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: Gustavo De Jesus Isaza

GRUPO: Amarillo JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3217027825

| # | 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 | - | | |
| | **VALORACION -- AREA ATENCION PRIMARIA EN SALUD – A.P.S** | | | |
| 17 | Consentimiento informado | X | | |

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

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

## FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

**DIA:** 11 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias, Trabajo Social 1125092595

**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 107

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

**NOMBRE DEL ADULTO MAYOR** Gustavo de Jesus Isaza Restrepo.

**LUGAR DE NACIMIENTO:** Venecia Antioquia **FECHA: DIA** 25 **MES** 11 **AÑO** 1950

**DIRECCIÓN:** MZ 4 casa 23 Simon Bolivar

**TELEFONO:** 3217027825 - 312 2243

**EDAD:** 73 **CATEGORIA SISBEN:** B7 **DESPLAZADO** NO. **EPS** Nueva EPS.

**RH** A+

| NOMBRE DE UN FAMILIAR |
| --- |
| Diana Salazar. |
| DIRECCIÓN Barrio Simón Bolivar. M 4 C 23<br>TELEFONO 312 2754458 |

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario: Diomara Quintero.



C.T.A. MULTISER

Alcaldía de PEREIRA

# APROBACION DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

## EL COMITÉ DE ADMISIONES

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

## RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

| | |
|---|---|
| Nombres: Gustavo de Jesus | Apellidos: Isaza Restrepo |
| Documento de identidad: 3.410.940 | Expedida: Venecia Antioquia 27/9/1973 |

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

| Requisitos Fundamentales | | | | Factores de riesgo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SISBEN: | A | B | C | 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 | X |

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 Gonzalez

**Nombre Gerontólogo(a)**

Xiomara Quintero

**Nombre Psicólogo(a)**

**Firma**

Xiomara Quintero

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

ENCUESTA No. ____/

## DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA: DÍA 22/ MES Mayo/ AÑO 2024/

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Gustavo Isaza PARENTESCO —/

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Gustavo de Jesus Isaza R. C.C 3470440/

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 25/ M 11/ A 1950/ Venecia Ant/ EDAD 73/ SEXO M/

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA M2A Casa 23/ BARRIO Simón Bolivar/

EPS Nueva EPS./ PUNTAJE SISBEN B1/ TIPO SANGRE A+/

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

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

COMUNA Oriente TELÉFONO FIJO —/ CELULAR 3122433491/

OCUPACIÓN: ACTUAL Ninguna/ ANTERIOR Ninguna/

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

CUÁL: —/ NINGUNO: —/

PERSONA DE CONTACTO Dicna Salazar/

DIRECCIÓN Barrio Simón Bolivar M2A CS 23. TELÉFONO 3122159458 PARENTESCO Nuera/

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL —/ OTRAS CUALES: —/

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

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

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD: MUY BUENA X/ BUENA —/ 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 | — | — | — | — |
| 2 | — | — | — | — |
| 3 | — | — | — | — |
| 4 | — | — | — | — |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

| | DIARIO | SEMANAL | MENSUAL | ESPORÁDICAMENTE |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIARES | | X | | |
| PARIENTES | | X | | |
| VECINOS | X | | | |
| AMIGOS | X | | | |

## 3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI ___ /

CUÁL? ___ /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI ___ /

CUAL? ___ /

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

CUAL? ___ /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACIÓN ___ / CULTURA ___ / ARTES ___ / MANUALIDADES ___ /

OTRAS: ___ / CUÁLES: ___ /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Natación, Rapete. /

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 X / CÓNYUGE ___ / HIJOS ___ /

FAMILIARES ___ / SUBSIDIO DEL ESTADO ___ / AMIGOS ___ / VECINOS ___ /

OTROS CUÁLES? ___ /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. ___

- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... 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 —/ NO X/ TRANSPORTE: SI —/ NO X/ RECREACIÓN: SI —/ NO X/

## 5. VIVIENDA = 20%

**5.1. CALIDAD DE TENENCIA**

PROPIA X/ FAMILIAR —/ 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 X/

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:** 1225092595

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

**IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

PRIMER NOMBRE: Gustavo

SEGUNDO NOMBRE: De Jesus

PRIMER APELLIDO: Isaza

SEGUNDO APELLIDO: Restrepo.

**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: 25/11/1950

No. Documento 3.410.140.

**RANGO DE EDAD:**

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

AÑOS CUMPLIDOS: 73

**SEXO:**

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

**DATOS SISBEN:**

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B7

**ESTADO CIVIL:**

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

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

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: Nueva EPS.

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

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

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 —
2 —
2 [X] NO

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

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

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Adulto Mayor.
2

**DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE**

Hacer de comer.

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)**

**SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:**

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira.

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

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: MZ 9 CASA 13 BARRIO: Simón Bolívar

**DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)**

TELÉFONO FIJO: 3177243 TELÉFONO MÓVIL: 3217527875 EMAIL:

**DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE: Dilcia Iglesias PARENTESCO: Nuera.

TELÉFONO DE CONTACTO: 3122154158

**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**

estar acompañado por otros ciclistas

**DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA**

Ninguna.

**INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA**

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Yicenara Quintero

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 22 | 05 | 2019 |

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

**OBSERVACIONES:**

| C.T.A. MULTISER | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>C.T.A. MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR | Atención PERSONAL |
|---|---|---|
| Versión: 0 | | Vigencia: 05-2017 |

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Centro Vida Oriente.

NOMBRES: Gustavo de Jesus

APELLIDOS: Isaza Restrepo.

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 25 MES: 11 Noviembre AÑO: 1950

EDAD: 73 SEXO M CÉDULA DE CIUDADANIA: 3410990 TIPO SANGRE: A+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Mz 9 Casa 23 Simón Bolivar BARRIO: Simón Bolivar

COMUNA: Oriente VEREDA: __

TELEFONO FIJO: 3122243 CELULAR: 3217027825 PLAN FUNERARIO: NO

S.G.S.S.S: C: __ S: __ V: __ O: __ E.P.S: Nueva eps PUNTAJE SISBEN B7

ENFERMEDADES: H.T.A: __ DIABETES: __ OSTEOPOROSIS: __ ARTRITIS: __ EPOC: __ OTRA: __

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: losartan, Alodipino

ALERGIA A MEDICAMENTOS: __

DISCAPACIDADES: FÍSICA: __ MENTAL: __ SENSORIAL: __ MULTIPLE: Cual __

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

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: __ DIETA PRESCRITA: __ PERTENENCIA GRUPOS: __

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

INGRESOS ECONOMICOS: RENTA PROPIA: __ APOYO FLIA: __ PENSION: __ PROGRAMA ESTADO: __ NINGUNO: __

CONVIVENCIA: PAREJA: __ FAMILIA: __ SOLO: X OTRO: __

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Digna Salazar

PARENTESCO: Nuera. TEL FIJO: __ TEL CELULAR: 3122754958

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

DIRECCION: Cra 13 # 20-04 Pereira TELEFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRONICO: gloriac612008@hotmail.com

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

| C.T.A.MLTISER | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>C.T.A. MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>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 IMultiser 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 del año 2024.

