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: Hernando Antonio Garcia

GRUPO: Azul JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3001968106

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO			
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		

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			
26	Prueba de entrada - Área Educación	X		
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 25 **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 108

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

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Hernando Antonio Garcias Arenas

LUGAR DE NACIMIENTO: santa rosa **FECHA: DIA** 20 **MES** 02 **AÑO** 1948

DIRECCIÓN: B. nacler Cr 9 Bis 10 - B - 07

TELEFONO: 3007968106

EDAD: 76 **CATEGORIA SISBEN:** B2 **DESPLAZADO** No **EPS** N Eps

RH B+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Javier Espinosa
DIRECCIÓN B. nacler Cr 9 Bis 10 B - 07
TELEFONO

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario: Yorbeth C.A.

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: Hernando Antonio	Apellidos: García Arenas
Documento de identidad: 10.062.083	Expedida: 06-MAR-1969

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A	B X	C	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	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 Lucía Alzate González
Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodríguez
Nombre Psicólogo(a)

Firma

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

ENCUESTA No. ____ /

DATOS GENERALES

FECHA DE VISITA: DÍA 22 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Hernando García PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Hernando Antonio García C.C 10062083 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D20 / M02 / A 1948 Santa Rosa cabal EDAD 76 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cra 9bis #10B-07 / BARRIO Nader /

EPS Nueva Eps / PUNTAJE SISBEN B2 / TIPO SANGRE B+ /

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

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

COMUNA Oriente / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3001968106 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ebanistería / ANTERIOR Ebanistería /

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

CUÁL: Primaria incompleta / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO _____ /

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____ PARENTESCO Hijo /

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 X / ANSIEDAD — / DEPRESIÓN — / DEMENCIA — /
OTRAS — / CUALES: _____ /

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

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	—	—	—	—
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: X CUÁLES: Caminar /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Actividad física /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

PENSIONADO — / RENTAS PROPIAS — / CÓNYUGE — / HIJOS — /

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

OTROS CUÁLES? — /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. X

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

- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... ___
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... ___

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

ALIMENTACIÓN: SI ___ NO X / 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 ___ / 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 Arcas /

PROFESIÓN: Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1223092595

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

IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Hernando

SEGUNDO NOMBRE: Antonio

PRIMER APELLIDO: García

SEGUNDO APELLIDO: Arenas

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

1 [X] CEDULA DE CIUDADANÍA
2 [ ] CEDULA DE EXTRANJERÍA
3 [ ] TARJETA DE IDENTIDAD
4 [ ] REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP
5 [ ] PASAPORTE
6 [ ] TARJETA DE EXTRANJERÍA

Fecha de Nacimiento: 20-Febrero 1948
No. Documento 10.062.083

RANGO DE EDAD:

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

AÑOS CUMPLIDOS: 76

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: B2

ESTADO CIVIL:

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

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 [+] SI
[X] GOBIERNO
[ ] SECTOR PRIVADO

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor
2 —

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Caminar, ciclismo, danza

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 98 - 11 B 1007
BARRIO: Nade

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: PARENTESCO:
TELÉFONO DE CONTACTO:

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

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

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

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

Se pasa muy bueno y tienen mucho apoyo

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

—

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Yorladis G.A.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
22	05	2024

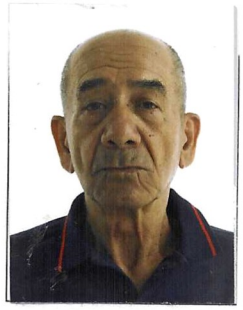
FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

OBSERVACIONES:

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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Hernando Antonio

APELLIDOS: Garcio Arenas

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

EDAD: 76 / SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 10.062.083 / TIPO SANGRE: Bt

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Cr 9 · Bis #10-B 07 / BARRIO: Nader

COMUNA: Oriente / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3004968106 / PLAN FUNERARIO: Mapfre

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: N Eps / PUNTAJE SISBEN B2

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Henalaprin

ALERGIA A MEDICAMENTOS: —

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Javiés espinosa

PARENTESCO: Amigo / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: —

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

DIRECCIÓN: CRA 13 #ZE-04 / TELÉFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac6120028@hotmail.com

