Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1
Código: 1.1
Vigencia: 08-2024

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: Graciela Vasquez Vasquez

GRUPO: Amarillo **JORNADA:** Pm
TELEFONOS: Confirmar telefono

#	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)	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	—	—	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		falta firma Coordinación	

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 9 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias, Trabajo Social 1225092595

Responsable de la Verificación

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

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

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 106

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

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Graciela Vasquez Vasquez.

LUGAR DE NACIMIENTO: Palestina **FECHA: DIA** 18 **MES** 01 **AÑO** 1944

DIRECCIÓN: Cra 1a # 2a - 146. San Francisco.

TELEFONO: 3458247

EDAD: 80 **CATEGORIA SISBEN:** A4 **DESPLAZADO** NO. **EPS** Compensar.

RH B+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Miriam Escobar
DIRECCIÓN Cra 10 # 4-05 Berlin.
TELEFONO 3116890261

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (✓) -Sisben (✓) -Otro (✓)
Cuál Historia Clinica

Nombre del funcionario: Yomara Quintero.

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: Graciela	Apellidos: Vasquez Vasquez
Documento de identidad: 24927918	Expedida: 25/02/1965 Pereira

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A X	B –	C –	Enfermedad mental	X	Alcohol	–
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	–	Soledad	X
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 22 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucia Alzate González
Nombre Gerontólogo(a)

Xiomara Quintero.
Nombre Psicólogo(a)

Firma

Xiomara Quintero

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: Graciela Vasquez PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Graciela Vasquez U. C.C 24927918 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 18 / M 01 / A 1949 Palestina / EDAD ___ / SEXO ___ /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cra 14 # 29 - 146 / BARRIO San francisco.

EPS Compensar / PUNTAJE SISBEN A9 / TIPO SANGRE B+ /

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

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

COMUNA Oriente / TELÉFONO FIJO 3458247 / CELULAR — /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ninguna. / ANTERIOR Empleada. /

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

CUÁL: Ninguno. / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Miriam Escobar. /

DIRECCIÓN Cra 10 #9-05 Berlin TELÉFONO 3116391061 PARENTESCO Hija. /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: — /

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

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS X / ANSIEDAD — / DEPRESIÓN X / 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	—	—	—	—
2	—	—	—	—
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?

Manualidades. /

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..... —
- 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 —/ NO X/ TRANSPORTE: SI —/ NO X/ 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 —/

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: Trabajadora Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1225092595

C.T.A. MULTISER	FICHA DE INSCRIPCION 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: Graciela

SEGUNDO NOMBRE: -

PRIMER APELLIDO: Vasquez

SEGUNDO APELLIDO: Vasquez

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: 18-01-1944

No. Documento 29927418

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 80

SEXO:

1 [ ] HOMBRE
2 [X] 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: Compensar

¿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 [X] NINGUNO
2 [ ] 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 ALGÚN(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 Adulto Mayor.
2 -

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Manualidades, 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: cra 1a # 29-146

BARRIO: San francisco.

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: 3459147 TELÉFONO MÓVIL: — EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Miriam Escobar. PARENTESCO: Hija.

TELÉFONO DE CONTACTO: 311 6390261

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
9 [X] OFICIOS DEL HOGAR
10 [ ] INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 [ ] JORNALERO O PEÓN
12 [ ] TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR
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

Me gustaría la comida, desestresarme.

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Artrosis, Osteoporosis, presión Alta, depresión

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Yicmara Montero.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
27	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

OBSERVACIONES:

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

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Graciela

APELLIDOS: Vasquez Vasquez.

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 18 / MES: Enero / AÑO: 1944

EDAD: 80 SEXO: F / CÉDULA DE CIUDADANIA: 24927918 / TIPO SANGRE: B+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Cra 14 # 29-146. / BARRIO: San francisco.

COMUNA: Oriente / VEREDA: —

TELEFONO FIJO: 345 8247 / CELULAR: — / PLAN FUNERARIO: —

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

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Analaptil

ALERGIA A MEDICAMENTOS: NO

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Miriam Escobar.

PARENTESCO: Hija. / TEL FIJO: 3458247 / TEL CELULAR: 3116390161

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

DIRECCION: Cra 13 # 26-04 / TELEFONOS: 3127797798.

CORREO ELECTRONICO: elenacg12008@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: X SISBEN: X ESTUDIO SOCIOECONOMICO: X CONSENTIMIENTO INFORMADO: X OTRO: CUAL ___

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

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

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

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

Firma: Graciela Vasquez

Nombre: Graciela Vasquez Vasquez

Identificación: 24.927 418



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.927.418

VASQUEZ VASQUEZ
APELLIDOS

GRACIELA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-1944
PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

25-FEB-1965 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2400100-54123991-F-0024927418-20041110 04655 04314N 02 160080056

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/05/2024

Ficha: 660011641277400005762

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: GRACIELA

Apellidos: VASQUEZ VASQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24927418

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/04/2023

Última actualización ciudadano: 14/04/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

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	24927418
NOMBRES	GRACIELA
APELLIDOS	VASQUEZ VASQUEZ
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/24/2024 15:28:26	**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**,

Fecha Actual : martes, 23 abril 2024

Hospital Universitario San Jorge Pereira

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA

NIT: 800231235

CARRERA 4 N° 24-88 TEL 3151880

HISTORIA CLÍNICA

(1)

HISTORIA CLINICA - CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica:	**24927418**	**Edad En El Momento De La Atención**	80 Años

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ			**Identificación:**	24927418 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	18/enero/1944	**Edad Actual:**	80 Años / 3 Meses / 5 Días	**Estado Civil:**	Casado
Dirección:	berlin cra9 #3-65			**Teléfono:**	3145872703-3458247
Procedencia:	PEREIRA			**Ocupación:**	HOGAR

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	COMPENSAR		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	**Nivel - Estrato:**	SUBSIDIADO 1

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 7** **23/04/2024 8:49:54 a. m.**

Fecha:	23/04/2024 07:56	**Ingreso:**	2266444
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General_Adulto

Motivo de Consulta

** VALORACION REALIZADA SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD PARA LA PANDEMIA DEL COVID 19**

Enfermedad General

80 AÑOS, DIESTRA, ASISTE CON HIJA (NIDIA ESCOBAR), PROCEDENCIA PEREIRA. - CONOCIDA POR NEUROLOGIA POR. 1. TRASTORNO NEUROCOGNOSCITIVO EN ESTUDIO. MAYOR A DESCARTAR. 2. AP. HTA, DISLIPIDEMIA, EPOC, OA, CISTOPEXIA, FAQUECTOMIA. - TTO ACTUAL. ATORVASTATINA, ENALAPRIL, CALCIO + VITAM D. - RESUMEN DE EA. CONOCIDA EN OCT DEL 2023 POR HISTORIA DE NO MENOS DE 1 AÑO DE FALLAS COGNOSCITIVAS: OLVIDA LO RECIENTE, L OQUE HA DICHO / EL NOMBRE DE PERSONAS CONOCIDAS; "OLVIDO TODO", YA TIENE Q SALIR ACOMPAÑADA, DIFICULTADES PARA LA REALIACION DE LOS ALIMENTOS; INDEPENDIENTE PARA ABVD; ADECUADA MANIPULACION DEL DINERO; ESTADO DE ANIMO ANSIOSO. // PARACLÍNICOS: ** TAC CEREBRAL SIMPLE: 18.12.23: IDIME. MODERADOS CAMBIOS ATROFICOS POR LA EDAD. ** PRB NEUROPSICOLOGICAS 01.24: NEUROCENTRO: CON ALTERACION EN ORIENTACION TIEMPO Y LUGAR, ATENCION, MEMORIA ASOCIATIVA Y LAS FUNCIONES EJECUTIVAS QUE REPERCUTEN EN LAS QUEMAS DE MEORI ASI QUE LOS PROCESOS ATENCIONALES Y LAS FUNCIONES EJECUTIVAS ESTAN REPERCUTIENDO EN LA MEMORIA; ASI MISMO CON SINTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESION, APATIA Y PERDIDA DE LA ESPONTANEIDAD, APLANAMIENTO AFECTIVO, DESORGANIZACION, INATENCION, IRRITABILIDAD, IMPULSIVIDAD Y COMPROMISO DE LAS HABILIDADES INSTUMENTALES DE LA VIDA DIARIA LO QUE CONFIGURA UN TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MENOR DE TIPO MNESICO MULTIDOMINIO. ** LAB 02.24: CH LEUCO 5400, HB 13, HCT 39.6, PLAQUE 274.000, VDRL NR, TSH 4.24, AC FOLICO > 20, T4L 1.18, VITAM B12 967.