Firma: Gustavo Isaza R

Nombre: Gustavo de Jesus Isaza

Identificación: 3410940



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

3.410.940
NUMERO

ISAZA RESTREPO
APELLIDOS

GUSTAVO DE JESUS
NOMBRES

Gustavo Isaza R
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1950
VENECIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-SEP-1973 HISPANIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

R-0101900-18119282-M-0003410940-20040416 0011804107H 01 150473842

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 24/05/2024

**Ficha:** 660011831077200020295

B7

**Pobreza moderada**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** GUSTAVO DE JESUS

**Apellidos:** ISAZA RESTREPO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 3410940

**Municipio:** Pereira

**Departamento:** Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 13/04/2023

**Última actualización ciudadano:** 13/04/2023

**Última actualización via registros administrativos:** 25/11/2023

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

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 | 3410940 |
| NOMBRES | GUSTAVO DE JESUS |
| APELLIDOS | ISAZA RESTREPO |
| 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 | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/06/2023 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 05/24/2024 15:29:46 | **Estación de origen:** | 2801:12:c800:2070::1 |

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | | **Finalidad:** No Aplica | | |

**Motivo consulta:** "TENGO DOLOR EN LOS HOMBROS Y LOS CODOS"

TEL: 312 224 3341

**Enfermedad actual:** PACIENTE MASCULINO DE 73 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HTA CRONICA EN MANEJO MEDICO NO SE EVIDENCIA SEGUIMIENTO EN CONTROLES, NIEGA ALERGIAS, VACUNACION COVID 19 COMPLETA. CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN HOMBROS BILATERAL CON DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD POR PRESENCIA DE CHASQUIDO AL MOVIMIENTO, ASOCIADO EN OCASIONES PRESENTA EDEMA EN CODOS QUE GENERA DOLOR, REFIERE ADEMAS TOS DESDE HACE 1 SEMANA EN OCASIONES CON ESPECTORACION BLANQUECINA, NIEGA TRAUMAS, NIEGA DISNEA, NIEGA FIEBRE, NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA AL CUADRO.

**Revisión por sistemas:**

***ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):***

**Antecedentes Patológicos**

| | |
|---|---|
| Hipertensión arterial | HTA 2022 02-06-2023 09:36<br>SI 12-03-2024 07:27<br>SI 22-03-2024 12:40 |
| Cáncer | GASTRITIS CRONICA Y HELICOBACTERIOIS 02-06-2023 09:36 |
| Otros | APNEA DEL SUEÑO EN TTO CON CPAP HACE 4 MESES 15-12-2019 12:45<br>GASTRITIS 22-03-2024 12:40<br>NO REFIERE MAS PATOLOGIAS 12-03-2024 07:27 |

**Antecedentes Quirúrgicos**

| | |
|---|---|
| Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido) | NIEGA 15-12-2019 12:45 |

**Antecedentes Traumáticos**

| | |
|---|---|
| Fracturas | NIEGA 15-12-2019 12:45 |

**Antecedentes Alérgicos**

| | |
|---|---|
| [illegible]imentos | NIEGA 15-12-2019 12:45 |
| [illegible]tos | NIEGA 15-12-2019 12:45 |
| | NIEGA 02-06-2023 09:35 |
| | NIEGA 22-03-2024 12:41 |
| | NO REFIERE 12-03-2024 07:29 |

**Antecedentes familiares**

| | |
|---|---|
| Hipertensión arterial | MADRE 12-03-2024 07:28<br>MADRE 22-03-2024 12:41<br>MADRE , ABUELOS 06-11-2018 15:21 |
| Diabetes mellitus | HERMANA 06-11-2018 15:21<br>HERMANA 12-03-2024 07:28<br>HERMANA 22-03-2024 12:41 |
| Cáncer | C.A DE COLON, HERMANA 12-03-2024 07:28<br>CA DE COLON HERMANA 22-03-2024 12:41 |
| Otros | NIEGA 02-06-2023 09:36 |



**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | | **Finalidad:** No Aplica | | |

**Examen Estomatológico**

| | |
|---|---|
| Encías | INFLAMACION 12-03-0024 00:00<br>INFLAMACION 22-03-0024 00:00 |

**Historia Personal y Social**

| | |
|---|---|
| Número de personas con quien vive | 1 12-03-2024 07:29<br>1 PERSONA 22-03-2024 12:41 |
| Tabaco (inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo) | niega 15-11-2019 11:51 |
| Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras)) | SIMON BOLIVAR LA REPRESA MZ 4 CS 23 02-06-2023 09:37<br>URBANA 22-03-2024 12:41<br>URBANO 12-03-2024 07:29 |
| Convivencia con animales (mascotas) | NO 22-03-2024 12:41 |
| Sabe leer | SI 02-06-2023 09:37 |
| Sabe escribir | SI 02-06-2023 09:37 |
| Oficio (ama de casa, estudia, trabaja) | CONDUCTOR TODA SU VIDA 02-06-2023 09:37<br>INDEPENDIENTE 12-03-2024 07:29 |

**EXAMEN FISICO**

| | |
|---|---|
| Cabeza | Normal 06-11-2018 15:31<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:02<br>Normal 10-07-2023 09:35<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:11<br>Normal 20-02-2024 15:04<br>Normal 01-05-2024 09:23 |
| Ojos | Normal Dermatitis En Parpados 20-02-0024 00:00 |
| Oídos | Normal Otoscopia Cerumen Bilateral 09-06-0023 00:00<br>Normal 10-07-2023 09:31 |
| Nariz y senos paranasales | Anormal Cornetes Aumentados De Volumen , Obst Nsal Marcada 18-11-0018 00:00<br>Anormal Obst Nsal Marcada Bilateral Cornetes Aumentados De Volumen 06-11-0018 00:00 |
| Boca | Normal 06-11-2018 15:32<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:04<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Garganta | Normal 06-11-2018 15:32<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:00 |



**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | | **Finalidad:** No Aplica | | |

| | |
|---|---|
| | Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Cuello | Normal 06-11-2018 15:32<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Mamas y axilas | Normal 06-11-2018 15:32<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Tórax | Normal Rs Cs Rítmicos Regulares Rs Rs Buena Ventilacion 09-06-0023 00:00<br>Normal Rs Cs Rítmicos Regulares Rs Rs Buena Ventilacion 02-06-0023 00:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Pulmones | Normal Aparente Buena Ventilacion Pulmonar Bilateral 06-11-0018 00:00<br>Normal Murmullo Vesicular Limpio, Sin Ruidos Sobreagregados. 01-05-0024 00:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05 |
| Corazón | Normal Ruidos Cardiacos Rítmicos, De Buena Intensidad, Sin Soplos O Galope. 01-05-0024 00:00<br>Normal 06-11-2018 15:33<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05 |