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

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

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

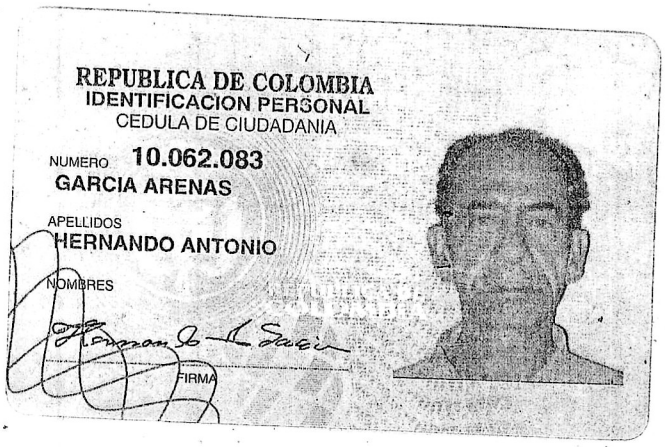
1. Multiser actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.
2. Que la información ´suministrada podrá ser verificada por los colaboradores de lMultiser en cualquier momento.
3. Multiser tendrá la facultad de compartir toda la información con la Alcaldía Municipal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

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

Firma: Hernando Leon

Nombre: Hernando Leon

Identificación: 10062083



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.062.083
GARCIA ARENAS

APELLIDOS
HERNANDO ANTONIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1948
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

06-MAR-1969 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00066204-M-0010062083-20080906 0003050204A 1 4560010621

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 26/11/2024

Ficha: 660011641382400034134

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: HERNANDO ANTONIO

Apellidos: GARCIA ARENAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10062083

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/11/2024

Última actualización ciudadano: 14/11/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑ

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Pis

Teléfono: 3248703 - 32067654

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	10062083
NOMBRES	HERNANDO ANTONIO
APELLIDOS	GARCIA ARENAS
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	01/05/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/24/2024 15:33:06	**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: HERNANDO ANTONIO GARCIA ARENAS

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	10.062.083	**H.C.**	10062083
Fecha nacimiento:	Feb.20/1948	**Edad:**	76 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CRA11B N 10B-108 KENNEDY	**Télefono:**	3127204054	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	NUEVA E.P.S			**Etnia:**	Otros
Atención:	40	**Fecha:**	Jul.15/2024	**Hora:**	08:50
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Motivo consulta: CONTROL PROGRAMA CRÓNICOS

OCUPACIÓN: NINGUNA
DIRECCIÓN: BARRIO CESAR NADER CARRERA 11 B NUM 11B-180
TEL: 300 196 8106

Enfermedad actual: PACIENTE DE 76 AÑOS, CON AP DE HTA CRONICA HACE 5 AÑOS Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLÓGICO CON ENALAPRIL TAB 20 MG CADA DIA, ATORVASTATINA TAB 40 MG CADA NOCHE EN ADHERENCIA Y TOLERANCIA A MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO, CON BUENA ADHERENCIA A CONTROLES PROGRAMADOS ASISTE SOLO A CITA DE CONTROL. REFIERE SE HA SENTIDO BIEN, TOLERA LA VÍA ORAL. TIENE ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO, NIEGA EFECTOS ADVERSOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA PRECORDIALGIA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS.

Revisión por sistemas:

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 la sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos?	No
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 especificas en el campo observaciones No aplica, es ingreso.	Si

CLASIFICACION DEL RIESGO METABOLICO

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: HERNANDO ANTONIO GARCIA ARENAS

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	10.062.083	**H.C.**	10062083
Fecha nacimiento:	Feb.20/1948	**Edad:**	76 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CRA11B N 10B-108 KENNEDY	**Télefono:**	3127204054	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	NUEVA E.P.S			**Etnia:**	Otros
Atención:	40	**Fecha:**	Jul.15/2024	**Hora:**	08:50
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Clasificacion del riesgo metabolico	Moderado	

EXAMEN FÍSICO ENF. CRON.