REVISION POR SISTEMAS

TRAST DEL DORMIR DE MANTENIMIENTO; RONCOPATIA PERTURBADORA; EJERCICIO: RECIENTEMENTE INICIO EN UN GRUPO DE LA TERCERA EDAD; VIVE DE RENTA EN UNA HABITACION.

EXAMEN FISICO

Aspecto y Estado Genral del Paciente

NO SOPLO CAROTIDEO. RSRS SIN AGREGADOS. RSCS EN EL MOMENTO RITMICOS. EX NEUROLOGICO. DESPIERTA, HABLA NORMAL, LENGUAJE FLUIDO COMPRENDE Y NOMINA. DESORIENTADA EN TIEMPO, FALLAS MEMORIA EPISODICA Y TRABAJOPC II AL XII: SIN DEFICITS. ROT 2+/4+, FM ANTIGRAVITATORIAS CONSERVADAS, NO HAY HOFFMAN, NO HAY BABINSKI. SENSIBILIDAD SUPERFICIAL: CONSERVADA.TAXIAS: CONSERVADAS.

FC	1,00	FR	1,00	TA.S	1,00	TA.D	1,00	TAM	1,00	PESO	1,00	Kg	TALLA	1,00	cms	IMC	10.000,00	OBESO

ASC 0,02 m2

SINTOMATICO RESPIRATORIO NO

VICTIMA VIOLENCIA SEXUAL NO **VICTIMA VIOLENCIA FISICA** NO **VICTIMA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR** NO

CONDUCTA

- MUJER DE 80 AÑOS CON COMORBILIDADES DE RIESGO VASCULAR (EDAD, HTA, DISLIPIDEMIA, EPOCEXTABAQUISMO) CON RELATO DE FALLAS COGNOSCITIVAS PREDOMNIO MNESICO CON COMPROMISO EN SU FUNCIONALIDAD. EXAMEN NEUROLOGICO (SIN EVALUACION DE FMS) SIN FOCALIDAD; TAC CEREBRAL SIMPLE CON CAMBIOS INVOLUTIVOS PREDOMINIO FRONTOPARIETAL QUE PARA RADIOLOGIA ESTAN EN RANGO PARA LA EDAD, LAB PARA CAUSA MODIFICABLE EN RANGO DE NORMALIDAD, PRB NEUROPSICOLOGICAS QUE REPORTAN LA PRESENCIA DE UN TRATORNO NEUROCOGNOSCIRIVO MENOR MNESIVO MULTIDOMINIO + SINTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS. - DEJO RIVASTIGMINA PARCHE DE 9 MG + SERTRALINA 25 MG QAM + MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS + CONTROL. - EXPLICO, RESUELVO DUDAS, DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. REFIERE ENTENDER.

ANTECEDENTES

FECHA	TIPO	OBSERVACION
26/07/2022	Médicos	HTA EN TTO CON ENALAPRIL + HCTZ
26/07/2022	Médicos	HIPERCOELSTEROLEMIA EN TTO CON ATORVASTATINA

PLAN DE MANEJO	**Concentracion**	**Cant.**	**Posología**
RIVASTIGMINA PARCHE TRANSDERMICO 9 MG	9MG	120,00	VIA TRASDERMICA APLICAR 1 PARCHE EN REGION DE ESPALDA CADA DIA ROTANDO EL SITIO DE APLICACION SEGUN LO INDICADO.
SERTRALINA 50 MG TAB	50MG	120,00	VIA ORAL TOMAR 1/2 (MEDIA) TAB CADA MAÑANA. LA OTRA MITAD LA PUEDE DESECHAR.

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

890374 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	EN 3 MESES PROMEDIO.

PROFESIONAL RESPONSABLE

441 - 332-NEUROLOGIA
RAMIREZ DIOSSA JHON DARBI
ID 10144898
Tarjeta P rofesional 1004-98

idime

INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO SA
Carrera 7 N. 27-06 - Pereira
ESPECIALIZADA

Paciente: GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ

Unidad Atención:	PEREIRA CRA 7	Fecha Ingreso:	16/04/2024 14:24:00
Documento:	**CC 24927418**	Registro Nro:	**7014333**
Paciente:	**VASQUEZ VASQUEZ GRACIELA**	Fecha Atención:	16/04/2024 14:57:00
Fecha Nacimiento:	18/01/1944 Edad: 80 años 2 meses 29 dias	Género:	Femenino
Dirección:	CRA 1 2A 146 SAN FRANCISCO Telefono:	Ciudad:	CALI
Estado Civil:	Soltero(a) Religión: Catolica	P. Etnica:	Ninguna de las anteriores
Ocupación:	NO SE TIENE INFORMACION	Escolaridad:	Básica Secundaria
Correo Electrónco:		Vict. Conflicto Armado:	Si
Empresa:	COMPENSAR EPS	Discapacidad:	
Plan:	PEREIRA CRA 7 SUBSIDIADO		

