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: Godfrey Arcizar Roman

GRUPO: Amarillo JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3137749592

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	X		Falta numero cupo
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA	X		
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	X		Falta firma y fecha
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)	X		
	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		

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

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			
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			
26	Prueba de entrada - Área Educación			
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 Arcas, 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 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 178

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 15 **MES** 03 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Godfrey Anclzar Roman

LUGAR DE NACIMIENTO: Apia **FECHA: DIA** 10 **MES** 06 **AÑO** 1946

DIRECCIÓN: Av rio 14A-78

TELEFONO: 3137749592

EDAD: 78 **CATEGORIA SISBEN:** B6 **DESPLAZADO** No **EPS** Asmet Salud

RH Ot

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Clara Roman
DIRECCIÓN Calle 13 # 3-06 America. TELEFONO 3137749592

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (X) -Sisben (X) -Otro (X)
Cuál Actas, Historia Clinica

Nombre del funcionario: Gloria Inés Arias Molina

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 15 / MES 08 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Godfrey Roman PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Godfrey Anuzar Roman C.C 10059767 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 10 / M 06 / A 1946 / Apia / EDAD 78 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Av rio 14 A-78 / BARRIO Santa Teresita /

EPS Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN B6 / TIPO SANGRE O+ /

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

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

COMUNA Río Otún / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3137749592 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ninguna / ANTERIOR Construcción /

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

CUÁL: Primaria incompleta / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Clara Roman /

DIRECCIÓN Calle 13 # 3-06 TELÉFONO — PARENTESCO Hermana /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: Secuela de tuberculosis en el Sistema central /

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

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS — / ANSIEDAD — / DEPRESIÓN — / DEMENCIA X /
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	Gabriel Benitez	86	Primo	
2	Nelly Benitez	50	Prima	Ama de casa
3	—	—	—	—
4	—	—	—	—

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 — / CULTURA — / ARTES — / MANUALIDADES — /

OTRAS: —/ CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Actividad física. /

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 —/

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

OTROS CUÁLES? — /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. —

- 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 X/ NO —/

VESTUARIO: SI X/ NO —/ TRANSPORTE: SI X/ NO —/ 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 X/ 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: Gloria Inés Arias /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1222092595

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: Godfrey Ancizar	Apellidos: Roman
Documento de identidad: 10059767	Expedida: Pereira 16/may/1966

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 X	C	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	—
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 15 Mes 08 Año 2024

Firma

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Nombre Gerontólogo(a)

Mary Luz Bibolda

Nombre Psicólogo(a)

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: Godfrey

SEGUNDO NOMBRE: Anazar

PRIMER APELLIDO: Roman

SEGUNDO APELLIDO: —

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: 10 Junio 1946

No. Documento 1005967

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 78

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B6

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 [ ] 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 [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 [X] NO

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

1 [X] SI
[X] GOBIERNO
[ ] SECTOR PRIVADO

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor
2 —

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Hacer planas de escritura y caminar.

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: Avrio 14A - 78 BARRIO: Santa Teresita

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3137749592 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Clara Roman PARENTESCO: Hermana

TELÉFONO DE CONTACTO: 3137749592

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

Socializar y compartir con otras personas.

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

TB meningéas con secuelas a nivel cognitivo, hiperfagia, secuela de tuberculosis del sistema nervioso central y demencia no especificada.

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Gloria Inés Arias

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
15	08	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 INSTITUCION: Centro Vida Oriente

NOMBRES: Godfrey Anctar

APELLIDOS: Roman

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 10 / MES: Junio / AÑO: 1946

EDAD: / SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANIA: 10059767 / TIPO SANGRE: O+

HOJA VIDA No:

ETNIA: MESTIZO: X / INDIGENA: / AFROCOLOMBIANO: / RAIZAL: / ROM: / OTRO:

DIRECCIÓN: Av Rio 14A - 78 / BARRIO: Santa Teresita

COMUNA: Río Otún / VEREDA: —

TELEFONO FIJO: — / CELULAR: 3137749592 / PLAN FUNERARIO: Mapfre

S.G.S.S.S: C: / S: X / V: / O: / E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN B6