NEUROLÓGICO(orientado, desorientado, reflejos, sensibilidad, motricidad)	Normal	
CABEZA (masas, deformidades, cicatrices)	Normal	
FONDO DE OJO (catarata que impide ver, cruces arteria/vena, exudado, papiledema, hemorragias)	Normal	
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS(deformidades, masas, cicatrices, pterigion, hipoacusia)	Normal	
CUELLO (ingurgitacion yugular, sopio carotideo, aumento de la tiroides, masas)	Normal	
CORAZÓN (arritmia cardiaca, soplo cardiaco, presencia de soplo 3, punta maxima impulso cardiaco)	Normal	RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, COINCIDE CON PULSOS PERIFÉRICOS, SIN SOPLOS.
PULMÓN(dificultad respiratoria, crepitos pulmonares)	Normal	MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN (masas, soplos, megalias, dolor, cicatrices)	Normal	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN PRESENCIA DE MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE
GENITO-URINARIO (deformidades, dolor, masas, cicatrices)	Normal	
EXTREMIDADES (pulsos, edemas, ulceras, amputacion, varices, cicatrices, masas)	Normal	
PIEL (petequias, hematomas, equimosis, masas, cicatrices)	Normal	
OSTEOMUSCULAR	Normal	
MENTAL	Normal	
OTROS	Normal	

TIPO DE POBLACIÓN

Paciente LGBTI	No

Medicamentos que Consume

ALERTAS - ANTECEDENTES

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: HERNANDO ANTONIO GARCIA ARENAS

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	10.062.083	**H.C.**	10062083
Fecha nacimiento:	Feb.20/1948	**Edad:**	76 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CRA11B N 10B-108 KENNEDY	**Télefono:**	3127204054	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	NUEVA E.P.S			**Etnia:**	Otros
Atención:	40	**Fecha:**	Jul.15/2024	**Hora:**	08:50
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuanto lo dejo)	NO 12-11-2021 08:25
Otros	NIEGA 03-04-2024 12:16 NIEGA OTRO 02-07-2021 09:15 NIEGA OTROS 07-04-2021 08:09 NEURITIS POSHERPETICA HACE 8 AÑOS. AÑO 2010 11-02-2019 07:44
Sabe leer	SI 17-06-2022 13:35 SI 12-11-2021 08:26
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	NO 12-11-2021 08:25
Violencia y maltrato	SI 12-11-2021 08:26
Sabe escribir	SIS 17-06-2022 13:35 SI 12-11-2021 08:26
Medicamentos	NIEGA 30-06-2023 10:25 NO ALERGIAS A MEDICAMENTOS 23-09-2019 14:24
Hipertensión arterial	SIO 03-04-2024 12:16 HTA 17-06-2022 13:34 SI 07-04-2021 08:09
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	NO 12-11-2021 08:25 FUMADOR DE 1 PAQUETE DIA , DESDE LOS 15 AÑOS HASTA HACE 2 AÑOS 27-10-2021 13:20

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: HERNANDO ANTONIO GARCIA ARENAS

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	10.062.083	**H.C.**	10062083
Fecha nacimiento:	Feb.20/1948	**Edad:**	76 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CRA11B N 10B-108 KENNEDY	**Télefono:**	3127204054	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	NUEVA E.P.S			**Etnia:**	Otros
Atención:	40	**Fecha:**	Jul.15/2024	**Hora:**	08:50
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Antecedentes Enfermedades Crónicas

Accidente Isquémico Transitorio:	No		
Evento Cerebrovascular Isquémico:	No		
Evento Cerebrovascular Hemorrágico:	No		
Infarto Agudo de Miocardio(SI/No ST):	No		
Angina de pecho:	No	Revascularización:	No
Falla cardiaca:	No	Enfermedad art periférica documentada:	No
Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 0-30):	No		
Falla renal crónica (tasa de filtración glomerular 30-60):	No		
Hipertrofia ventricular izquierda:	No		
Retinopatia con Hemorragias/Exudados:	No	Popliedema:	No
Historia familiar de enfermedad cardiaca prematura (Primer Grado):	No	Tabaquismo:	No Observaciones:
Mujeres < 65 Años Hombres < 55 Años		Alcohol:	No No
Fecha Diagnóstico Hipertensión:		Fecha Diagnóstico Diabetes:	

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Hipertensión arterial	
Otros	Hta 17-06-2022 13:34 SI 07-04-2021 08:09 Sio 03-04-2024 12:16 Neuritis Posherpetica Hace 8 Años. Año 2010 11-02-2019 07:44 Niega Niega 03-04-2024 12:16 Niega Otro 02-07-2021 09:15 Niega Otros 07 Niega Otros 07-04-2021 08:09
Dislipidemias	SI 07-04-2021 08:09 SI 17-06-2022 13:34 SI 03-04-2024 12:16