Diagnosticos

M818 OTRAS OSTEOPOROSIS, SIN FRACTURA PATOLOGICA

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN LA CONSULTA

Acompañante : NO
Parentesco: No diligenciado
Categoria: No diligenciado

TAMIZAJE PARA COVID-19

MOTIVO CONSULTA

Motivo Consulta: MEDICINA INTERNA

ENFERMEDAD ACTUAL

Enfermedad Actual: MUJER DE 80 AÑOS ANTECEDENTES DE ARTROSIS OSTEOPOROSIS HTA DISLIPDIEMIA GASTRITIS EPOC GOLD A QUIRURURGICOS HISTERECTOMIA OFORECTOMIA FAMRACOLOGICOS ROSUVASTATINA 40 MG CADA DIA ENALAPRIL 20X2 CALCIO + VITAMINA D 600+400 UNA CADA DIA ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE CON ANTECEDENTES DESCRITOS REMITIDA PARA VALORACION DE ENFERMEDADES DE BASE ADEMAS PARA SEGUIMIENTO DE OSTEOPOROSISI PARACLNICOS 07-03-2024 VITAMINA D 29 PTH 41 18-03-2024 DXA COLUMNA LUMBAR -2.4 CADERA TOTAL -2.0 ANTEBRAZO -3.0 03-04-2024 ECOCARDIOGRAMA ESTRES NEGATIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA 05-02-2024 TSH 4.2 T4L 1.18 HEMOGRAMA HB 13 PTAS 214000 17-01-2024 RELACION AC 9.02 21-07-2023 1. VENTRICULO IZQUIERDO DE TAMAÑO NORMAL, CON HIPERTROFIA CONCENTRICA LEVE, FEVI 50%. CON TRASTORNOS DE CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA DESCRITOS. DISFUNCION DIASTOLICA TIPO I 2. VENTRICULO DERECHO DE TAMAÑO Y MORFOLOGIA NORMAL. CON FUNCION SISTOLICA CONSERVADA. 3. LEVE DILATACION DE AURICULA IZQUIERDA 4. VALVULOESCLEROSIS MITROAORTICA LEVE, SIN DATOS DE ESTENOSIS. 5. INSUFICIENCIA VALVULAR MITRAL MODERADA Y AORTICA LEVE A MODERADA. 6. INSUFICIENCIA VALVULAR TRICUSPIDEA LEVE. 7. PROBABILIDAD LEVE DE HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR. PSAP: 37 MMHG 8. SIN EVIDENCIA DE TROMBOS, VEGETACIONES, NI MASAS INTRACARDIACAS. 18-12-2023 TAC CEREBRAL SIMPLE * MODERADOS CAMBIOS ATRÓFICOS CENTRALES Y CORTICALES POR LA EDAD. * NO HAY FOCALIZACIÓN DE TIPO VASCULAR, INFLAMATORIO O POR LESIÓN OCUPANDO ESPACIO. 21-07-2023 ECO ESTRES DOBUTAMINA NORMAL 24-01-24 HDL 73 LDL 109 CR 0.77 GLICEMIA TAG 90 ANALISIS PACIENTE CON ANTECEDENTES DESCRITOS APORTA EXAMENES, CON LDL LEVEMENTE ELEVADOS PARA PERFIL DE RIESGO TIENE ECOCARDIOGRAMA PREVIO DE 2023 CON COMPONENTE ISQUEMICO SIN EMBARGO NUEVO ECO ESTRES NORMAL ECO ESTRES SOLCIITADO NEGATIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA DXA CON MEJORIA DE OSTEOPOROSIS EN SEGUNDA DOSIS DE ACIDO ZOLEDRONICA APLICADA EL 19 DE MARZO DE 24 DEBE COMPLETAR CICLO PENDIENTE VALORACION POR NEUROLOGIA CON COMPONENTE ANATOMICO CON SUSTRATO DE DETERIORO CONGNITIVO SECUNDARIO A PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL CONTROL CON MD INTERNA EN 3 MESES LEVE INSUFICIENCIA DE VITAMIAN D SE INDICA VITAMINA D3 2000 UI CADA DIA CONTROL CON MD INTERNA EN 4 MESES CIFRAS TA LIMITROFE SE AJUSTA DOSIS DE ENALAPRIL 10X2

idime

INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO SA
Carrera 7 N. 27-06 - Pereira
ESPECIALIZADA

(2)

Enfermedad Actual Continuación:

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS
ANTECEDENTES ALERGICOS
ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICOS

Sintomatico Respiratorio: 3 - No
Victima de Maltrato: No
Fecha en la cual sucedio el maltrato: 2000-05-19
Victima de Violencia Sexual: 3- No
Sedentarismo: No

EXAMEN FÍSICO

TENSIÓN ARTERIAL DE PIE
TENSIÓN ARTERIAL ACOSTADO
TENSIÓN ARTERIAL SENTANDO
Sistolica sentado: 100
Distolica sentado: 60

Pulso: 85
Frecuencia respiratoria: 20
Temperatura: 36
Peso en Kilogramos: 50
Talla en Centimetros: 159
Indice de masa corporal: 19.78
Clasificacion Antropométrica:: Peso Normal

EXAMEN FÍSICO
Examen Mama: Sin Dato

RESULTADOS EXAMENES PYMS
Resultado Mamografia: 999 - Si no tiene el dato registrar
Fecha Mamografia: Si no aplica registrar 1845-01-01
Resultado ultima citologia: 999 -Si no tiene el dato registrar
Uroanálisis: 0 Normal
Creatinina: 999 - Si no tiene el dato registrar 999
Fecha Creatinina: Si no aplica registrar 1845-01-01
Fecha Toma de Albuminuria: Si no aplica registrar 1845-01-01
Hemograma: Sin Dato

RESUMEN Y COMENTARIOS

FINALIDAD CONSULTA Y CAUSA EXTERNA

Finalidad de la consulta: No Aplica
Causa Externa: Enfermedad general

Hospital Universitario San Jorge Pereira

800231235

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

Nº Historia Clínica: 24927418 Nº Folio: 8 Folio Asociado: Fecha Actual : martes, 13 agosto 2024

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ
Fecha Nacimiento: 18/enero/1944 Edad Actual: 80 Años / 6 Meses / 25 Días
Dirección: berlin cra9 #3-65
Procedencia: PEREIRA

Identificacion: 24927418 Sexo: Femenino
Estado Civil: Casado
Teléfono: 3145872703-3458247
Ocupación: HOGAR

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COMPENSAR
Plan Beneficios: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Dirección Resp:
Finalidad Consulta: No_Aplica

Teléfono Resp:
Nº Ingreso: 2316469 Fecha: 13/08/2024 6:52:00 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General_Adulto

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	55	REHABILITACION	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
944301	TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA			32	Rutinario
944301					

Observaciones - 2 POR SEMANA, 8 POR MES, POR 4 MESES.

IDX. TRASTORNO NEUROGNOSCITIVO.

Total Ítems: 1

332-NEUROLOGIA
RAMIREZ DIOSSA JHON DARBI
ID 10144898
RM 1004-98

HISTORIA CLINICA

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

Identificacion: 24822872 CEDULA
MARTINEZ OSORIO ORFILIA
Sexo : FEMENINO Fecha de Nacimiento : 02/02/1961
Regimen : EPS PGP NUEVA EPS PRINCIPAL
Direccion: CRA 11 7-26 ---
Estado Civil: CASADO (A) Ocupacion: AMA DE CASA

No. Historia Clinica : 24822872
Vinculo : BENEFICIARIO
Edad : 63 Años Etnia: Ninguno de los anter
Estrato : RANGO UNO
Telefono: 3206994407 3212671693
Fecha y Hora de Atencion : 17/10/2024 09:33

Motivo de Consulta :
CONTROL CLINICA DE DOLOR Y PALIATIVOS
Enfermedad Actual :
PACIENTE CON HISTORIA DE ARTROSIS GENEARLIZADA , T. MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION.

TTO ACTUAL:
VORTIOXETINA TAB 10MG 2 TAB NOCHE
ACTM/CAFEINA 500/65MG 1 TAB C/8H
PREVIOS: ESTA EN MANEJO CON ALGINATO DE SODIO, ESOMEPRAZOL - BUSCAPINA

S: NO HAY MODULACION DEL DOLOR, DOLOR EN REGION CERVICAL Y DORSAL TIPO URENTE, CON DOLOR POLIARTICULAR GENERALIZADO DE GRAN INTENSIDAD. ENVIDAD A GINECOLOGIA POR DOLOR EN REGION FLANCO IZQUIERDO Y PELVICA, PENDIENTE VALORACION POR GINECOLOGIA.

ESTUDIOS
12/09/2024 ECO DE VIAS URINARIAS: NORMAL
15/10/2024 ECO DE TEJIDOS PARED ABDOMINAL Y PELVIS: ADENOPATIAS DE ASPECTO REACTIVO EN CANAL INGUINAL IZQUIERDO
10/09/2024 ECO TV: QUISTE SIMPLE DE OVARIO DERECHO
Revision por Sistema :
NO OTROS SINTOMAS REFERIDOS
Antecedentes Personales
Quirurgico : SAFENO IZQUIERDA CON ANESTESIA RAQUIDEA SIN COMPLICACIONES
Patologicas : GASTRITIS
COLON IRRITABLE
Alergicos : NIEGA
Inmunologicos : NO REFIERE Siquiatricos : NO REFIERE Toxicos : NIEGA
Venereas : NO REFIERE Ginecologias : NO REFIERE Paraclinicos : NO TRAE LOS LABORATORIOS
Oncologicos : NO REFIEREGeneral : GS O+

