Alcaldia 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: Desiderio Antonio Valencia

GRUPO: Amarillo JORNADA: Pm
TELEFONOS: 3023093497

#	CRITERIO DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	SOLICITUD DE CUPO	X		
2	EVALUACION SOCIOECONOMICA	X		
3	APROBACION DE CUPOS - POR COMITÉ ADMISIONES	X		
4	FICHA DE INSCRIPCION	X		
5	HOJA DE VIDA	X		
6	AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS	X		
7	COPIA CEDULA CIUDADANIA	X		
8	SISBEN	X		
9	ADRES	X		
10	CERTIFICADO AFILIACION – PLAN FUNERARIO FLIAR			
11	HISTORIA CLINICA (Opcional)	X		
	VALORACION - AREA NUTRICION			
12	Mini-Nutrition Assesment - MNA	X		
	VALORACION - AREA PSICOSOCIAL			
	Por Profesional en Psicología			
13	Minimental Test o Cuestionario Pfeiffer	X		
14	Escala de Depresión Geriátrica – Yesavage	X		
	Por Profesional en Trabajo Social			
15	Familia Apgar	X		
	Por profesional en Gerontología			
16	Cuestionario 36 preguntas – Whodas – 2.0	X		
	VALORACION – AREA ATENCION PRIMARIA EN SALUD – A.P.S			
17	Consentimiento informado	X		

CENTRO VIDA – ORIENTE PEREIRA – C.V.O.P
Calle 4 # 8 - 03 – Comuna Villavicencio - Cel +57 320 688 9146 - Pereira-Risaralda
E-mail: multisercta@gmail.com

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

18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q			
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular			
VALORACION – AREA FISIOTERAPIA				
20	Cuestionario - Mini-BESTest	X		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	X		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit			
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 X

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 18 MES: 10 AÑO: 2024.

Glona 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 146

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 28 MES 05 AÑO 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Desiderio Antonio Valencia Agudelo

LUGAR DE NACIMIENTO: Santa Rosa de Cabal FECHA: DIA 21 MES 04 AÑO 1930

DIRECCIÓN: Calle 100E#10-10 Corregimiento La Florida

TELEFONO: 3023093497

EDAD: 94 CATEGORIA SISBEN: A5 DESPLAZADO No EPS Salud Total

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Luz Amanda Valencia
DIRECCIÓN Calle 100 E#10-10 Corregimiento La Florida
TELEFONO 3023093497

OBSERVACIONES:
Pendiente actualizar SISBEN
Se firma documento de admisión teniendo en cuenta que se evidencia oficio de persona vulnerable, falta verificar a través de visita domiciliaria.

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

Nombre del funcionario: Gloria Inés Arar

C.T.A. MULTISER

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 28 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Desiderio Valencia PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Desiderio Antonio Valencia Agudelo C.C 1367598 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 21 / M 04 / A 1930 / Santa Rosa de Cabal / EDAD 94 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cll 100 # 10-10 / BARRIO Corregimiento Florida /

EPS Salud Total / PUNTAJE SISBEN A5 / TIPO SANGRE O+ /

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

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

COMUNA Corregimiento Florida / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3023093497 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ninguna / ANTERIOR Agricultura /

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

CUÁL: — / NINGUNO: X /

PERSONA DE CONTACTO Luz Amanda Valencia /

DIRECCIÓN Calle 100 E # 10-10 TELÉFONO 3023093497 PARENTESCO Hija /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: Hiperlipidemia, hipotiroidismo

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	Luz Amanda Valencia	47	Hija	Oficios Varios
2	—	—	—	—
3	—	—	—	—
4	—	—	—	—

5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	ESPORÁDICAMENTE
FAMILIARES			X	
PARIENTES				X
VECINOS				X
AMIGOS				

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?

Aprender cosas nuevas /

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 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 —/ FAMILIAR X/ ARRENDADA —/ INVASIÓN —/ CEDIDA —/

PRESTADA —/ NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR —/ OTRO — /

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

CALLE DE DIFICIL ACCESO A LA VIVIENDA —/ ESCALAS —/ PISOS CON DESNIVEL —/

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

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

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

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

Alcaldía de PEREIRA

APROBAC ON 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 Desiderio Antonio	Apellidos Valencia Agudelo
Documento de identidad 1367598	Expedida Quimbaya 13 Junio 1956

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	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 28 Mes 05 Año 2024

Firma

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucía Alzate González

Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodriguez R

Nombre Psicólogo(a)