**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | | **Finalidad:** No Aplica | | |

| | |
|---|---|
| Abdomen | Anormal Abdomen Blando, Depresible, No Distendido, Con Dolor Leve A La Palpacion En Epigastrio, Sin Signos De Irritacion Peritoneal, Sin Masas Ni Megalias 01-08-0023 00:00<br>Normal Blando Depresible No Masas No Megalias Peristalsis (+) 09-06-0023 00:00<br>Normal Blando, Depresible, Sin Evidencia De Dolor A La Palpación, Peristalismo Presente Sin Alteraciones, No Masas U Organomegalias, Sin Signos De Irritación Peritoneal, 01-05-0024 00:00<br>Normal 06-11-2018 15:33<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 20-02-2024 15:05 |
| Genitourinario | Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Tacto vaginal | No Evaluado 10-07-2023 09:31<br>No Evaluado 17-07-2023 08:15<br>No Evaluado 01-08-2023 08:07<br>No Evaluado 20-02-2024 15:05<br>No Evaluado 01-05-2024 09:10 |
| Tacto rectal | No Evaluado 10-07-2023 09:31<br>No Evaluado 17-07-2023 08:15<br>No Evaluado 01-08-2023 08:07<br>No Evaluado 20-02-2024 15:05<br>No Evaluado 01-05-2024 09:10 |
| Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia) | Normal No Deficit Motor Ni Sensitivo Orientado En 3 Esferas 02-06-0023 00:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Sistema Vascular periférico | Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Piel y faneras | Normal Lesiones Descamativas En Region Intercilar Y Surco Nasogeniano 02-06-0023 00:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07 |

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy

**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | | | **Finalidad:** | No Aplica |

| | | |
|---|---|---|
| Sistema Osteomuscular | Normal | 01-05-2024 09:10 |
| | Normal | 10-07-2023 09:31 |
| | Normal | 17-07-2023 08:15 |
| | Normal | 01-08-2023 08:07 |
| | Normal | 20-02-2024 15:05 |
| | Normal | 01-05-2024 09:10 |
| Otros | Normal | 10-07-2023 09:31 |
| | Normal | 17-07-2023 08:15 |
| | Normal | 01-08-2023 08:07 |
| | Normal | 01-05-2024 09:10 |
| Especuloscopia | No Evaluado | 10-07-2023 09:31 |
| | No Evaluado | 17-07-2023 08:15 |
| | No Evaluado | 01-08-2023 08:07 |
| | No Evaluado | 20-02-2024 15:05 |
| | No Evaluado | 01-05-2024 09:10 |
| Extremidades | Anormal | Unicamiocels En Pes 20-02-2024 00:00 |
| | Normal | 06-11-2018 15:33 |
| | Normal | 18-11-2019 11:57 |
| | Normal | 02-08-2023 08:40 |
| | Normal | 09-08-2023 11:01 |
| | Normal | 10-07-2023 09:31 |
| | Normal | 17-07-2023 08:15 |
| | Normal | 01-08-2023 08:07 |
| | Normal | 01-05-2024 09:10 |

**Total:** 0

**Clasificación:**

**Tipo de población**

| | | |
|---|---|---|
| Paciente LGBTI | No | 02-05-2023 09:36 |
| | No | 09-08-2023 10:57 |
| | No | 10-07-2023 09:30 |
| | No | 17-07-2023 08:14 |
| | No | 01-08-2023 08:11 |
| | No | 20-02-2024 15:00 |
| | No | 01-05-2024 09:20 |

**Total:** 0

**Clasificación:**

**TECNOLOGÍAS BLANDAS**
**NO CORRESPONDE**



**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy

**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | | | **Finalidad:** | No Aplica |

**Histórico para seguimiento**

| Fecha | Hora | Total | Título | Clasificación | Profesional |
|---|---|---|---|---|---|

**EXAMEN FÍSICO:**

**Inspeccion General**

**Estado general:** INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO, BUEN ASPECTO GENERAL, ADECUADO HIGIENE PERSONAL, ADECUADO PATRÓN RESPIRATORIO, SIN ALTERACIONES EVIDENTES.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Peso:** | 72 K | **Talla:** | 165 cms | **Índice Masa Corporal:** | 26.5 Sobrepes |
| **Presión Arterial Sentada:** | 120/80 | **Parada:** | / | **Acostada:** | / |
| **Temperatura:** | 36.5° °C Axilar | | | **Frecuencia Respiratoria:** | 18 / min |
| **Frecuencia Cardiaca:** | 73 / min | **Pulso:** | / min Rítmico | **Escala Glasgow:** | |
| **Concentración de Oxígeno en el Aire Inspirado:** | % | | | **Saturación de Oxígeno:** | 94 % |
| **Glucometer:** | mg/dl | | | **Perimetro Abdominal:** | |

**EXAMEN FISICO**

| | | |
|---|---|---|
| Cabeza | Normal | |
| Ojos | Normal | |
| Fondo de Ojo | Normal | |
| Oidos | Normal | |
| Nariz y senos paranasales | Normal | |
| Boca | Normal | |
| Garganta | Normal | |
| Cuello | Normal | |
| Mamas y axilas | Normal | |
| Tórax | Normal | |
| Pulmones | Normal | MURMULLO VESICULAR LIMPIO, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. |
| Corazón | Normal | RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOPLOS O GALOPE. |



**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy

**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | | | **Finalidad:** | No Aplica |

| | | |
|---|---|---|
| Abdomen | Normal | BLANDO, DEPRESIBLE, SIN EVIDENCIA DE DOLOR A LA PALPACIÓN, PERISTALTISMO PRESENTE SIN ALTERACIONES, NO MASAS U ORGANOMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. |
| Genitourinario | Normal | |
| Especuloscopia | No Evaluado | |
| Tacto vaginal | No Evaluado | |
| Tacto rectal | No Evaluado | |
| Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia) | Normal | |
| Sistema Vascular periférico | Normal | |
| Sistema Osteomuscular | Normal | |
| Extremidades | Normal | |
| Piel y faneras | Normal | |
| Otros | Normal | |