Antecedentes Familiares
Cardiovascul. : NO REFIERE
Cancer : NO REFIERE
Infecciosas : NO REFIERE
Neurologicos : NO REFIERE
Pulmonares : NO REFIERE
Diabetes : NO REFIERE
Gastrointest. : GASTRITIS, TTO ESOMEPRAZOL
Signos Vitales
TA : 0 / 0 FC : 0 FR : 0 Temp : Talla : 163 Peso : 61 I. M. C. : 23
Ptorax : 0 Pcefa : 0
TFG: Glucometria: SatO2: Perimetro Abdominal. :
Examen Fisico
Cabeza : PACIENTE QUE INGRESA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS
APARENTE BUENAS CONDIONES GENERALES
TIMIA ANSIOSA
DOLOR A LA PALPACION DE 18/18
NO DEFICIT NEUROLOGICO
PUNTOS GATILLO 18/18
NO EDEMAS ARTICULARES
NO SIGNOS DE TRACCION RADICULAR.
PCD : NINGUNA

DX Principal : M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
1er. DX Relacionado : F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Causa Externa : M. Enfermedad General
Conducta :
OBSERVACIONES : PACIENTE CON T. MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION, PREDOMINIO DE SINTOMAS ANSIOSOS. COMPONENTE PSICOSOMATICO. ADEMAS, ARTROSIS. NO SE BENEFICIA DE MANEJO CON OPIOIDES. TIENE PENDIENTE VALORACION POR GINECOLOGIA. SE

Clínica Los Nevados
UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: **CC 1255276**	
Paciente: **GABRIEL ANTONIO BENITEZ CARDONA**	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): **18/03/1938**	
Edad y género: **86 Años, Masculino**	
Identificador único: **26893**	Financiador: **ASMET SALUD EPS SAS**

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 09/07/2024 11:45 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTA EXTERNA PRIMER PISO - Servicio: CONSULTA EXTERNA

Consulta médica - Apoyo - MEDICINA INTERNA

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Control
Finalidad: NO APLICA
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

ANAMNESIS
Motivo de consulta: REFERIDO POR HISTORIA DE DOLOR ASOCIADO A NEURALGIA POSHERPETICA EN AREA DE DISTRIBUCION DEL TRIGEMINO EN HEMICARA DERECHA.
Enfermedad actual: 86 AÑOS HISTORIA DE HTA MEDIDADA CON LOSARTAN 50 X 2 - ATORVASTATIAN 40 X 1 - NEURALGIA POSHERPETICA TRIGEMINAL DERECHA QUE NO MEJORA - TUVO TERAPIA CON PREGABALINA POR VARIS MESES SIN MEJORIA.

REVISIÓN POR SISTEMAS
Sistema neurológico: Normal

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 120/80, Presión arterial media(mmhg): 93, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardiaca(Lat/min): 80 Pulso(Pulsa/min): 80 Lugar toma pulso: Radial Frecuencia respiratoria(Respi/min): 20

Examen Físico:
Aspecto general
Aspecto general : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - G530 - NEURALGIA POR HERPES ZOSTER, Fecha de diagnóstico: 09/07/2024, Edad al diagnóstico: 86 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: SE INDICA ACETAMINOFEN MAS CAFEINA - CETIRIZINA - CARBAMAZEPINA ORAL MAS PREDNISOLONA CICLO CORTO CON LA FINALIDAD DE MEJORIA CLINCIA SE CITA EN 1 MES PARA VALORAR RESPUESTA AL TRATAMIENTO
Plan de manejo: SE CITA EN 1 MES CON TRATAMIENTO
Observaciones: SE DAN RECOMENDACIONES DE CONSULTA A URGENCIAS EN CASO DE NECESIDAD

Firmado por: DIEGO ANDRES OSORNO CHICA, MEDICINA INTERNA, Registro 9764046, el 09/07/2024 11:49

-- -- -- -

HOMERIS
E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA Nit. 891412134-1
Av 30 de Agosto Cra 13 # 87-76 Tel. 3373444 E-mail. info@homeris.gov.co

FORMULA MEDICA - PLAN DE MANEJO EXTERNO

PSIQUIATRÍA AMBULATORIA

Nº Folio 1 **Nº Historia Clínica** 24927418 **Nº Ingreso** 195382
Fecha solicitud Pereira 11/10/2024 8:24:42 a. m. **Identificación** Cédula de ciudadanía-24927418 **Sexo** Femenino
Nombre Paciente GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ **Régimen** Regimen_Simplificado
Entidad COMPENSAR E.P.S. -CM SUBSIDIADO **Plan Beneficios** COMPENSAR E.P.S. CM SUBSIDIADO
Fecha Nacimiento 18/01/1944 **Edad Actual** 80 Años / 8 Meses / 23 Días
Diagnóstico F339 **Nivel - Estrato** SUBSIDIADO NIVEL 1 **Zona residencial** Urbana
F067

MEDICAMENTO		CANTIDAD		VIA ADMINISTRACION	POSOLOGIA	DIAS
N06AB10-07	ESCITALOPRAM 10 MG TAB	60	SESENTA	Oral	tomar media tableta cada mañana (formula por 2 meses)	60
N05AX08-8	RISPERIDONA 1MG TABLETA	60	SESENTA	Oral	tomar media tableta cada noche (formula por 2 meses)	60

16 Noviembre
2 ent

Jorge Rojas Z.

ROJAS ZAPATA JORGE EMILIO
RM. 125645
PSIQUIATRIA

Esta orden es válida por 30 días a partir de la fecha de expedición

E.S.E HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA Nit. 891412134-1

Av 30 de Agosto Cra 13 # 87-76 Tel. 3373444 E-mail. info@homeris.gov.co

HOMERIS

PSIQUIATRÍA AMBULATORIA

Folio 1 **Nº Ingreso** 195382

Fecha solicitud Pereira 11/10/2024 8:24:42 a. m. **Nº Historia Clínica** 24927418 **Sexo** Femenino

Nombre Paciente GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ **Identificación** Cédula de ciudadanía-24927418

Entidad COMPENSAR E.P.S. -CM SUBSIDIADO **Plan Beneficios** COMPENSAR E.P.S. CM SUBSIDIADO **Régimen** Regimen_Simplificado

Fecha Nacimiento 18/01/1944 **Edad Actual** 80 Años / 8 Meses / 23 Días **Zona recidencial** Urbana

Diagnóstico F339 **Nivel - Estrato** SUBSIDIADO NIVEL 1

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX				
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO	OBSERVACION
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1	Rutinario	Control por Psiquiatria en 2 meses

Jorge Rojas Z.

JORGE EMILIO ROJAS ZAPATA
RM. 125645
PSIQUIATRIA

Esta orden es válida por 30 días a partir de la fecha de expedición

Hospital Universitario San Jorge Pereira

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA
NIT: 800231235
CARRERA 4 N° 24-88 TEL 3151880
HISTORIA CLÍNICA