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	Niega Otra 07-04-2021 08:09 Prostata 27-10-2021 13:19 Prostatectom la Trasabdominal El 2 De Agosto De 2018. 11-02-2019 07:46

Antecedentes Traumáticos

Otros	Niega 07-04-2021 08:10

Antecedentes Alérgicos

Medicamentos	Niega 30-06-2023 10:25 No Alergias A Medicamentos 23-09-2019 14: No Alergias A Medicamentos 23-09-2019 14:24

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: HERNANDO ANTONIO GARCIA ARENAS

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	10.062.083	**H.C.**	10062083
Fecha nacimiento:	Feb.20/1948	**Edad:**	76 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CRA11B N 10B-108 KENNEDY	**Télefono:**	3127204054	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	NUEVA E.P.S			**Etnia:**	Otros
Atención:	40	**Fecha:**	Jul.15/2024	**Hora:**	08:50
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Otros	Niega 07-04-2021 08:10 Niega 06-07-2022 09:11

Antecedentes familiares

Hipertensión arterial	Hermana 17-06-2022 13:35 Hermanos 28-10-2020 10:12
Diabetes mellitus	Padre 28-10-2020 10:12 Papa 17-06-2022 13:35
Otros	Niega 30-06-2023 10:25 Niega Otros Antecedentes Familiares 07-04-2 Niega Otros Antecedentes Familiares 07-04-2021 08:10

Historia Personal y Social

Número de personas con quien vive	Solo 12-11-2021 08:25 Solo 17-06-2022 13:35
Tabaco (Inicio, tiempo y cantidad,hace cuanto lo dejo)	Fumador De 1 Paquete Dia , Desde Los 15 Años Hasta Hace 2 Años 27 -10-2021 13:20 No 12-11-2021 08:25
Alcohol (Inicio, cantidad, frecuencia y tipo de bebida, hace cuanto lo dejo)	No 12-11-2021 08:25
Farmacodependencia (Inicio, cantidad, tipo y tiempo,hace cuanto lo dejo)	No 12-11-2021 08:25
Vida sexual active	No 12-11-2021 08:25
Vivienda (urbana-rural- servicios públicos, pisos, ventilación, basuras))	Cra 11 Bis # 11b-180 B, Cesar Nader 30-06-2023 10:25 Urbana 12- Urbana 12-11-2021 08:25 Urbana 17-06-2022 13:35
Convivencia con animales (mascotas)	No 17-06-2022 13:35 Pro 12-11-2021 08:25
Sabe leer	SI 12-11-2021 08:26 SI 17-06-2022 13:35
Sabe escribir	SI 12-11-2021 08:26 Sis 17-06-2022 13:35
Actividad física	Si De Ves En Cuando 12-11-2021 08:25
Mas de un compañero sexual en el último año	No 12-11-2021 08:25
Pareja sexual estable	No 12-11-2021 08:25
Oficio (ama de casa, estudia, trabaja)	Nada Desempleado 12-11-2021 08:26
Método de planificación (vasectomía, barrera, otros)	No Aplica 12-11-2021 08:26
Violencia y maltrato	SI 12-11-2021 08:26
Edad inicio de vida sexual	17 Años 12-11-2021 08:25
Desempleado	SI 12-11-2021 08:26 SI 17-06-2022 13:35
Otros	No 12-11-2021 08:26

ATENCION DEL ADULTO

Se realiza atención integral al adulto?	SI 03-03-0022 00:00 SI 15-06-2022 12:12
Se hace valoración de agudeza visual?	SI 03-03-0022 00:00
Se identifica disminución de la agudeza auditiva?	No 03-03-0022 00:00
Se solicitan paraclínicos del adulto?	SI 03-03-0022 00:00
Uso de cigarrillo (Inicio, tiempo y cantidad, hace cuanto lo dejo)	Fumador Por 54Da, 20 Cigarrios Al Dia S, Comenzo 12a, Exfumador 12 rios 03-03-0022 00:00
Consumo de sustancias psicoactivas o alcohol?	No 03-03-0022 00:00
Tiene buenos hábitos en la alimentación? (consumo habitual de frutas, verd	SI 03-03-0022 00:00
¿Realiza actividades físicas, deportivas, culturales o grupales?	No 03-03-0022 00:00