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Sertralina 100 mg, olanzapina 10 mg

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Ninguno

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

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

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

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA: — / SECUNDARIA: — / NINGUNO: — / OTRO: Primaria incompleta

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Clara Roman

PARENTESCO: Hermana / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3132749592

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: Gloria Gonzalez

DIRECCION: Cra 13 # 28-04 / TELEFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRONICO: gloriac612008@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: ( ) SISBEN: ( ) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: ( ) 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:

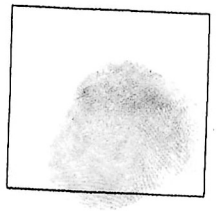
1. Multiser actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.
2. Que la información ´suministrada podrá ser verificada por los colaboradores de lMultiser en cualquier momento.
3. Multiser tendrá la facultad de compartir toda la información con la Alcaldía Municipal 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 15 días del mes de 08 delaño 2024.

Firma:

Nombre: Godfrey Anczar Roman

Identificación: 10059767





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.059.767

ROMAN

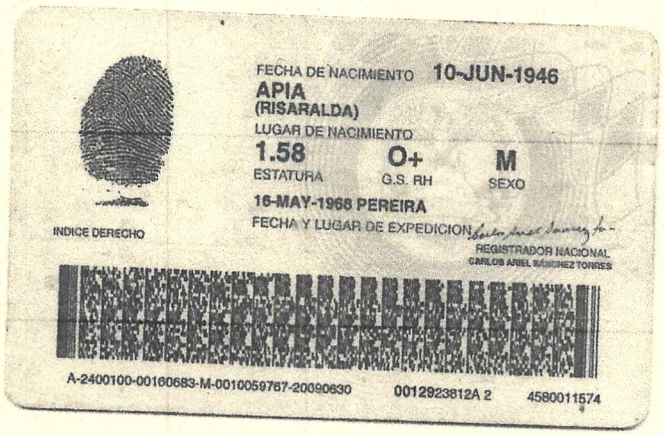
APELLIDOS

GODFREY ANCIZAR

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1946

APIA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

16-MAY-1968 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00160683-M-0010059767-20090630 0012923812A 2 4580011574

Sisbén

Fecha de consulta: Registro valido

Ficha: 15/08/2024

66001070567300000151

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GODFREY ANCIZAR

Apellidos: ROMAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10059767

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 22/07/2024

Última actualización via registros administrativos: 22/07/2024

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

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	10059767
NOMBRES	GODFREY ANCIZAR
APELLIDOS	ROMAN
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	01/02/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/14/2024 10:40:30	**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

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
Nit. 891412134-1
HISTORIA CLÍNICA
PSIQUIATRÍA AMBULATORIA

Nombre Paciente GODFREY ANCIZAR ROMAN
Edad 78 Años / 0 Meses / 10 Días **Sexo** Masculino **Documento / Historia** 10059767 **Ingreso** 177219
Fecha Nacimiento 10/06/1946 **Dirección** CALLE 13 N 3 06 AMERICA **Estado Civil** Soltero **Procedencia** PEREIRA
Entidad ASMET SALUD SAS **Regimen** Subsidiado **Teléfono** 333333407
Acudiente **Teléfono** **Fecha Ingreso** 20/06/2024 12:08:12 p. m.
Acompañante **Teléfono** **Parentesco**
Folio N° 4 **Fecha grabación de folio** 20 de junio de 2024 1:09 p. m. **Nivel educativo** 2- Básica Primaria

MOTIVO DE CONSULTA
Consulta de control

Datos personales
Edad: 77 años.
Natural de Apia
Procedente de Pereira
Escolaridad: ninguna
Ocupación: ninguna
Estado civil: soltero
Vive con la hermana
Asiste con la hermana Clara Roman

ENFERMEDAD ACTUAL
Consulta 25-01-24
Paciente con antecedente de TB meningea hace 4 años con secuelas a nivel cognitivo y de comportamiento por lo que viene recibiendo manejo con quetiapina, refiere la hermana que tiende a la irritabilidad, pide comida de manera frecuente, tiene hiperfagia. Al preguntarle al paciente la orientacion desconoce el dia pero tiene claridad en cuanto a mes, año y lugar, reconoce a la hermana, es laconico al hablar sobre estado de animo y patron de sueño y alimentacion. dice la hermana "si le doy el banano con cascara se come la cascara".