Fecha Actual : martes, 13 agosto 2024

HISTORIA CLINICA - CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica:	24927418	Edad En El Momento De La Atención	80 Años		
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ		Identificación:	24927418	Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento:	18/enero/1944 Edad Actual:	80 Años / 6 Meses / 25 Días	Estado Civil:	Casado	
Dirección:	berlin cra9 #3-65		Teléfono:	3145872703-3458247	
Procedencia:	PEREIRA		Ocupación:	HOGAR	
DATOS DE AFILIACIÓN					
Entidad:	COMPENSAR				
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR		Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO 1	
DATOS DEL INGRESO		FOLIO N° 8	13/08/2024 7:31:39 a. m.		
Fecha:	13/08/2024 06:52		Ingreso:	2316469	
Finalidad Consulta:	No_Aplica		Causa Externa:	Enfermedad_General_Adulto	
Motivo de Consulta	** VALORACION REALIZADA SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD PARA LA PANDEMIA **				
Enfermedad General	80 AÑOS, DIESTRA, ASISTE CON HIJA (NIDIA ESCOBAR), PROCEDENCIA PEREIRA. - CONOCIDA POR NEUROLOGIA POR. 1. TRASTORNO NEUROCOGNOSCITIVO MENOR VS DTA ESTADIO TEMPRANO. 2. TRAST DEPRESIVO ANSIOSO. 3. AP. HTA, DISLIPIDEMIA, EPOC, OA, CISTOPEXIA, FAQUECTOMIA. - TTO ACTUAL. ATORVASTATINA, ENALAPRIL, CALCIO + VITAM D, RIVASTIGMINA PARCHE 9 MG QD. - RESUMEN DE EA. CONOCIDA EN OCT DEL 2023 POR HISTORIA DE NO MENOS DE 1 AÑO DE FALLAS COGNOSCITIVAS: OLVIDA LO RECIENTE, L OQUE HA DICHO / EL NOMBRE DE PERSONAS CONOCIDAS; "OLVIDO TODO", YA TIENE Q SALIR ACOMPAÑADA, DIFICULTADES PARA LA REALIACION DE LOS ALIMENTOS; INDEPENDIENTE PARA ABVD; ADECUADA MANIPULACION DEL DINERO; ESTADO DE ANIMO TENDENCIA DEPRESIVA; VIVE SOLA PERO CERCA A SU HIJA; SIGUE SIENDO INDEPENDIENTE PARA ABVD; ASISTE A ACTIVIDADES DE LA TERCERA EDAD; CON QUEJAS DE "MAL DORMIR ... NO HABER TOLERADO LA SERTRALINA ...". // PARACLÍNICOS: ** TAC CEREBRAL SIMPLE: 18.12.23: IDIME. MODERADOS CAMBIOS ATROFICOS POR LA EDAD. ** PRB NEUROPSICOLOGICAS 01.24: NEUROCENTRO: CON ALTERACION EN ORIENTACION TIEMPO Y LUGAR, ATENCION, MEMORIA ASOCIATIVA Y LAS FUNCIONES EJECUTIVAS QUE REPERCUTEN EN LAS QUEMAS DE MEORI ASI QUE LOS PROCESOS ATENCIONALES Y LAS FUNCIONES EJECUTIVAS ESTAN REPERCUTIENDO EN LA MEMORIA; ASI MISMO CON SINTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESION, APATIA Y PERDIDA DE LA ESPONTANEIDAD, APLANAMIENTO AFECTIVO, DESORGANIZACION, INATENCION, IRRITABILIDAD, IMPULSIVIDAD Y COMPROMISO DE LAS HABILIDADES INSTUMENTALES DE LA VIDA DIARIA LO QUE CONFIGURA UN TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MENOR DE TIPO MNESICO MULTIDOMINIO. ** LAB 02.24: CH LEUCO 5400, HB 13, HCT 39.6, PLAQUE 274.000, VDRL NR, TSH 4.24, AC FOLICO > 20, T4L 1.18, VITAM B12 967.				

REVISION POR SISTEMAS

X

EXAMEN FISICO

Aspecto y Estado Genral del Paciente

NO SOPLO CAROTIDEO. RSRS SIN AGREGADOS. RSCS EN EL MOMENTO RITMICOS. EX NEUROLOGICO. DESPIERTA, HABLA NORMAL, LENGUAJE FLUIDO COMPRENDE Y NOMINA. DESORIENTADA EN TIEMPO, FALLAS MEMORIA EPISODICA Y TRABAJOPC II AL XII: SIN DEFICITS. ROT 2+/4+, FM ANTIGRAVITATORIAS CONSERVADAS, NO HAY HOFFMAN, NO HAY BABINSKI. SENSIBILIDAD SUPERFICIAL: CONSERVADA.TAXIAS: CONSERVADAS.

FC	68,00	FR	16,00	TA.S	110,00	TA.D	70,00	TAM	83,33	PESO	50,50	Kg	TALLA	160,00	cms	IMC	19,73	BAJO PESO

SINTOMATICO RESPIRATORIO NO

VICTIMA VIOLENCIA SEXUAL NO VICTIMA VIOLENCIA FISICA NO VICTIMA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR NO

ASC 1,50 m2

CONDUCTA

MUJER DE 80 AÑOS CON COMORBILIDADES DE RIESGO VASCULAR (EDAD, HTA, DISLIPIDEMIA, EPOC, EXTABAQUISMO) CON RELATO DE FALLAS COGNOSCITIVAS PREDOMNIO MNESICO CON COMPROMISO EN SU FUNCIONALIDAD. EXAMEN NEUROLOGICO (SIN EVALUACION DE FMS) SIN FOCALIDAD; TAC CEREBRAL SIMPLE CON CAMBIOS INVOLUTIVOS PREDOMINIO FRONTOPARIETAL QUE PARA RADIOLOGIA ESTAN EN RANGO PARA LA EDAD, LAB PARA CAUSA MODIFICABLE EN RANGO DE NORMALIDAD, PRB NEUROPSICOLOGICAS QUE REPORTAN LA PRESENCIA DE UN TRATORNO NEUROCOGNOSCIRIVO MENOR MNESIVO MULTIDOMINIO + SINTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS. - VIENE EN USO DE RIVASTIGMINA PARCHE DE 9 MG CON BUENA TOLERANCIA Y RESPUESTA; POR SINTOMAS DEPRESIVO ANSIOSOS, SE LE INDICÓ SERTRALINA 25 MG QUE NO SIGUIO; HOY ENVIO A PSIQUIATRIA PARA APOYO ESTE COMPONENTE Y EN SU APARENTE TRASTORNO DEL DORMIR. - SE INSISTE EN LAS MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS INCLUYENDO TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA. - CONTROL EN MESES. - EXPLICO, RESUELVO DUDAS, DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. REFIERE ENTENDER.

ANTECEDENTES

FECHA	TIPO	OBSERVACION
26/07/2022	Médicos	HTA EN TTO CON ENALAPRIL + HCTZ
26/07/2022	Médicos	HIPERCOELSTEROLEMIA EN TTO CON ATORVASTATINA

EXAMENES SOLICITADOS

	Cantidad	Observacion
944301 - TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA	32,00	- 2 POR SEMANA, 8 POR MES, POR 4 MESES. IDX. TRASTORNO NEUROGNOSCITIVO.

Fecha Resultado:

PROFESIONAL RESPONSABLE

441 - 332-NEUROLOGIA
RAMIREZ DIOSSA JHON DARBI
ID 10144898
Tarjeta Profesional 1004-98

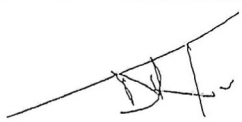
GENERADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA] NIT [800231235-7]

PLAN DE MANEJO	Concentracion	Cant.	Posología
RIVASTIGMINA PARCHE TRANSDERMICO 4.6 MG / 24 H	4.6MG/24H	180,00	VIA TRASDERMICA APLICAR 1 PARCHE EN REGION DE ESPALDA CADA DIA. NO SUSPENDER.

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS	
890202 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	- SS VALORACION POR PSIQUIATRIA. - DX DE TRASTORNO NEUROCOGNOSCITIVO CON SINTOMAS DEPRESIVOS.
890374 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	EN 4 A 6 MESES

DIAGNOSTICOS	Dx PRINCIPAL
G309 - ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	[X]
F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	[ ]

PROFESIONAL RESPONSABLE
441 - 332-NEUROLOGIA
RAMIREZ DIOSSA JHON DARBI
ID 10144898
Tarjeta P rofesional 1004-98



LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA] NIT [800231235-7]

Hospital Universitario San Jorge Pereira

800231235

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

Nº Historia Clínica: 24927418

Fecha Actual : martes, 13 agosto 2024

Nº Folio: 8 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ

Identificacion: 24927418 Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 18/enero/1944 **Edad Actual:** 80 Años / 6 Meses / 25 Dias

Estado Civil: Casado

Dirección: berlin cra9 #3-65

Teléfono: 3145872703-3458247

Procedencia: PEREIRA

Ocupación: HOGAR

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COMPENSAR

Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Finalidad Consulta: No_Aplica

Nº Ingreso: 2316469 Fecha: 13/08/2024 6:52:00 a. m.