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy

NOMBRE DEL PACIENTE: HERNANDO ANTONIO GARCIA ARENAS

Tipo Documento:	Cédula	**Documento:**	10.062.083	**H.C.**	10062083
Fecha nacimiento:	Feb.20/1948	**Edad:**	76 Años	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	CRA11B N 10B-108 KENNEDY	**Télefono:**	3127204054	**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	NUEVA E.P.S			**Etnia:**	Otros
Atención:	40	**Fecha:**	Jul.15/2024	**Hora:**	08:50
Causa externa:	Otra	**Finalidad:**	No Aplica		

Presenta síntomas de ansiedad o depresión? (tanto frecuente, insomnio, an	SI 03-03-0022 00:00
Se instruye en autoexamen de mama?	No 03-03-0022 00:00
Se solicita mamografía?	No 03-03-0022 00:00
Se realizo citología en el último año?	No 03-03-0022 00:00
Se instruye en autoexamen de testículo?	SI 03-03-0022 00:00
Se solicita examen de próstata? ¿Cual?	SI -- Tr 03-03-0022 00:00
Asistió a salud oral en el último año?	No 03-03-0022 00:00
Se brinda al adulto educación en: estilos de vida saludable, buenos hábitos	SI 03-03-0022 00:00

TEGNOLOGÍAS BLANDAS

NO CORRESPONDE

Histórico para Seguimiento:

Fecha	Hora	Total	Título	Clasificación	Profesional

EXAMEN FÍSICO:

Estado general:	INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS AL CONSULTORIO, BUEN ASPECTO GENERAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

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

FORMATO – NOTAS DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO(A): Hernando antonio García Arenas	
CEDULA: 7006283	EDAD:
DIRECCION RESIDENCIA: Cr 11 Bis # 180	TELEFONOS: 300 1968106
EAPB: Nueva Eps	GRUPO: AZUL JORNADA: Tarde

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
20-11-24	Paciente Con Hipertención de Base No asiste al medico Para control Hace Cuatro meses	Aux.
	Paciente Horientado en las tres Esferas Espacio Tiempo y Persona se toman Signos Vitales T.A 132/77 Fc 60 FR 17 SO_2 99 T. 35.6 Con Marcha Normal Visita leve.	Diana G

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-37 Versión: 01 Fecha: 22/10/2024

Nombre del adulto: Hernando Antonio Garcia.

EAPB: Nueva Eps/

N° identificación del adulto: 10062083

Nivel de Riesgo: Bajo

Dirección domicilio: Cra11Bis #180

Cel: 3000968106

T/A: tensión arterial (mm hg) FC: Frecuencia cardiaca x min SATO2: Saturacion de oxigeno FR: Frecuencia respiratoria x min T°C°: Temperatura (°c)

TOMA DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	T/A	FC	SAT O2	FR	T°C°	OBSERVACIONES	FIRMA RESPONSABLE
20/11	2:57	132/77	60	99	17	35.6	Estable.	Camila C.

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

FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 20 MES: 12 AÑO: 2024

NOMBRES – APELLIDOS: HERNANDO ANTONIO GARCIA

Responder cada pregunta: marque una X en solo una de las opciones de: SI o NO

SI	NO	PREGUNTAS
	X	1. ¿Alguna vez el médico le ha dicho si usted tiene un problema en el corazón, y solo debería hacer actividad física recomendado por un médico?
	X	2. ¿Usted siente dolor en el pecho cuando hace actividad física?
	X	3. ¿Le ha dolido en el último mes, cuando no está haciendo ejercicio?
	X	4. Usted pierde el equilibrio debido a que se marea, y ¿alguna vez ha perdido el conocimiento?
X		5. ¿Tiene algún problema en las articulaciones (por ejemplo, espalda, rodillas o cadera) que pueda empeorar por las actividades físicas propuestas?
X		6. ¿El médico actualmente le ha indicado tomar medicinas para la presión arterial o el corazón?
	X	7. ¿Sabe usted, de cualquier otra razón por la cual usted no debería hacer actividad física?
	X	8. ¿Tiene algún familiar muy cercano (padre-hermanos) que hayan tenido un ataque cardiaco a temprana edad, menos de 55 años?
	X	9. ¿Se considera usted una persona sedentaria, o sea, no realiza por lo menos 30 minutos de actividad física al menos tres veces a la semana?
	X	10. ¿Cree usted que tiene sobre peso?
	X	11. ¿En el último año ha sufrido algún trauma o accidente que lo haya limitado para realizar ejercicio?
		12. ¿Cuál es su EAPB?