Control 15-03-24
Paciente con deficit cognitivo y secuelats de meningitis, modifico el tratamiento con lo que ha tenido mejor respuesta, menos irritable, mejor patron de sueño, sin embargo aun persisten sintomas residuales que dificultan el manejo "a veces se pone muy bravo, pero ya duerme mejor, todo el tiempo quiere seguir comiendo". Esta orientado en tiempo y lugar. Tiene menos despertares nocturnos.

Control 20-06-24
Paciente quien viene adherido al manejo farmacologico, la hermana dice "muy bien", ha estado tranquilo, de buen manejo,, con buen patron de sueño, no ha vuelto a presentar irritabilidad. Acata señalamientos, no es agresivo, es de buen manejo.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Antecedentes
Personales TB meningea hace 4 años con secuelas cognitivas
Quirúrgicos negativos
Alérgicos negativos
Tóxicos negativos
Familiares negativos
Farmacológicos quetiapina 100 mg 0-0-1 sertralina 100 mg 1-0-0
Psiquiátricos demencia

VARIABLES FISIOLÓGICAS

Frecuencia Cardiaca	x min	**Tensión Arterial Sistólica**			
Frecuencia Respiratoria	x min	**Tensión Arterial Diastólica**		**Talla**	cm
Temperatura	° C	**Tensión Arterial Media**	mmHg	**Peso**	Kg
				Indice de Masa Corporal	
				Perímetro abdominal	cm

EXÁMEN FÍSICO Y MENTAL
Examen mental
Porte adecuado, actitud amable, colaboradora
Conciencia alerta
Orientación orientado
Sensopercepción leve hipoacusia, sin alucinaciones
Atención hipoprosexico
Memoria fallas inespecificas
Inteligencia impresiona con deterioro
Afecto de apariencia eutimico, modulado, congruente, resonante
Pensamiento de apariencia logico, bradipsiquico, concreto, ideas de bienestar
Lenguaje de volumen adecuado, poco fluido.
Conducta motora deambula con baston
Introspección pobre
Juicio y raciocinio deficientes
Prospección poco realista

ANÁLISIS

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA
Nit. 891412134-1
HISTORIA CLÍNICA
PSIQUIATRÍA AMBULATORIA

Nombre Paciente GODFREY ANCIZAR ROMAN
Procedencia PEREIRA **Ingreso** 177219
Documento / Historia 10059767
Fecha Ingreso 20/06/2024 12:08:12 p. m.

Paciente con cambios de comportamiento y deterioro cognitivo asociados a secuelas de TB meninge a y a cambios de la edad, con adecuada respuesta al manejo farmacologico, tranquilo, colaborador, de buen manejo, acata señalamientos, con patrones de sueño y alimentacion conservados, en caso de requerirse actividades con adultos mayores puede convivir en comunidad, se indica igual manejo farmcologico, control en 6 meses.

- Sertralina tab 100 mg 1-0-0
- Olanzapina tab 10 mg 0-0-1
- Control en 6 meses
- ss antigeno prostatico
- Recomendaciones.
- Signos de alarma

IMPRESION DIAGNOSTICA

CODIGO	NOMBRE	DESCRIPCION DX	PRINCIPAL	TIPO
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA		|v|	Presuntivo
B900	SECUELAS DE TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		| |	Presuntivo

PLAN DE TRATAMIENTO EXTERNO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
180	SERTRALINA 100 MG TAB	tomar 1 cada mañana (formula para 6 meses)
180	OLANZAPINA 10 MG TAB	tomar 1 cada noche (formula para 6 meses)