Causa Externa: Enfermedad_General

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX		AREA SERVICIO:	30	H. URGENCIAS ADULTOS	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
890202 890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS			1	Rutinario
Observaciones:	- SS VALORACION POR PSIQUIATRIA. - DX DE TRASTORNO NEUROCOGNOSCITIVO CON SINTOMAS DEPRESIVOS.				
890374 890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA			1	Rutinario
Observaciones:	EN 4 A 6 MESES				

Total Ítems: 2

332-NEUROLOGIA
RAMIREZ DIOSSA JHON DARBI
ID 10144898
RM 1004-98

Hospital Universitario San Jorge Pereira

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA
NIT: 800231235
CARRERA 4 N° 24-88 TEL 3356333-42
INDICACIÓN MEDICA

Fecha Actual : martes, 13 agosto 2024

HISTORIA CLINICA - CONSULTA EXTERNA							
Nº Historia Clínica:	24927418			Nº Folio:	8	Folio Asociado:	
DATOS PERSONALES							
Nombre Paciente:	GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ			Identificacion:	24927418	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento:	18/enero/1944	Edad Actual:	80 Años / 6 Meses / 25 Días	Estado Civil:	Casado		
Dirección:	berlin cra9 #3-65			Teléfono:	3145872703-3458247		
Procedencia:	PEREIRA			Ocupación:	HOGAR		
DATOS DE AFILIACIÓN							
Entidad:	COMPENSAR			Régimen:	Regimen_Simplificado		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR			Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO 1		
DATOS DEL INGRESO							
Responsable:				Teléfono Resp:			
Dirección Resp:				Nº Ingreso:	2316469	Fecha:	13/08/24 6:52
Finalidad Consulta:	No_Aplica			Causa Externa:	Enfermedad_General_Adulto		

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion:
Salida_Consulta_Externa
Detalle:
- SIGUE RIVASTIGMINA PARCHE 9 MG QD.
- VA A PSIQUIATRIA.

RAMIREZ DIOSSA JHON DARBI
332-NEUROLOGIA
ID 10144898
RM 1004-98

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA] NIT [800231235-7]

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ

Tipo Documento:	Cedula	Documento:	24.927.418	H.C.	24927418
Fecha nacimiento:	Ene.18/1944	Edad:	80 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CRA 1 2 A 146 SAN FRANCISCO	Télefono:	3116390261	Ciudad:	DOSQUEBRADAS
Entidad:	COMPENSAR EPS			Etnia:	Otros
Atención:	36	Fecha:	Jul.26/2024	Hora:	10:43
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

Motivo consulta: CONTROL PROGRAMA CRÓNICOS

OCUPACIÓN: AMA DE CASA
DIRECCIÓN: BARRIO SAN FRANCISCO NO SE SABE LA DIRECCION
TEL: 314 587 2703 -- 311 639 0261
CORREO: XIME_TREJOS@HOTMAIL.COM

Enfermedad actual: PACIENTE DE 79 AÑOS, CON AP DE HTA CRONICA DX EN 2021, OSTEOPOROSIS DX EN 2020 CON DENSITOMETRIA OSEA, CON APLICACION DE AZIDO ZOLENDRONICO EN ULTIMA DOSIS EL 13/03/24. DISLIPIDEIMIA, GASTRITIS (DX POR EVDA), ARTROSIS EN RODILLAS, EPOC GOLD A DX POR ESPIROMETRIA ASINTOMATICA, EXTABAQUISMO PESADO 1PAQ/DIA DURANTE 40 AÑOS. NIEGA IAM, NIEGA ECV. REALIZA ACTIVIDAD FISICA REGUALR (CAMINATAS DIARIAS Y GRUPO DE LA TERCERA EDAD). EN ADHERENCIA Y TOLERANCIA A MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO, CON BUENA ADHERENCIA A CONTROLES PROGRAMADOS ASISTE ACOMPAÑDA POR HIJA MIRIAM ESCOBAR A CITA DE CONTROL, REFIERE SE HA SENTIDO BIEN, TOLERA LA VÍA ORAL TIENE ADECUADO PATRON DEL SUEÑO, NIEGA EFECTOS ADVERSOS, NIEGA DISNEA, NIEGA PALPITACIONES, NIEGA FOSFENOS, NIEGA TINITUS, NIEGA EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, NIEGA CEFALEA GLOBAL, NIEGA FIEBRE, NIEGA PRECORDIALGIA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS.

PARACLINICOS:
- ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO 12/07/23: 1. VENTRICULO IZQUIERO DE TAMAÑO NORMAL, CON HIPERTROFIA CONCENTRICA LEVE. FEVI 60% CON TRASTORNO DE CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA. DISFUNCINO DIASTOLICA TIPO I, 2VENTRICULO DERECHO DE TAMAÑO Y MORFOLOGIA NORAML CON FUNCION SISTOLICA CONCERVADA . 3.LEVE DILATACION DE LA AURICULA IZQUIERDA. 4. VALVULOESCLWEROSIS MITROAORTICA LEVE, SIN DATOS DE ESTENOSIS, PROBABILIDAD LEVE DE HIPERTENSION PULMONAR PSAP 37 MMHG. SIN EVIDENCIA DE TROMBO, VEGETACIONES NI MASAS INTRACAVITARIAS.
- ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON DOBUTAMINA 21/07/23: " NRGTIVO PARA LA INDUCCION DE ISQUEMIA MIOCARDIC. CLINICAMENTE NEGATIVA".

VALORACIONES:
- 18/04/24: MEDICINA INTERNA: INDICA CONTROL EN 4 MESES, POR LEVE INSUFICIENCIA DE VITAMINA D SE INDICA VITAMINA D3 2000 UI CADA DIA. INDICA CONTROL 10 MG CADA 12 HORAS,

- 23/04/24: NEUHOLOGIA: " ... PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS QUE REPORTAN LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO NEUROCOGNICISTIVO MENOR MIXSICO MULTIDOMINIO + SINTOMAS DEPRESIVOS ANSIOSOS .." INDICA RIVASTIGMINA PARCHE + SERTRALINA 25 MG AM. CONTROL

TTO ACTUAL:
- ENALAPRIL 10 MG CADA 12 HORAS
- ATORVASTAINA 40 MG NOCHE
- CALCIO + VITAMINA D 600MG + 400 UI DIA

- RIVASTIGMINNA PARCHES 9 MGS. DIA ** FORMULA DE NUEROLOGIA **

Revisión por sistemas:

ESÉ SALUD PEREIRA
NIt: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	24.927.418	H.C.	24927418
Fecha nacimiento:	Ene.18/1944	Edad:	80 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CRA 1 2 A 146 SAN FRANCISCO	Télefono:	3116390261	Ciudad:	DOSQUEBRADAS
Entidad:	COMPENSAR EPS			Etnia:	Otros
Atención:	36	Fecha:	Jul.26/2024	Hora:	10:43
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

Sistema respiratorio	No manifiesta
Sistema cardiovascular	No manifiesta
Sistema Vascular periferico	No manifiesta
Sistema digestivo	No manifiesta
Sistema genitourinario	No manifiesta
Sistema locomotor	No manifiesta
Sistema neurologico	No manifiesta
Sistema mental y/o comportamiento	No manifiesta

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	No
¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento ordenado para el tratamiento de su patología?	No
Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos?	Nu
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos?	No
En caso de consumo de tabaco, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de licor, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de consumo de sustancias psicoactivas, ¿ha seguido las recomendaciones impartidas en control anterior para disminuirlo o dejarlo?	No Aplica
En caso de estrés, ¿ha seguido las recomendaciones para disminuirlo o manejarlo?	SI
¿Ha seguido las recomendaciones respecto a la dieta indicada en control anterior?	Si
¿Hace ejercicio según lo recomendado?, indique las recomendaciones específicas en el campo observaciones	SI
No aplica, es ingreso.	