**ANALISIS:**

PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO Y ANTECEDENTES DESCRITOS EN EA, EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, NO SIGNOS DE SIRS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN O COMPROMISO NEUROLÓGICO. SEGÚN CUADRO CLÍNICO DE PACIENTE EN CONTEXTO DE POSIBLE SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL DADO A DOLOR Y CHASQUIDO AL MOVIMIENTO DE HOMBROS SE SOLICITA ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO BILATERAL, SE SOLICITA ACIDO URICO DADO A EDEMA EN CODOS Y DOLOR, SE INDICA RELAANTE MUSCULAR Y ANALGESICO, SE INDICA *ANTITUSIVO POR PRESENCIA* DE TOS, SE INDICA ASISITIR CONR ESULTADOS Y SE DERIV A ACONTROL DE RCV, 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, HIGIENE DE HÁBITO DEL SUEÑO Y POSTURAL, FOTOPROTECCIÓN, CUIDADOS PARA LA SALUD VISUAL Y AUDITIVA , *RIESGO DEL CONSUMO DE SPA , EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO.*



**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy

**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | | | **Finalidad:** | No Aplica |

**DIAGNOSTICOS:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Diagnostico Principal** | M751 | SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO | **TIPO DIAGNOSTICO** Impresión diagnóstic |
| **Relacionado 1** | R05X | TOS | Impresión diagnóstic |

**Rayos X - Imagenologia**

ULTRASONOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO + - SE INDICA ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO BILATERAL

**Orden de laboratorio**

ACIDO URICO -

**Medicamentos**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ACETAMINOFEN 600MG TABLETA 500mg | TABLETA | 1 TAB CADA 6 HORAS SI DOLOR VIA ORAL | 20 | (VEINTE ) |
| METOCARBAMOL 750MG TABLETA750MG | TABLETA | 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS VIA ORAL | 15 | (QUINCE ) |
| DIFENHIDRAMINA CLORHIDRATO 0,25G/ML (EQ. A 12,5MG/5ML) 0,25G/ML JARABE | JARABE | TOMAR 5 CC CADA NOCHE POR 5 DIAS VIA ORAL | 1 | (UN ) |

**Otras Fórmulas**

**Incapacidad?** No **Prorroga?** No

**INDICACIONES:**

MELISSA GONZALEZ M.

**MELISSA GONZALEZ MONTOYA**
**CC 1.088.348.024 Registro: 1088348024**
**MEDICINA GENERAL**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | **Finalidad:** | No Aplica | | |

**Motivo consulta:** "TENGO DOLOR EN LOS HOMBROS Y LOS CODOS"

TEL: 312 224 3341

**Enfermedad actual:** PACIENTE MASCULINO DE 73 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HTA CRONICA EN MANEJO MEDICO NO SE EVIDENCIA SEGUIMIENTO EN CONTROLES, NIEGA ALERGIAS, VACUNACION COVID 19 COMPLETA. CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN HOMBROS BILATERAL CON DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD FOR PRESENCIA DE CHASQUIDO AL MOVIMIENTO, ASOCIADO EN OCASIONES PRESENTA EDEMA EN CODOS QUE GENERA DOLOR, REFIERE ADEMAS TOS DESDE HACE 1 SEMANA EN OCASIONES CON ESPECTORACION BLANQUECINA, NIEGA TRAUMAS, NIEGA DISNEA, NIEGA FIEBRE, NIEGA ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA AL CUADRO.

**Revisión por sistemas:**

**ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):**

**Antecedentes Patológicos**

| | |
|---|---|
| Hipertensión arterial | HTA 2022 02-06-2023 09:36<br>SI 12-03-2024 07:27<br>SI 22-03-2024 12:40 |
| Cáncer | |
| Otros | GASTRITIS CRONICA Y HELICOBACTERIOS 02-06-2023 09:36<br>APNEA DEL SUEÑO EN TTO CON CPAP HACE 4 MESES 15-12-2019 12:45<br>GASTRITIS 22-03-2024 12:40<br>NO REFIERE MAS PATOLOGIAS 12-03-2024 07:27 |

**Antecedentes Quirúrgicos**

| | |
|---|---|
| Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido) | NIEGA 15-12-2019 12:45 |

**Antecedentes Traumáticos**

| | |
|---|---|
| [illegible]turas | NIEGA 15-12-2019 12:45 |

**[illegible]edentes Alérgicos**

| | |
|---|---|
| [illegible] a alimentos | NIEGA 15-12-2019 12:45 |
| [illegible]amentos | NIEGA 15-12-2019 12:45<br>NIEGA 02-06-2023 09:35<br>NIEGA 22-03-2024 12:41<br>NO REFIERE 12-03-2024 07:29 |

**Antecedentes familiares**

| | |
|---|---|
| Hipertensión arterial | MADRE 12-03-2024 07:28<br>MADRE 22-03-2024 12:41<br>MADRE , ABUELOS 06-11-2018 15:21 |
| Diabetes mellitus | HERMANA 06-11-2018 15:21<br>HERMANA 12-03-2024 07:28<br>HERMANA 22-03-2024 12:41 |
| Cáncer | C.A DE COLON, HERMANA 12-03-2024 07:28<br>CA DE COLON HERMANA 22-03-2024 12:41 |
| Otros | NIEGA 02-06-2023 09:36 |



**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | **Finalidad:** | No Aplica | | |

**Examen Estomatológico**

| | |
|---|---|
| Encías | INFLAMACION 12-03-0024 00:00<br>INFLAMACION 22-03-0024 00:00 |

**Historia Personal y Social**

| | |
|---|---|
| Número de personas con quien vive | 1 12-03-2024 07:28<br>1 PERSONA 22-03-2024 12:41 |
| Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo) | niega 18-11-2019 11:51 |
| Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras)) | SIMON BOLIVAR LA REPRESA MZ 4 CS 23 02-06-2023 09:37<br>URBANA 22-03-2024 12:41<br>URBANO 12-03-2024 07:28 |
| Convivencia con animales (mascotas) | NO 22-03-2024 12:41 |
| Sabe leer | SI 02-06-2023 09:37 |
| Sabe escribir | SI 02-06-2023 09:37 |
| Oficio (ama de casa, estudia, trabaja) | CONDUCTOR TODA SU VIDA 02-06-2023 09:37<br>INDEPENDIENTE 12-03-2024 07:29 |

**EXAMEN FISICO**

| | |
|---|---|
| Cabeza | Normal 06-11-2018 15:31<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:02<br>Normal 10-07-2023 09:36<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:11<br>Normal 20-02-2024 15:04<br>Normal 01-05-2024 09:23 |
| Ojos | Normal Dermatitis En Parpados 20-02-0024 00:00 |
| Oídos | Normal Otoscopia Conuman Bilateral 09-06-0023 00:00<br>Normal 10-07-2023 09:31 |
| Nariz y senos paranasales | Anormal Cornetes Aumentados De Volumen , Obst Nsal Mercada 18-11-0019 00:00<br>Anormal Obst Nsal Mercada Bilateral Cornetes Aumentados De Volumen 06-11-0018 00:00 |
| Boca | Normal 06-11-2018 15:32<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:04<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Garganta | Normal 06-11-2018 15:32<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:00 |