Carolina R

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: Desiderio

SEGUNDO NOMBRE: Antonio

PRIMER APELLIDO: Valencia

SEGUNDO APELLIDO: Agudelo

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: 21/abril/1930
No. Documento 1367598

RANGO DE EDAD:

AÑOS CUMPLIDOS: 94

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

SEXO:

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

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [ ] NO

PUNTAJE: A5

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: Salud Total

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

1 [ ] VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
2 [ ] REINCORPORADO(A)
3 [ ] PUEBLOS INDIGENAS
4 [ ] MADRE CABEZA DE FAMILIA
5 [ ] PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD
6 [ ] COMUNIDADES (Negras, Afro, Palenqueras y Raizales).
7 [ ] PUEBLO Rrom (Gitanos)
8 [ ] OTRO. ¿CUAL?

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

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

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

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 —
2 —
2 [X] NO

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

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

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor
2

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Caminar

3

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: Cll 100E #10-10
BARRIO: Corregimiento Florida

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3023093497 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Luz Amanda Valencia PARENTESCO: Hija
TELÉFONO DE CONTACTO: 3023093497

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

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

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

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

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

Socializar, aprender cosas, mejorar calidad de vida

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Hiperlidemia, hipotiroidismo, hipertensión, cardiomiapatia

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Gloria Inés Arias

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
28	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA

Huella

Diligencia Gloria

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

5

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Desiderio Antonio

APELLIDOS: Valencia Agudelo

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 21 / MES: abril / AÑO: 1930

EDAD: 94 / SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1367598 / TIPO SANGRE: O+

ETNIA: MESTIZO: X / INDÍGENA: — / AFROCOLOMBIANO: — / RAIZAL: — / ROM: — / OTRO: — / HOJA VIDA No: __

DIRECCIÓN: Cll 100E # 10-10 / BARRIO: —

COMUNA: Corregimiento Florida / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3023093497 / PLAN FUNERARIO: Mapfre

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: Salud Total / PUNTAJE SISBEN A5

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Carvedilol, atorvastatina, furosemida

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Ninguno

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Luz Amanda Valencia

PARENTESCO: Hija / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3023093497

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

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

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac612008@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 28 días del mes de 05 delaño 2024.

Firma: [signature]

Nombre: Desiderio Antonio Agudelo

Identificación: 1367598



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1367598

VALENCIA AGUDELO
APELLIDOS

DESIDERIO ANTONIO
NOMBRES

Desiderio Valencia
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ABR-1930
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

13-JUN-1956 QUIMBAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2405400-54090782-M-0001367598-20011113 00715 01313A 01 097362510

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 22/07/2024

Ficha: 660011691386500042568

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DESIDERIO ANTONIO

Apellidos: VALENCIA AGUDELO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1367598

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/06/2024

Última actualización ciudadano: 26/06/2024

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 BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

No 4
Sisben

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	1367598
NOMBRES	DESIDERIO ANTONIO
APELLIDOS	VALENCIA AGUDELO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	DOS QUEBRADAS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/01/2024 08:02:48	**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".

Historia

ESE HOSPITAL SANTA MONICA
NIT - 891411663-1
Viviendo la calidad para llegar a la excelencia
HOSPITAL Cll 18 Cra 19 - 3302507 - Dos Quebradas - COLOMBIA

Fecha impresión: 07/02/2024 11:53

HISTORIA CLÍNICA RIESGO CARDIOVASCULAR

89030107 - CONTROL POR MEDICINA GENERAL HTA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	VALENCIA AGUDELO	**Nombres:**	DESIDERIO ANTONIO
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	1367598
Fecha de Nacimiento:	21/04/1930	**Edad:**	93 Años/9 Meses/16 Dias
Género:	Masculino	**Ocupación:**	OBREROS DE AGRICULTURA
Dirección:	MZ 20 CS BA	**Teléfono:**	3217984859
Nombre del Cliente:	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S A	**Convenio:**	CAPITADO SUBSIDIADO SALUD TOTAL
Fecha registro :	07/02/2024 11:46	**Fecha atención:**	07/02/2024 11:46

Estado civil: Soltero **Nivel educación:** Ninguno **Tipo de usuario:** Subsidiado **Tipo de vinculación:** Otro

POBLACIÓN
Población general: Si

ANAMNESIS
Ambito de atención: Ambulatorio
Motivo de consulta: rcv
Enfermedad actual: Paciente de 93 años de edad con antecedente de HTA (Dx 2021), cardiopatía isquémica intervenida (ACTP+Stent en DA y CD), hipotiroidismo primario, dislipidemia. En compañía de la hija (Amanda)

Familiar refiere estables condiciones generales, niega síntomas cardiovasculares, no dolor torácico, no palpitaciones, niega fiebre, niega tos, niega disnea, ortopnea, DPN.