CLASIFICACION DEL RIESGO METABOLICO

Clasificacion del riesgo metabolico	Moderado

EXAMEN FÍSICO ENF. CRON.

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, movilidad)	Normal	ALERTA, ORIENTADO, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, MOVIMIENTOS OCULARES ESPONTÁNEOS, FUERZA 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, REFLEJOS +/++ SIMETRICOS, SIN FOCALIZACIONES NI SIGNOS MENINGEOS.
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices)	Normal	
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena,	Normal	

ESE SALUD PEREIRA
NIt: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	24.927.418	H.C.	24927418
Fecha nacimiento:	Ene.18/1944	Edad:	80 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CRA 1 2 A 146 SAN FRANCISCO	Télefono:	3116390261	Ciudad:	DOSQUEBRADAS
Entidad:	COMPENSAR EPS			Etnia:	Otros
Atención:	36	Fecha:	Jul.26/2024	Hora:	10:43
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

edulado, pigmentos, hemorragias)		
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, ptergion, hipoacusia)	Normal	
CUELLO (yugulares yugular, soplo carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Normal	
CORAZÓN (ritmo cardiaco, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punto maximo impulso cardiaco)	Normal	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, COINCIDE CON PULSOS PERIFÉRICOS, SIN SOPLOS.
PULMÓN(circultes respiratoria, crepitos pulmonares)	Normal	MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Normal	
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal	
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Normal	MÓVILES, EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS NI LESIONES, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG.
PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Normal	
OSTEOMUSCULAR	Normal	
MENTAL	Normal	
OTROS		

TIPO DE POBLACIÓN

Paciente LGBTI	No

SIGNOS Y/O SINTOMAS ENFERMEDAD CRONICA

Cefalea	No
Lipotimia	No
Vértigo	No
Tinnitus	No
Sintomas Visuales	No
Sudoración	No
Epistaxis	No
Palpitaciones	No
Precordialgia	No
Ortopnea	No
Disnea Paroxistica Nocturna	No
Disnea de Pequeños Esfuerzos	No
Disnea de Medianos esfuerzos	No
Disnea de Grandes esfuerzos	No
Poliuria	No

ESE SALUD PEREIRA
NIt: 816.005.003-5
HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	24.927.418	H.C.	24927418
Fecha nacimiento:	Ene.18/1944	Edad:	80 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CRA 1 2 A 146 SAN FRANCISCO	Télefono:	3116390261	Ciudad:	DOSQUEBRADAS
Entidad:	COMPENSAR EPS			Etnia:	Otros
Atención:	36	Fecha:	Jul.26/2024	Hora:	10:43
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

Polifagia	No
Poliuria	No
Hematuria	No
Disuria	No
Edemas	No
Claudicación	No
Parestesias	No
Lesión en pies	No
Dolor neurítico	No
Otros	No

Medicamentos que Consuma

ENALAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS
ROSUVASTATINA 40 MG

ALERTAS - ANTECEDENTES

Farmacodependencia (inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuanto lo dejo)	NIEGA 01-06-2022 15:26
Otros	HIJA REFIERE OSTEOPOROSIS Y ARTROSIS 30-01-2023 11:03 OSTEOPOROSIS Y ARTROSIS 01-06-2022 15:24
Sabe leer	SI 30-01-2023 11:04 SI 01-06-2022 15:26
Alcohol (inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NIEGA 01-06-2022 15:26
Enfermedad coronaria	MADRE 01-06-2022 15:26
Violencia y maltrato	NIEGA 01-06-2022 15:26
Sabe escribir	SI 30-01-2023 11:04 NO 01-06-2022 15:26
Hipertensión arterial	SI 30-01-2023 11:03 EN TRATAMIENTO 01-06-2022 15:24
Tabaco (inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	NIEGA 01-06-2022 15:26
Medicamentos	NIEGA 12-03-2024 09:21

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	24.927.418	H.C.	24927418
Fecha nacimiento:	Ene.18/1944	Edad:	80 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CRA 1 2 A 146 SAN FRANCISCO	Teléfono:	3116390261	Ciudad:	DOSQUEBRADAS
Entidad:	COMPENSAR EPS			Etnia:	Otros
Atención:	36	Fecha:	Jul.26/2024	Hora:	10:43
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

Medición sin Anteojos

Ojo Derecho: Ojo Izquierdo: Ambos:

Medición con Anteojos

Ojo Derecho: Ojo Izquierdo: Ambos:

Observaciones:

ANALISIS:

PACIENTE EN LA NOVENA DECADA DE LA VIDA, CON ANTECEDENTES DESCRITOS, ASISTE A CONTROL, TIENE PARACLÍNICOS DEL 2023 ENERO - JULIO YA REGISTRADOS, AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA CON CIFRAS TENSIALES EN METAS SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS. ASINTOMTICA CARDIOVASCULAR.

TIENE RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO DEL 9% SEGUN FRAMINGHAM AJUSTADO A COLOMBIA, TFG DE 67.6 SEGÚN CKD-EPI, HDL EN METAS, LDL EN METAS, TG EN METAS. CON ECO TT YA DESCRITOS. UROANALISK, GLICEMIA Y HEMOGRMA SIN ALTERACIONES. SANGRE OCULTA POSITIVO.

YA EN SGTO POR RUTA CV. NEUROLOGIA.
POR SSNGRE POCULTA POSITIVO SE SOLCITA COLONOSCOPIA TOTAL Y VALORAICON POR GASTROENTEROLOGIA.

SE PROGRAMA CITA DE CONTROL EN 3 MESES, SE REALIZA FÓRMULA MÉDICA SIGUIENDO INDICACIONES DE MEDICNA INTERNA.

SE BRINDAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS, SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE. SE EXPLICA CLARAMENTE CONDUCTA AL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

SIGNOS DE ALARMA:
CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO DE INICIO SÚBITO, ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL, SI SE LE DESVÍA LA COMISURA LABIAL O PIERDE FUERZA EN LA EXTREMIDADES, DOLOR INTENSO, OPRESIVO EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SI VOMITA SANGRE, SI TIENE DEPOSICIONES ABUNDANDANTES CON SANGRE, O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA QUE LE PREOCUPE.

RECOMENDACIONES:
SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ALIMENTACIÓN RICA EN FRUTAS, VERDURAS, AGUA, CARNES BLANCAS, CAMINATA DIARIA DE 20 A 30 MINUTOS POR LO MENOS 3 VECES POR SEMANA, REALICE ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR POR LOS MENOS DOS VECES POR SEMANA , EVITAR BEBIDAS OSCURAS, EMBUTIDOS, FRITOS, INCIENE DE HABITO DEL SUEÑO Y POSTURAL, FOTOPROTECCIÓN, CUIDADOS PARA LA SALUD VISUAL Y AUDITIVA , RIESGO DEL CONSUMO DE SPA , EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO.