**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | **Finalidad:** | No Aplica | | |

| | |
|---|---|
| Cuello | Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10<br>Normal 06-11-2018 15:32<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Mamas y axilas | Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Tórax | Normal Rs Cs Ritmicos Regulares Rs Rs Buena Ventilacion 09-06-0023 00:00<br>Normal Rs Cs Ritmicos Regulares Rs Rs Buena Ventilacion 02-06-0023 00:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Pulmones | Normal Aparente Buena Ventilacion Pulmoner Bilateral 06-11-0018 00:00<br>Normal Murmullo Vesicular Limpio, Sin Ruidos Sobreagregados. 01-05-0024 00:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05 |
| Corazón | Normal Ruidos Cardiacos Rítmicos, De Buena Intensidad, Sin Soplos O Galope. 01-05-0024 00:00<br>Normal 06-11-2018 15:33<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 09-06-2023 11:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05 |



**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | **Finalidad:** | No Aplica | | |

| | |
|---|---|
| Abdomen | Anormal Abdomen Blando, Depresible, No Distendido, Con Dolor Leve A La Palpacion En Epigastrio, Sin Signos De Irritacion Peritoneal, Sin Masas Ni Megalias 01-08-0023 00:00<br>Normal Blando Depresible No Masas No Megalias Peristalsis (+) 09-06-0023 00:00<br>Normal Blando, Depresible, Sin Evidencia De Dolor A La Palpación, Peristaltismo Presente Sin Alteraciones, No Masas U Organomegalias, Sin Signos De Irritación Peritoneal, 01-05-0024 00:00<br>Normal 06-11-2018 15:33<br>Normal 18-11-2019 11:57<br>Normal 02-06-2023 09:40<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Genitourinario | |
| Tacto vaginal | No Evaluado 10-07-2023 09:31<br>No Evaluado 17-07-2023 08:15<br>No Evaluado 01-08-2023 08:07<br>No Evaluado 20-02-2024 15:05<br>No Evaluado 01-05-2024 09:10 |
| Tacto rectal | No Evaluado 10-07-2023 09:31<br>No Evaluado 17-07-2023 08:15<br>No Evaluado 01-08-2023 08:07<br>No Evaluado 20-02-2024 15:05<br>No Evaluado 01-05-2024 09:10 |
| Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia) | Normal No Deficit Motor Ni Sensitivo Orientado En 3 Esferas 02-06-0023 00:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07<br>Normal 20-02-2024 15:05<br>Normal 01-05-2024 09:10 |
| Sistema Vascular periférico | |
| Piel y faneras | Normal Lesiones Descamativas En Region Intercilar Y Surco Nasogeniano 02-06-0023 00:00<br>Normal 10-07-2023 09:31<br>Normal 17-07-2023 08:15<br>Normal 01-08-2023 08:07 |

**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | **Finalidad:** | No Aplica | | |

| | | |
|---|---|---|
| Sistema Osteomuscular | Normal | 01-05-2024 09:10 |
| | Normal | 10-07-2023 09:31 |
| | Normal | 17-07-2023 08:15 |
| | Normal | 01-08-2023 08:07 |
| | Normal | 20-02-2024 15:05 |
| | Normal | 01-05-2024 09:10 |
| Otros | Normal | 10-07-2023 09:31 |
| | Normal | 17-07-2023 08:15 |
| | Normal | 01-08-2023 08:07 |
| | Normal | 01-05-2024 09:10 |
| Especuloscopia | No Evaluado | 10-07-2023 09:31 |
| | No Evaluado | 17-07-2023 08:15 |
| | No Evaluado | 01-08-2023 08:07 |
| | No Evaluado | 20-02-2024 15:05 |
| | No Evaluado | 01-05-2024 09:10 |
| Extremidades | Anormal | Unicomicosis En Pies 20-02-2024 00:00 |
| | Normal | 06-11-2018 15:33 |
| | Normal | 18-11-2019 11:57 |
| | Normal | 02-08-2023 09:40 |
| | Normal | 09-06-2023 11:01 |
| | Normal | 10-07-2023 09:31 |
| | Normal | 17-07-2023 08:15 |
| | Normal | 01-08-2023 08:07 |
| | Normal | 01-05-2024 09:10 |

**Total:** 0
**Clasificación:**
**Tipo de población**

| | | |
|---|---|---|
| Paciente LGBTI | No | 02-06-2023 09:36 |
| | No | 09-06-2023 10:57 |
| | No | 10-07-2023 09:30 |
| | No | 17-07-2023 08:14 |
| | No | 01-08-2023 08:11 |
| | No | 20-02-2024 15:00 |
| | No | 01-05-2024 09:20 |

**Total:** 0
**Clasificación:**

**TECNOLOGÍAS BLANDAS**
**NO CORRESPONDE**




**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**



**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | **Finalidad:** | No Aplica | | |


**Histórico para seguimiento**

| Fecha | Hora | Total | Título | Clasificación | Profesional |
|---|---|---|---|---|---|

**EXAMEN FÍSICO:**
**Inspeccion General**

**Estado general:** INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO, BUEN ASPECTO GENERAL, ADECUADO HIGIENE PERSONAL, ADECUADO PATRÓN RESPIRATORIO, SIN ALTERACIONES EVIDENTES.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Peso:** | 72 K | **Talla:** | 165 cms | **Índice Masa Corporal:** | 26.5 Sobrepes |
| **Presión Arterial Sentada:** | 120/80 | **Parada:** | / | **Acostada:** | / |
| ***Temperatura:*** | 36.5° °C Axilar | | | **Frecuencia Respiratoria:** | 18 / min |
| **Frecuencia Cardiaca:** | 73 / min | **Pulso:** | / min Rítmico | **Escala Glasgow:** | |
| **Concentración de Oxígeno en el Aire Inspirado:** | | % | | **Saturación de Oxigeno:** | 94 % |
| **Glucometer:** | mg/dl | | | **Perimetro Abdominal:** | |

**EXAMEN FISICO**

| | | |
|---|---|---|
| Cabeza | Normal | |
| Ojos | Normal | |
| Fondo de Ojo | Normal | |
| Oidos | Normal | |
| Nariz y senos paranasales | Normal | |
| Boca | Normal | |
| Garganta | Normal | |
| Cuello | Normal | |
| Mamas y axilas | Normal | |
| Tórax | Normal | |
| Pulmones | Normal | MURMULLO VESICULAR LIMPIO, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. |
| Cerazón | Normal | RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOPLOS O GALOPE. |