Conciliación terapéutica: Carvedilol 6.25*2, ASA 100*1, Enalapril 5*1, Atorvastatina 40*1, Empagliflozina 10*1, Levotiroxina 50*1

30-01-2024: TSH 4.07uUI/mL (0.27-4.2)

Previos:

24-10-2023 GLICEMIA 79 CREATININA 1.19 CREATINURIA 137 MICROLABUMINURIA 4.10 RELACION A/C: 3

19-10-2023 TSH 3.53 CT 147 HDL 56.7 TG 75 LDL 75 HBA1C 5.49

04/10/2023 HOLTER: 1. Ritmo cardiacos en sinusal FC Max 101 lpm FC min 48 lpm FC promedio63 lpm se regrsistraron 59 extrasisyolrts ventriculares aislads No cambios dinmicos, no bloqueos, no arritmias

Ecografía renal de vías urinarias del 20 12 2021: adelgazamiento de la cortical en ambos riñones. Nefrolitiasis derecha sin uropatía obstructiva - grupo calicial inferior del riñon derecho imagen hipercoica que genera sombra acústica 4 mm. Ateromatosis calcificada de la aorta abdominal.

Holter del 26 8 2021: ritmo sinusal FC promedio 58 x min.

eco TT del 21 9 2020: FEV disminuida con alteración segmentaria contractilidad por hipoquinesia grave apical. Insuficiencia mitral moderada. Insuficiencia tricúspide leve

ANTECEDENDES FAMILIARES
Observaciones antecedentes familiares (especifique citando numeral): No SABE

ANTECEDENTES PERSONALES
7) Cardiopatias.: SI
2) HTA.: SI
22) Consumo de cigarrillos: NO
17) Quirurgicos: SI

Fecha impresión: 07/02/2024 11:53

Número de años que ha fumando:
Número de cigarrillos al día: IPA:
Riesgo de EPOC:
Observaciones antecedentes personales (especifique citando el numeral): 7 enfermedad coronaria isquémica, insuficencia cardíaca, hipotiroidismo. Medicamentos: atorvastatina 40 mg, levotiroxina 50 mcg, enalapril 5 mg, carvedilol 6.25 mg, furosemida 40 mg.Alérgicos: no. Quirúrgicos: cateterismo cardíaco 2020- FUMO HASTA LOS 40AÑOS - MAYO 2023 T3T 0.78, TSH 4.49, HBA1C 5.4, CREATINURIA 81.1 AGOSTO 2023 P ORINA GLUCOSRIA, C HEMATICO LEUCOS 9.12, RBC 3.6, VCM 101, HB 12.3, HCTO 36, PLT 267.

VALORACIONES RIA RCV
Fecha de Dx. de DM::
Fecha de Dx de HTA::
Valoración por MI y/o MF:: NO
Fecha de Valoración
por MI y/o MF::
Valoración por MI y/o MF:
Valoración por Oftalmología:: SI
Fecha de Valoración
por Oftalmología::
Valoración por Oftalmología: 2023, no aporta HC
Valoración por Cardiología:: NO
Fecha de Valoración
por Cardiología::
Valoración por Cardiología:
Valoración por Psicología:: N/A
Fecha de valoración
por Psicología::
Valoración por Psicología: Negativa a vx FEB 2024
Valoración por Profesional del Deporte:: NO
Fecha de valoración
por Prof. del Deporte::
Valoración por Prof. del Deporte:
Valoración por Nutrición:: NO
Fecha de Valoración
por Nutrición::
Valoración por Nutrición: Negativa a vx FEB 2024

EXAMÉN FÍSICO

REVISIÓN POR SISTEMAS
Observaciones y/o especifique citando el numeral: No Refiere.

SIGNOS VITALES
TAS (mmHg):: 100
TAD (mmHg):: 60 **TAS MSI (mmHg):** 100 **TAD MSI (mmHg):** 60 **FC (xm)::** 66 **FR (xm)::** 13 **Temperatura::** 36.0 **Perímetro abdominal H(cm)::** 90.00
Riesgo por perímetro abdominal H: <94 cms No Obesidad
Peso: 51.00 Kilogramos
Talla: 152.00 Centimetros **I.M.C::** 22.07
Clasificación riesgo IMC: >18.5 y <25 Normal

VALORACIÓN EXAMÉN FÍSICO
18.Pulsos pedios:: Normal
Hallazgos examen físico: (Señale lo anormal): Tórax normoexpansible, murmullo vesicular con intensidad conservada en ambos campos pulmonares, sin otros agregados. Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, no se auscultan soplos. Extremidades con pulsos periféricos presentes de adecuada intensidad.