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	24.927.418	H.C.	24927418
Fecha nacimiento:	Ene.18/1944	Edad:	80 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CRA 1 2 A 146 SAN FRANCISCO	Teléfono:	3116390261	Ciudad:	DOSQUEBRADAS
Entidad:	COMPENSAR EPS			Etnia:	Otros
Atención:	36	Fecha:	Jul.26/2024	Hora:	10:43
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

DIAGNOSTICOS:

Diagnostico Principal	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	TIPO DIAGNOSTICO
Adherencia a la Guia:Si			Confirmado repetido
Relacionado 1	M810	OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA SIN FRACTURA PATOLOGICA	
Adherencia a la Guia:No		Justificación:	Confirmado repetido
Relacionado 2	K295	GASTRITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	
Adherencia a la Guia:Si			Confirmado repetido
Relacionado 3	K922	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA	
Adherencia a la Guia:No		Justificación:	Impresión diagnóstic
Relacionado 4	Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	
Adherencia a la Guia:SI			Confirmado nuevo

CONDUCTA:

Medicamentos

ATORVASTATINA 40MG TABLETA RECUBIERTA	40MG	TABLETA RECUBIERTA	1 TAB CADA NOCHE DESPUES DE COMIDA VIA ORAL	120 (CIENTO VEINTE)
ENALAPRIL MALEATO TABLETA	20MG	20MG TABLETA	MEDIA TABLETA CADA 12 HORAS VIA ORAL	180 (CIENTO OCHENTA)
CARBONATO DE CALCIO (1500MG)600MG EQ. A CALCIO ELEMENTAL 600MG TABLETA RECUBIERTA		TABLETA RECUBIERTA	1 TAB CADA DIA VIA ORAL	60 (SESENTA)

Rayos X - Imagenología

COLONOSCOPIA TOTAL § - CON BIOPSIA Y SEDAION. POR SANGRE OCULTA POSITIVO DE JULIO 2024

REMISIONES:

Especialidad: GASTROENTEROLOGÍA
Diagnóstico: HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA

INDICACIONES:
Es importante tener buenos habitos de vida: ejercicio frecuente, dieta baja en grasas, azucar y sal, dieta rica en frutas y verduras, no fumar, no tomar licor
Procure combatir el estrés realizando actividades recreativas, ejercicios de respiración.
Recuerde presentar siempre la última fórmula de medicamentos.
Consulte inmediatamente si presenta: dolor de cabeza intenso que no cede al consumo de analgésico, visión borrosa, visión doble o ceguera transitoria, sangrado por la nariz, piernes o cara hinchada, mareo constante que le impida realizar las actividades de su vida diana, dolor fuerte en el pecho, opresivo o con dificultad para respirar,
No falte a sus citas de control, asista a las especialistas a donde sea remitido y realice los exámenes que el medico le solicite.

Salud Pereira

ESE SALUD PEREIRA

Nit: 816.005.003-5

HIPERTENSIÓN-DIABÉTICO Y RCV

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: GRACIELA VASQUEZ VASQUEZ

Tipo Documento:	Cédula	Documento:	24.927.418	H.C.	24927418
Fecha nacimiento:	Ene.18/1944	Edad:	80 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CRA 1 2 A 146 SAN FRANCISCO	Teléfono:	3116390261	Ciudad:	DOSQUEBRADAS
Entidad:	COMPENSAR EPS			Etnia:	Otros
Atención:	36	Fecha:	Jul.26/2024	Hora:	10:43
Causa externa:	Otra	Finalidad:	No Aplica		

Si usted presenta obesidad o sobrepeso se recomienda bajar de peso.
Se recomienda automonitoreo de la presión arterial en casa.
Evite bebidas oscuras como café, lo, chocolate, colas.
Evite bebidas que contengan gas.
No consume licor.
Evite consumir comidas picantes, muy condimentadas, muy añadas y/o grasosas (sancocho, mondongo, chicharron, chorizo)
Evite consumir comida "chatarra" (hamburguesas, perros calientes, entre otras)
Evite el consumo de salsas (mayonesa, mostaza, tomate, entre otras)
Evite consumir alimentos cítricos y/o ácidos.
No abuse del consumo de leche o lácteos.
Sea riguroso en alimentarse siempre en el mismo horario, procure hacer seis comidas al día (desayuno, media mañana, almuerzo, algo, comida, merienda).
Solo tome los medicamentos ordenados por el médico, cumpliendo estrictamente en la forma y horario para hacerlo.
Acostarse dos horas después de consumir los alimentos.
Consulta por urgencias si presenta: fuerte dolor a nivel del estómago, vómito con sangre, deposición negra.
No fume.
USTED TIENE DERECHO A LA REALIZACIÓN DE UN TAMIZAJE VISUAL EN LAS SIGUIENTES EDADES CUMPLIDAS: 4 AÑOS, 11 AÑOS, 18 AÑOS, 40 AÑOS Y, A PARTIR DE ESA EDAD CADA 5 AÑOS.
LA DISTANCIA ADECUADA PARA VER TELEVISIÓN ES DE 1.5 A 2 METROS. LA PANTALLA DEBE ESTAR POSICIONADA A LA MISMA ALTURA DE QUIEN LA VISUALIZA.
SI FRECUENTEMENTE PRESENTA RASQUIÑA O ARDOR EN SUS OJOS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.
SI PRESENTA SALIDA DE PUS, LAGRIMEO CONSTANTE O SOBRE PRODUCCIÓN DE LAGAÑAS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.
SI UTILIZA MUCHO EL COMPUTADOR, REALICE PAUSAS ACTIVAS DE 10 A 15 MINUTOS CADA DOS HORAS Y CONTINUE DESPUES.
USTED DEBE VER IGUAL POR AMBOS OJOS, EVALÚELOS POR SEPARADO, SI ENCUENTRA QUE VE DIFERENTE POR ALGUNO DE LOS DOS, SOLICITE CITA MÉDICA PARA EVALUACIÓN.
NO SE APLIQUE GOTAS EN SUS OJOS QUE NO HAYAN SIDO ORDENADAS POR SU MÉDICO O ESPECIALISTA.

MARIA ANTONIA URIBE MEDINA
CC 1.088.350.784 Registro: 1088350784
MEDICINA GENERAL

Registro:

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Vasquez Vasquez Nombre: Graciela

Sexo: F Edad: 80 Peso, kg: 50.7 Altura, cm: 160 Fecha: 12/06/21

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 — 2

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 — 0

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

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) — 8

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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 — 1.0

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación (máx. 16 puntos) — 12
Cribaje — 8
Evaluación global (máx. 30 puntos) — 20

Evaluación del estado nutricional

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

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 Graciela Vasquez. **FECHA** _____

PESO 50.7 **TALLA:** 160 **IMC:** 19.8

Peso insuficiente
PP: 30.5
PB: 25

FIRMA USUARIO: Graciela Vasquez

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 Graciela Vasquez.	Documento de identidad 24927418.
Grupo Centro Vida Oriente	Examinado por Viviana Quintero

ORIENTACIÓN

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

1 5

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

2 5

FIJACIÓN

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

3 3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

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

0 5

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

1 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

1 1

- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

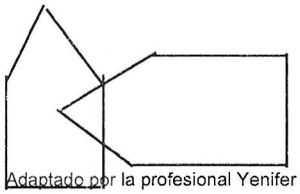
1 1

- Escriba una frase

1 1

- Copie este dibujo

1 1



30-27 sin deterioro
26-25 deterioro cognitivo leve
24-10 demencia leve 15
9-0 demencia

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

FECHA:

Nombre completo: Graciela Vasquez.	Documento de identidad: 24927418.
Grupo: Centro Vida Chante	Examinado por: Yesmara Quintero

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**.	
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.	5.
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: 26 / MES: Septiembre AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Graciela Vasquez Vasquez C.C: 24927418/

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 18 indica buena función familiar, mostrando que el usuario percibe su entorno familiar satisfactorio en aspectos: como: afecto, crecimiento y resolución. En cuanto a los aspectos: adaptación y participación, es importante fomentar espacios de diálogo donde todas las partes puedan expresar sus opiniones sin juicio y teniendo en cuenta las emociones del otro, e involucrarse en actividades conjuntas, reforzando la interacción y conexión.

Gloria Inés Arias 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

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

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 12-preguntas, Administrada-proxy

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

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

H4[a]	Yo soy _____(seleccione) de esa persona Graciela Vasquez Vasquez 80 años	1 =	Esposo o esposa	5 =	Otro relacionado
		2 =	Padres	6 =	Amigo
		3 =	Hijo o Hija	7 =	Cuidador profesional
		4 =	Hermano o hermana	8 =	Otro (especifique)

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

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

Por favor continúe con la página siguiente

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

11-06-2024

Powered by CamScanner