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

INTERPRETACION

Si respondió **SI** a al menos una de las preguntas, debe consultar al médico (de su EAPB, IPS, ARL o Medicina Prepagada), para que él decida si la actividad física que piensa realizar es segura para su salud.

Si respondió **NO** a todas las preguntas, puede empezar a realizar más actividad física de la que habitualmente hace, lo cual será seguro para su salud siempre y cuando lo realice de manera progresiva. Si su estado de salud cambia durante el programa deberá reportarlo a los instructores de actividad física.

NOTA: Si su salud cambia, y alguna de las preguntas se convierte en SI, debe informarle a su instructor o a su médico: pregunte si debe cambiar su plan de ejercicio físico.

Yo he leído, comprendido y completado este cuestionario. Todas las preguntas han sido contestadas con mi completa satisfacción. Con mi Nombre – Apellido y Firma No Firmo. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuario con dificultad para su movilidad por discapacidad visual. Requiere de ayuda para su desplazamiento.

Camila Centeno.

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

No Firma.

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: García Arenas Nombre: Hernando

Sexo: M Edad: 76 Peso, kg: 65 Altura, cm: 167 Fecha: 12/06/24

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

Cribaje

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación del estado nutricional

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

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
® Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Para más información: www.mna-elderly.com

	PROGRAMA ADULTO MAYOR CENTRO VIDA ORIENTE CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 12-2024

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

NOMBRE _____. **FECHA** 12/06/24

PESO 65 **TALLA:** 167 **IMC:** 23.3

Peso Adecuado, Disminucion moderada de masa muscular
PP: 33
PB: 28.5

FIRMA USUARIO: Hermanda Garcia

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	Hernando A Garcia	Documento de identidad	10062983
Grupo	Centro Vida Oriente	Examinado por	Diomara Quintero

ORIENTACIÓN

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

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

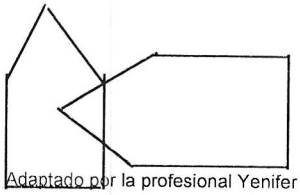
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? — 5 **5**
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás — 0 **3**

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? — 2 **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? — 2 **2**
- ¿Que son un perro y un gato? — 3 **3**
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa — 1 **1**
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS — 0 **1**
- Escriba una frase — 1 **1**
- Copie este dibujo — 1 **1**



30-27 sin deterioro 31
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: Hernando A García	Documento de identidad: 10062983.
Grupo: Centro Vida Oriente	Examinado por: Yicnara 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**.	2.
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	FAMILY APGAR	Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA DE EVALUACION: DIA: 31 / MES: Octubre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Hernando Antonio Garcia A / C.C: 10062083 /

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. **Familia:** se define como el o los individuos con quien usted usualmente vive. Si usted vive solo, ahora su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene lazo emocional más fuerte. Para cada pregunta MARCA SOLO UNA "X" a la que parezca aplicar para usted.

Aspecto Evaluado	Nunca (0 PTOS)	Casi Nunca (1 PTO)	Algunas Veces (2 PTOS)	Casi Siempre (3 PTOS)	Siempre (4 PTOS)
1- Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad – *(ADAPTACION)*	☐	☐	X	☐	☐
2- Me satisface la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo – *(PARTICIPACION)*	☐	☐	X	☐	☐
3- Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades – *(AFECTO)*	☐	☐	X	☐	☐
4- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza – *(CRECIMIENTO)*	☐	☐	X	☐	☐
5- Me satisface como compartimos en mi familia. a) El tiempo para estar juntos; b) Los espacios en la casa; c) El dinero – *(RESOLUCION)*	☐	☐	X	☐	☐

ANALISIS RESULTADO:

Un puntaje de 10 arroja disfunción familiar moderada, donde el usuario no se siente satisfecho en totalidad, experimentando dificultad al momento de involucrase o comunicarse con su red de apoyo. En cuanto a lo económico, el usuario se percibe autosuficiente, potencializando sus capacidades, autonomía y resiliencia, siendo esto clave en su bienestar y calidad de vida, frente al apoyo emocional, es crucial establecer espacios de diálogo y actividades que fortalezcan la conexión familiar.

