de su casa	0	
D2.4	Salir de su casa ?	0	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	1	
	Domain Score	5%	0%
Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO			
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse) ?	0	
D3.2	Vestirse ?	0	
D3.3	Comer?	0	
D3.4	Quedarse solo(a) durante unos días?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos			
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce ?	0	
D4.2	Mantener una amistad ?	0	
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted ?	0	
D4.4	Hacer nuevos amigos?	0	
D4.5	Tener relaciones sexuales?	1	
	Domain Score	5%	0%
Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas			
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa ?	0	
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	0	
D5.3	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	0	
D5.4	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ?	1	
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario?	1	
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?	0	
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	0	
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ?	0	
	Domain Score	6%	0%
Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD			

D6.1	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) ?	1	
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	1	
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	1	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ?	0	
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ?	0	
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	0	
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	0	
	Domain Score	13%	0%
	Overall Score	5,49%	0,00%

PLEASE NOTE: When scoring WHODAS, the following numbers are assigned to responses:			
NINGUNO	**0 = No Difficulty**	**0 – 4 %**	**0 – 4 %**
LEVE	**1 = Mild Difficulty**	**5 – 26 %**	**5 – 26 %**
MODERADO	**2 = Moderate Difficulty**	**27 – 50 %**	**27 – 50 %**
SEVERO	**3 = Severe Difficulty**	**51 – 94 %**	**51 – 94 %**
EXTREMO	**4 = Extreme Difficulty or Cannot Do**	**95 – 100 %**	**95 – 100 %**

ANALISIS INDIVIDUAL

Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación

EVIDENCIA BUENA COMPRENCION Y COMUNICACIÓN, ESTE DOMINIO NO PRESENTA AFECTACION

Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)

CONSERVA LA FUNCIONALIDAD, SE DEBERA INCLUIR PLAN DE EJERCICIOS

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

REFIERE, REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE FORMA INDEPENDIENTE

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

REFIERE MANEJAR EXCELENTES RELACIONES INTERPERSONALES

Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas

SUS AIVD, LA REALIZA DE MANERA MODERADA, SIN SUPERVISION

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

SU ESTADO PERMITE UNA PARTICIPACION EN ACTIVIDADES SOCIALES.

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 5.49%/26.00% - DIFICULTAD LEVE

Se debera preservar la FUNCIONALIDAD DE LOS 6 DOMINIOS, debe establecer rutinas para: Actividad Física y Estimulacion Cognitiva, ademas de continuar siendo activo socialmente.

Nombre evaluador: LUIS ANTONIO CHALA JARAMILLO **Firma:**

Profesión: GERONTOLOGO - UNIQUINDIO - REG PROF 63/866/97 ISSQ

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, Gabriel Hernandez C, con cedula N° 10064499, 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 22 del mes de Mayo del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: Gabriel Hernandez

Firma – cedula - huella del acudiente: 10064499

Firma - cedula del orientador: 35545888

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

Fecha de valoración: 07 - 06 - 24
Nombre del paciente: Gabriel Hernandes Castrillon
Identificación del Paciente: 10.064.499 **Ocupación:** Hogar
Fecha de Nacimiento: 20 - 11 - 1948 **Edad:** 75

- Quienes forman su hogar Hijo
- Antecedentes Patológicos - - —
- Discapacidad Mental - — — —
- Antecedentes Familiares — - —
- Ultimo control méduico 2 meses
- Ayudas técnicas: audífono — lentes — Placa dentaria — Muletas — Silla de ruedas — bastón — Prótesis X Marcapasos — Otro:
- Habitos de consumo nocivos: alcohol — tabaco — drogas — frecuencia: —
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Acetaminofen
Dosis: A veces
Frecuencia_
¿Desde cuándo? - -
Nombre del medicamento
Dosis: — —
Frecuencia_
¿Desde cuándo? — -
Nombre del medicamento
Dosis: - -
Frecuencia_
¿Desde cuándo?

• 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? Examen de rutina	
¿Confia en las opiniones médicas? Si	

• ANTECEDENTES PSICOSOCIALES						
PSICOLÓGICOS						
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	X	FRECUENCIA	
Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	X	FESCUENCIA	
¿Se diente apoyado y comprendido por su familia?	SI	X	NO		¿POR QUÉ?	
FAMILIARES						
¿Cómo es la relación con las personas con que vive? Buena						
¿Cómo es la relación con sus hijos? Bien						
¿Mantiene contacto con otros familiares? NO						
¿Participa de reuniones familiares? A veces						
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares? NO						
SOCIALES						
¿Tiene amigos? Si						
¿Con que frecuencia comparte con ellos? Cada Mes						
¿Hace parte de algún grupo? Centro Vida						

• SEXUALIDAD	
MUJER	**HOMBRE**
¿tiene vida sexual activa? Si — No -	¿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