**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**



**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | **Finalidad:** | No Aplica | | |


| | | |
|---|---|---|
| Abdomen | Normal | BLANDO, DEPRESIBLE, SIN EVIDENCIA DE DOLOR A LA PALPACIÓN, PERISTALTISMO PRESENTE SIN ALTERACIONES, NO MASAS U ORGANOMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, |
| Genitourinario | Normal | |
| Especuloscopia | No Evaluado | |
| Tacto vaginal | No Evaluado | |
| Tacto rectal | No Evaluado | |
| Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia) | Normal | |
| Sistema Vascular periférico | Normal | |
| Sistema Osteomuscular | Normal | |
| Extremidades | Normal | |
| Piel y faneras | Normal | |
| Otros | Normal | |

**ANALISIS:**

PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO Y ANTECEDENTES DESCRITOS EN EA, EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, NO SIGNOS DE SIRS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN O COMPROMISO NEUROLÓGICO, SEGÚN CUADRO CLÍNICO DE PACIENTE EN CONTEXTO DE POSIBLE SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL DADO A DOLOR Y CHASQUIDO AL MOVIMIENTO DE HOMBROS SE SOLICITA ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO BILATERAL, SE SOLICITA *ACIDO URICO* DADO A EDEMA EN CODOS Y DOLOR, SE INDICA RELAANTE MUSCULAR Y ANALGESICO, SE INDICA ANTITUSIVO POR PRESENCIA DE TOS, SE INDICA ASISITIR CONR ESULTADOS Y SE DERIV A ACONTROL DE RCV, 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, HIGIENE DE HÁBITO DEL SUEÑO Y POSTURAL, FOTOPROTECCIÓN, CUIDADOS PARA LA SALUD VISUAL Y AUDITIVA*, RIESGO DEL CONSUMO DE SPA , EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO.




**ESE SALUD PEREIRA**
**Nit: 816.005.003-5**
**HISTORIA CONSULTA EXTERNA**



**CENTRO DE ATENCIÓN:** 11010 Hospital de Kennedy
**NOMBRE DEL PACIENTE:** GUSTAVO DE JESUS ISAZA RESTREPO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Documento:** | CC 3.410.940 | | | **H.C.** | 3410940 |
| **Fecha nacimiento:** | Nov.25/1950 | **Edad:** | 73 Años | **Sexo:** | Masculino |
| **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | **Télefono:** | 3217027825 3122243 | **Ciudad:** | PEREIRA |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | **Etnia:** | Otros |
| **Número de Ficha:** | | | | **Nivel:** | Nivel 1 |
| **Atención:** | 23 | **Fecha:** | May.01/2024 | **Hora:** | 09:06 |
| **Causa externa:** | Enfermedad General | **Finalidad:** | No Aplica | | |


**DIAGNOSTICOS:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Diagnostico Principal** | M751 | SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO | **TIPO DIAGNOSTICO** Impresión diagnóstic |
| **Relacionado 1** | R05X | TOS | Impresión diagnóstic |

**Rayos X - Imagenologia**
ULTRASONOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO + - SE INDICA ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO BILATERAL
**Orden de laboratorio**
ACIDO URICO -
**Medicamentos**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ACETAMINOFEN 500MG TABLETA 500mg | TABLETA | 1 TAB CADA 6 HORAS SI DOLOR VIA ORAL | 20 | (VEINTE ) |
| METOCARBAMOL 750MG TABLETA750MG | TABLETA | 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS VIA ORAL | 15 | (QUINCE ) |
| DIFENHIDRAMINA CLORHIDRATO 0.25G/ML (EQ. A 12.5MG/5ML) 0.25G/ML JARABE | JARABE | TOMAR 5 CC CADA NOCHE POR 5 DIAS VIA ORAL | 1 | (UN ) |

**Otras Fórmulas**

**Incapacidad?** No **Prorroga?** No

**INDICACIONES:**

MELISSA GONZALEZ M.

**MELISSA GONZALEZ MONTOYA**
**CC 1.088.348.024 Registro: 1088348024**
**MEDICINA GENERAL**

13

Salud Pereira

# ESE SALUD PEREIRA

**Nit: 816.005.003-5**

## Hospital de Kennedy
## RAYOS X - IMAGENOLOGIA CONSULTA EXTERNA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | CC 3.410.940 | | **No. Historia Clínica:** 3410940 | **Admisión:** | | **Atención:** 23 | **Fecha:** May.01/2024 |
| **Apellidos y Nombres:** | ISAZA RESTREPO GUSTAVO DE JESUS | | | | | | **N° de Orden:** OM26 266424 |
| **Sexo:** | MASCULINO | **Edad:** 73 AÑOS | **Dirección:** | M 4 CASA 23 SIMON BOLIVAR | | | |
| **Entidad:** | NUEVA E.P.S | | | | | | **Teléfono:** 3217027825 31222433 |
| **Nivel:** | NIVEL 1 | | **Tipo afiliación:** | REGIMEN SUBSIDIADO | | **Tipo usuario:** | BENEFICIARIO |
| **Diagnóstico:** | M751 | | **Centro Costos:** | Consulta externa - Medicina General | | **Cama:** | |

| | Servicio | | Observaciones |
|---|---|---|---|
| 10 | 881610 | ULTRASONOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO + | SE INDICA ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO BILATERAL |

MELISSA GONZALEZ M.

**MELISSA GONZALEZ MONTOYA**

**MEDICINA GENERAL**

Gustavo Isaza 3410940

**Firma Usuario**

202405034101

# Informe final

**E.S.E. SALUD PEREIRA**
**DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS**
**INFORME DE RESULTADOS**

E.S.E
Salud Pereira
¡Comprometidos con la vida!

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente / Patient:** | **ISAZA RESTREPO, GUSTAVO DE JESUS** | **Fecha de ingreso/Date:** | 03/05/2024 08:18:34 am. |
| **Identificacion/Id:** | **CEDULA DE CIUDADANIA: 3410940** | **Fecha de impresión/Print Date:** | 16/05/2024 01:36:51 pm. |
| **Edad/Age:** | 73 Años **Sexo/Sex: Masculino/Male** | **Teléfono/Phone:** | NaN |
| **Medico** | | **Convenio:** | |

## QUIMICA

| ESTUDIO<br>STUDY | RESULTADO<br>RESULT | UNIDADES<br>UNITS | RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA<br>BIOLOGICAL REFERENCE RANGE |
|---|---|---|---|
| ACIDO URICO EN SUERO. | 5.600 | mg/dl | 2.600 - 6.000 |

Metodo(Method): FOTOMETRIA POR REFLACTANCIA Y REFRACTOMETRIA
Verificación Muestra: 03/05/2024 11:02:52 am. Validacion: 03/05/2024 12:46:10 pm.