EXAMENES SOLICITADOS

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACION
906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]	

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

	NOMBRE	OBSERVACIONES
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	control en 6 meses

INDICACIONES MEDICAS

NOMBRE	OBSERVACIONES
Salida_Consulta_Externa	- Sertralina tab 100 mg 1-0-0- Olanzapina tab 10 mg 0-0-1- Control en 6 meses- Recomendaciones. - Signos de alarma

CONSTANCIAS

Paciente adulto mayor con antecedente de demencia, viene en manejo farmacologico con adecuada tolerancia y respuesta, es tranquilo, colaborador, de buen manejo, acata ordenes y puede convivir en comunidad.

Jorge Rojas Z.

JORGE EMILIO ROJAS ZAPATA
R.M.1369-11
Especialidad PSIQUIATRIA RESIDENTE III

Solicitud para Centros Vida.
3137749592 - 3113128885
Clara Román
78 años.

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: GODFREYANCIZAR ROMAN

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?
		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 No Firma. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

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

Camila Cortano — No Firma.

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO ***FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO***

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Roman Nombre: Godfrey Anazar

Sexo: M Edad: Peso, kg: 63 Altura, cm: 156 Fecha: 7/10/24

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación del estado nutricional

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

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

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

Para más información: www.mna-elderly.com

	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 Godfrey Roman. **FECHA** 7/10/24

PESO 63 **TALLA:** 156 **IMC:** 25,8

Dx: NormoPeso

FIRMA USUARIO:

FECHA SEGUIMIENTO _____

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

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

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

FIRMA USUARIO

NOVIEMBRE 5 DE 2024, CENTRO VIDA ORIENTE PEREIRA

Desde el área de **PSICOLOGÍA** se establecen la aplicación del **MINI MENTAL TEST** como una de las evaluaciones para determinar el estado mental de los usuarios. Sin embargo por la situación de salud de algunos de ellos, no es posible realizar su aplicación dado que el resultado no sería confiable y perdería validez.

Este es el caso de **GODFREY ANCIZAR ROMÁN,** identificado con **CC. 10059767,** quien tiene una gran limitación para comunicarse debido a que su lenguaje oral no es entendible, lo que dificulta en un porcentaje alto realizar cualquier evaluación y varias de las actividades que se proponen dentro del cronograma.

XIOMARA ELENA QUINTERO CASTAÑO
PSICÓLOGA, ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TP.207410



CC. 1088028108

Pereira, Noviembre 13 de 2024

CENTRO VIDA ORIENTE PEREIRA
ÁREA DE PSICOLOGÍA

Desde el área de psicología en el programa CENTRO VIDA ORIENTE, se realiza la aplicación de la ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA "YESAVAGE" con el fin de tener un acercamiento al estado anímico de los usuarios. Sin embargo estas escalas requieren de un mínimo de juicio, concentración y capacidad de respuesta; por lo que algunos usuarios no se encuentran en condiciones de ser evaluados con esta escala o con alguna otra con características similares.

Este es el caso particular de GODFREY ANCIZAR ROMÁN con CC. 10059767, quien tiene un diagnóstico de Demencia no especificada y otros aspectos que impiden la comunicación efectiva con el usuario, por lo que se hace inviable realizar la aplicación de la escala.

Xiomara Quintero

XIOMARA ELENA QUINTERO CASTAÑO
Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica
TP.207410

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: 24 / MES: Octubre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Godfrey Anaztar Román C.C: 1005976771

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:

Un puntaje de 17 indica disfunción familiar Leve, con áreas de fortaleza y otras por fortalecer, Se Percibe apoyo emocional, afecto y adaptación. Sin embargo en cuanto a los aspectos: Participación, Crecimiento y Resolución deja espacio para mejorar la calidad de las relaciones y la Comunicación dentro del entorno familiar. Se brindan pautas de comunicación asertiva y escucha activa.

Gloria Inés Anas 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