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

WHODAS 2.0

Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0

36
Entrevista

seccion 1 — CARATULA

F1	nombre	HERNANDO ANTONIO GARCIA ARENAS						cc 10062083	
F2	nombre							cc	
F3	No entrevista (1,2..)	F4	fecha	dia 8	mes -10	año - 2024			
F5	independient	1	necesita asistencia	2	hospitalizado	3	otro	0	

seccion 2 — INFORMACION DEMOGRAFICA

A1	Sexo	MASCULINO	F	A2	Edad	76			
A3	Años de estudio	3 PRIMARIA							
A4	ESTADO CIVIL	soltera		casado		separado	20 - AÑOS		
		divorciado		viudo		union ibre			
A5	SITUACION LABORAL	trabajo		independiente	ARTESANO	voluntario			
		estudiante		doméstico		jubilado			
		incapacitado		desempleado por otros motivos		otros	Colombia Mayor		

seccion 3 — PREAMBULO

Antes de cada dominio se pregunta lo siguiente: En los últimos 30 días, opciones de respuesta posibles son las siguientes: ¿cuánta dificultad ha tenido para...? Siempre hay que tener a la vista las tarjetas número 1 y 2.

seccion 4 REVISION DE DOMINIOS		NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA/NO PUEDE HACERLO
Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación		1	2	3	4	5
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ?			3		
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer ?	1				
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?					
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo ?	1				
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	1				
D1.6	Comenzar y mantener una conversacion?	1				
	PUNTUACION	20	0	15	0	0

		NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA/NO PUEDE HACERLO
Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)		1	2	3	4	5
D2.1	Estar pie por largos periodos de tiempo como por ejemplo 30 minutos?	1				
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	1				
D2.3	Moverse dentro de su casa	1				
D2.4	Salir de su casa ?	1				
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	1				
	PUNTUACION	31	0	0	0	0

		NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA/NO PUEDE HACERLO
Dominio 3 CUIDADO PERSONAL		1	2	3	4	5
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)	1				
D3.2	Vestirse	1				
D3.3	Comer	1				
D3.4	Quedrse solo(a) durante unos días	1				
	PUNTUACION	40	0	0	0	0

		NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA/NO PUEDE HACERLO
Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos		1	2	3	4	5
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce ?	1				

D4.2	Mantener una amistad ?	1				
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted ?	1				
D4.4	Hacer nuevos amigos?	1				
D4.5	Tener relaciones sexuales	1				
	PUNTUACION	42	0	0	0	0

		NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA/NO PUEDE HACERLO
Dominio 5 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA 5(1)		1	2	3	4	5
Quehaceres de la casa, actividades domésticas						
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa	1				
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes	1				
D5.3	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer	1				
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario	1				
	PUNTUACION	40	0	0	0	0

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.2 –D5.5 se puntúa por encima de 1 (ninguna), pregunte:

D5.01	En los últimos 30 días, durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su "condición de salud".anote el numero de dias	

Si el entrevistado trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.10. De lo contrario vaya al dominio 6.1

		NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA/NO PUEDE HACERLO
5(2) Trabajo y actividades escolares		1	2	3	4	5
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares	1				
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela	1	2			5
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer	1		3		
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario	1		3		
	PUNTUACION	29	14	43	0	36

D5.9	Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su "condición de salud"	no	1
		si	2
D5.10	Ha ganado menos dinero debido a su condicion de salud?	no	1
		si	2

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.5 –D5.8 se puntúa por encima de 1(ninguna), pregunte:

D5.02	En los últimos 30 días, cuántos días faltó a su trabajo (medio día o más horas) debido a su "condición de salud" Anote el número de días	

		NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA/NO PUEDE HACERLO
Dominio 6 Participación en Sociedad		1	2	3	4	5
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)	1				
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)		2			
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas		2			
pli	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma	1				
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de					
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud"	1				
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud	1				
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar	1				
	PUNTUACION	21	17	0	0	0

		Anote enl número de dias
H1	En general los ultimos 30 dias , durante cuantos dias ha tenido esas dificultades?	15
H2	En los ultimos 30 dias, Cuantos dias no pudo ralizar nada de sus actividades habituales o trabajo debido a una condicion de salud?	0
H3	En los ultimos 30 dias sin contar los dias en que no pudo realizar nada de sus ctividades habituales, cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividdes habituales o su trabajo por una condición de salud?	30