s

Usuario: Angelica Maria Noreña Hoyos
Rethus: 1053777116

# Informe final

**E.S.E. SALUD PEREIRA**
**DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS**
**INFORME DE RESULTADOS**

ESE Salud Pereira

3841 22

ent: ISAZA RESTREPO, GUSTAVO DE JESUS
d: CEDULA DE CIUDADANIA: 3410940
73 Años Sexo/Sex: Masculino/Male
TATIANA ALEJANDRA RODRIGUEZ MOLINA

Fecha de ingreso/Date: 08/05/2024 06:47:41 am.
Fecha de impresión/Print Date: 16/05/2024 01:37:08 pm.
Teléfono/Phone: NaN
Convenio:

## INMUNOLOGIA

| ESTUDIO / STUDY | RESULTADO / RESULT | | UNIDADES / UNITS | RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA / BIOLOGICAL REFERENCE RANGE |
|---|---|---|---|---|
| SUPERFICIE HEPATITIS B. | 0.18 | | S/CO | 0.03 - 1.00 |
| d) INMUNOANALISIS DE PARTICULAS QUIMIOLUMINISCENTES<br>NEMICA QUIMIOLUMINISCENCIA. | 0.220 | | S/CO | 0.030 - 1.000 |
| d) INMUNOANALISIS DE PARTICULAS QUIMIOLUMINISCENTES<br>JIMIO. | 0.025 | | S/CO | 0.000 - 1.000 |
| d) INMUNOANALISIS DE PARTICULAS QUIMIOLUMINISCENTES<br>estra 08/05/2024 10:48:38 am. Validacion: 08/05/2024 12:27:54 pm. | | | | |
| ISTATICO. | 0.83 | * | ng/ml | 1.00 - 4.00 |
| d) INMUNOANALISIS DE PARTICULAS QUIMIOLUMINISCENTES<br>estra 08/05/2024 10:48:38 am. Validacion: 12/05/2024 01:00:46 pm. | | | | |

Usuario: Pavlushka Paez Diaz
Rethus: 43153419

Usuario: María Luisa Uribe
Rethus: 42096628

## MICROSCOPIA

| ESTUDIO / STUDY | RESULTADO / RESULT | | UNIDADES / UNITS | RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA / BIOLOGICAL REFERENCE RANGE |
|---|---|---|---|---|
| TA. | NEGATIVO | | | |
| d) INMUNOCROMATOGRAFIA PRUEBA RAPIDA<br>i | | | | |
| | AMARILLO | | | |
| | La calidad del resultado, depende de la calidad de la muestra recogida por el usuario de acuerdo a las indicaciones dadas por el Laboratorio | | | |
| S | CLARO | | | |
| | 1.020 | * | | 1015.000 - 1025.000 |
| | 5.5 | | | 5.0 - 9.0 |
| | - | | mg/dl | 0.00 - 50.00 |
| | - | | mg/dl | 0.00 - 15.00 |
| BILIARES | - | | mg/dl | |
| ENO | normal | | mg/dl | 2.00 - 12.00 |
| | - | | mg/dl | 10.00 - 80.00 |
| | - | | mg/dl | |



Informe final

E.S.E. SALUD PEREIRA
DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS
INFORME DE RESULTADOS

Salud Pereira

2024050840 22

Paciente / Patient: ISAZA RESTREPO, GUSTAVO DE JESUS
Identificacion/Id: CEDULA DE CIUDADANIA: 3410940
Edad/Age: 73 Años Sexo/Sex: Masculino/Male
Medico TATIANA ALEJANDRA RODRIGUEZ MOLINA

Fecha de ingreso/Date: 08/05/2024 06:47:41 am
Fecha de impresión/Print Date: 16/05/2024 01:37:08 pm
Teléfono/Phone: NaN
Convenio:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| LEUCOCITOS POR MICROLITRO | - | | C/ul | 0 - 25 |
| INDICE PROTEINA CREATININA | normal | | | |
| INDICE ALBUMINA CREATININA | normal | | | |
| CREATININA. | 100.00 | | mg/dl | 10.00 - 300.00 |
| ALBUMINA | 10.00 | | mg/L | 10.00 - 150.00 |
| CELULAS EPITELIALES | 0.40 | | U/l | 0.00 - 31.00 |
| BACTERIAS | 4.70 | | U/l | 0.00 - 1200.00 |
| MOCO | 0.13 | | U/l | 0.00 - 1.00 |
| LEUCOCITOS | 0.30 | | U/l | 0.00 - 25.00 |
| ACUMULO DE LEUCOCITOS | 0.00 | | U/l | |
| HEMATIES URO | 2.00 | | U/l | 0.00 - 23.00 |
| HEMATIES FRESCOS | 1.50 | | U/l | |
| ESPERMATOZOIDES | 0.00 | | U/l | |
| CRISTALES | 0 | | | |
| CILINDROS | 0 | | U/l | |
| MICELIOS | 0 | | U/l | |
| TRICOMONAS | 0 | | U/l | |
| LEVADURAS | 0.00 | | U/l | |
| CELULAS ALTAS | 0.30 | | U/l | |

Método(Method): CITOMETRIA DE FLUJO FLUORESCENTE
Método(Method): FOTOMETRIA POR REFLACTANCIA Y REFRACTOMETRIA
Verificación Muestra 08/05/2024 10:57:03 am. Validacion: 08/05/2024 11:38:29 am.

Usuario: Melissa Gonzalez
Rethus: 1064700036

## QUIMICA

| ESTUDIO / STUDY | RESULTADO / RESULT | | UNIDADES / UNITS | RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA / BIOLOGICAL REFERENCE RANGE |
|---|---|---|---|---|
| CREATININA. | 0.790 | | mg/dl | 0.700 - 1.200 |
| Metodo(Method): FOTOMETRIA<br>COLESTEROL HDL. | 27.10 | * | mg/dl | 40.00 - 100.00 |
| | Factor principal de riesgo de cardiopatia <40 mg/dl Factor principal de riesgo negativo de cardiopatia > 60 mg/dl | | | |
| Metodo(Method): FOTOMETRIA POR REFLACTANCIA Y REFRACTOMETRIA<br>COLESTEROL TOTAL. | 170.00 | | mg/dl | 70.00 - 200.00 |
| | Niños | | | |

# Informe final

E.S.E. SALUD PEREIRA
DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS
INFORME DE RESULTADOS

ESE Salud Pereira

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente / Patient: | ISAZA RESTREPO, GUSTAVO DE JESUS | Fecha de Ingreso/Date | 08/05/2024 06:47:41 am. |
| Identificación/Id: | CEDULA DE CIUDADANIA: 3410940 | Fecha de Impresion/Print Date | 16/05/2024 01:37:06 pm. |
| Edad/Age: | 73 Años Sexo/Sex: Masculino/Male | Telefono/Phone: | NaN |
| Medico: | TATIANA ALEJANDRA RODRIGUEZ MOLINA | Convenio: | |

Aconsejable <170
Riesgo moderado 170-199
Riesgo alto >200

Adultos:
Aconsejable: < 200
Riesgo moderado 200-339
Alto: >240

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Metodo/Method: GLICEMIA | FOTOMETRIA POR REFLACTANCIA Y REFRACTOMETRIA | | | |
| Metodo/Method: TRIGLICERIDOS | FOTOMETRIA | 93.98 | mg/dl | 70.00 - 110.00 |
| | | 86.000 | mg/dl | 0.000 - 149.000 |

Normal: < de 150 Limite alto: 150-199 Alto: 200-499 Muy alto: > o igual a 500

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Metodo/Method: COLESTEROL LDL | FOTOMETRIA | | | |
| Metodo/Method: | FOTOMETRIA | 125.70 | mg/dl | 3.00 - 159.00 |

Fecha de Muestra: 08/05/2024 10:48:38 am. Validacion: 09/05/2024 12:27:54 pm

Usuario: Pavlushka Paez Diaz
Rethus: 43153419

**Orden N°: 243201** **Orden Otros procedimientos** **Código:** 1780 **Fecha y hora:** 24/06/2024 15:25

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Apellidos:** | ISAZA RESTREPO | **Nombres:** | GUSTAVO DE JESUS |
| **Tipo Identificación:** | CC | **Número documento:** | 3410940 |
| **Fecha de Nacimiento:** | 25/11/1950 | **Edad:** | 73 Años/6 Meses/29 Dias |
| **Género:** | Masculino | **Ocupación:** | VENDEDORES, EMPLEADOS DE COMERCIO Y DE MOSTRADOR, TENDEROS |
| **Dirección:** | pereira | **Teléfono:** | 3122243341 |
| **Nombre del Cliente:** | NUEVA EPS | **Convenio:** | 1207-1 PGP SUB NUEVA EPS |
| **Fecha registro :** | 24/06/2024 15:25 | **Fecha atención:** | 24/06/2024 15:25 |

**Vigencia:** 24/06/2024 - 24/09/2024
**Tipo de usuario:** Subsidiado
**Vía de ingreso:** Consulta externa
**Categoria:** NIVEL 1

**Diagnósticos**
**Principal Ingreso:** M751 - SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO **Tipo principal:** Confirmado nuevo,

| # | Servicio/Procedimiento | Cantidad | Área corporal | Lateralidad | Estado | Prioridad | Tipo uso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 931001 - TERAPIA FISICA INTEGRAL | 20 | | | Autorizado | Programada | Externo |

**Comentario:** MOVILIDAD Y FORTALECIMIENTO DE HOMBRO IZQUIERDO
**Observaciones:**

Firmado Electrónicamente

**DANIEL FERNANDO PATIÑO ZAPATA**
**CC 1088537487**
**N° de registro: 1088537487**
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

**Firma usuario**

**Orden N°: 439880** **Orden Consulta Código:** 1777 **Fecha y hora:** 24/06/2024 15:26

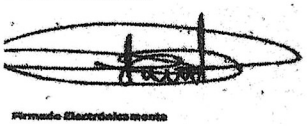
| | | | |
|---|---|---|---|
| **Apellidos:** | ISAZA RESTREPO | **Nombres:** | GUSTAVO DE JESUS |
| **Tipo Identificación:** | CC | **Número documento:** | 3410940 |
| **Fecha de Nacimiento:** | 25/11/1950 | **Edad:** | 73 Años/6 Meses/29 Dias |
| **Género:** | Masculino | **Ocupación:** | VENDEDORES, EMPLEADOS DE COMERCIO Y DE MOSTRADOR, TENDEROS |
| **Dirección:** | pereira | **Teléfono:** | 3122243341 |
| **Nombre del Cliente:** | NUEVA EPS | **Convenio:** | 1207-1 PGP SUB NUEVA EPS |
| **Fecha registro :** | 24/06/2024 15:26 | **Fecha atención:** | 24/06/2024 15:26 |

**Vigencia:** 24/06/2024 - 24/09/2024
**Tipo de usuario:** Subsidiado
**Vía de ingreso:** Consulta externa
**Categoria:** NIVEL 1

**Diagnósticos**
**Principal Ingreso:** M751 - SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO **Tipo principal:** Confirmado nuevo,

| # | Servicio/Procedimiento | Cantidad | Área corporal | Lateralidad | Estado | Prioridad | Tipo uso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890380 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | 1 | | | Autorizado | Programada | Externo |

Especialidad solicitada: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
**Comentario:** 2 MESES
**Observaciones:**



Firmado Electrónicamente

**DANIEL FERNANDO PATIÑO ZAPATA**
**CC 1088537487**
**N° de registro: 1088537487**
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

**Firma usuario**

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

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

NOMBRES – APELLIDOS: GUSTAVO IZAZA

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**<br>**MUNICIPIO DE PEREIRA**<br>**SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO**<br><br>**COOPERATIVA MULTISER**<br>**NIT: 900415283-4** | |
| **CUESTIONARIO PARA LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA PAR-Q** | | **Versión: 1**<br>**Código: 1.1**<br>**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 Gustavo Rosa. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

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

Camila Centeno

***FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO***

Gustavo Rosa.

***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: Isaza R. Nombre: Gustavo de Jesus

Sexo: M Edad: 73 Peso, kg: 74 Altura, cm: 168 Fecha: 31/07/24

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<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL | Alcaldía de PEREIRA |
|---|---|---|
| Versión: 0 | | Vigencia: 12-2024 |

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

NOMBRE _____. FECHA 3/07/24

PESO 74 TALLA: 168 IMC: 26

Peso Adecuado
PP: 35.5
PB: 26

FIRMA USUARIO: Gustavo Tisoza R

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 Gustavo Isasa. | Documento de identidad 3410940 |
| Grupo Centro Vida Oriente | Examinado por Yomara Montero |

**ORIENTACIÓN**

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

**FIJACIÓN**

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

**CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO**

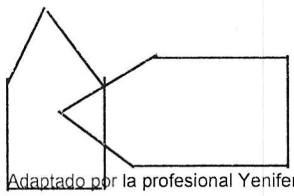
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? — 5 **5**
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 1 **3**

**MEMORIA**

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

**LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj — 2 **2**
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros — 1 **1**
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? — 0 **2**
- ¿Que son un perro y un gato? — 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 29
26-25 deterioro cognitivo leve
24-10 demencia leve
9-0 demencia

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

**FECHA:**

| | |
|---|---|
| Nombre completo: Gustavo De Jesus Tejada | Documento de identidad: 3410940 |
| Grupo: Centro Vida Oriente | Examinado por: Yomara 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**. | 0 |
| Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento. | |
| Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**. | |

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