ÚLTIMOS PARACLÍNICOS
Fecha de toma de Creatinina: 24/10/2023
Creatinina.: 1.19
Fecha de toma de la Glicemia Basal.: 24/10/2023
Glicemia Basal.: 79
Fecha de toma del Perfil Lipidico: 19/10/2023
Colesterol Total.: 147
Triglicéridos.: 75 **Colesterol HDL.:** 56.7 **Colesterol LDL.:** 75 **LDL Corregido:** 75

ESE HOSPITAL SANTA MONICA
NIT - 891411663-1
Viviendo la calidad para llegar a la excelencia
HOSPITAL Cll 18 Cra 19 - 3302507 - Dos Quebradas - COLOMBIA

Fecha impresión: 07/02/2024 11:53

Orden N°: 387040

Orden Consulta Código: 1777 **Fecha y hora:** 07/02/2024 11:52

Apellidos:	VALENCIA AGUDELO	**Nombres:**	DESIDERIO ANTONIO
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	1367598
Fecha de Nacimiento:	21/04/1930	**Edad:**	93 Años/9 Meses/16 Dias
Género:	Masculino	**Ocupación:**	OBREROS DE AGRICULTURA
Dirección:	MZ 20 CS BA	**Teléfono:**	3217984859
Nombre del Cliente:	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S A	**Convenio:**	1152-5 CAPITADO SUBSIDIADO SALUD TOTAL
Fecha registro :	07/02/2024 11:52	**Fecha atención:**	07/02/2024 11:52

Vigencia: 07/02/2024 - 07/05/2024
Tipo de usuario: Subsidiado
Vía de ingreso: Consulta externa
Categoria: NIVEL 1

Diagnósticos
Principal Ingreso: I255 - CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA **Tipo principal:** Confirmado repetido,
Relacionado 1 Ingreso: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA),
Relacionado 2 Ingreso: E785 - HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA,
Relacionado 3 Ingreso: E039 - HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO,

#	Servicio/Procedimiento	Cantidad	Área corporal	Lateralidad	Estado	Prioridad	Tipo uso
1	890282 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1			Autorizado	Programada	Externo

Especialidad solicitada: OTORRINOLARINGOLOGIA
Comentario:
Detalles de la orden: HIPOACUSIA PROGRESIVA, COMPROMENTE MARCADAMENTE CALIDAD DE VIDA ACTUAL. REMITO A ORL
Observaciones:

Santiago GN

SANTIAGO GONZALEZ NARVAEZ
CC 1088331636
Nº registro: 1088331636
MEDICINA GENERAL

Firma usuario

Autorizar

10

Fecha impresión: 07/02/2024 11:50

ESE HOSPITAL SANTA MONICA
NIT - 891411663-1
Viviendo la calidad para llegar a la excelencia
HOSPITAL Cll 18 Cra 19 - 3302507 - Dos Quebradas - COLOMBIA

Fecha impresión: 07/02/2024 11:50

Orden N°: 821075 **Orden Medicamentos** **Código:** 1773 **Fecha y hora:** Dos Quebradas 07/02/2024 11:49

Apellidos: VALENCIA AGUDELO	**Nombres:** DESIDERIO ANTONIO	**Tipo Identificación:** CC	**Número documento:** 1367598
Fecha de Nacimiento: 21/04/1930	**Edad:** 93 Años/9 Meses/16 Dias	**Género:** Masculino	**Ocupación:** OBREROS DE AGRICULTURA
Dirección: MZ 20 CS BA	**Teléfono:** 3217984859	**Fecha registro :** 07/02/2024 11:49	**Fecha atención:** 07/02/2024 11:49
Nombre del Cliente: SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S A	**Convenio:** 1152-5 CAPITADO SUBSIDIADO SALUD TOTAL	**Tipo de usuario:** Subsidiado	**Categoria:** NIVEL 1
Vía de ingreso: Consulta externa	**Ámbito:** Ambulatorio	**Tipo uso:** Externo	**Vigencia:** 07/02/2024 - 07/05/2024
Diagnósticos Principal Ingreso: I255 - CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA			**Tipo principal:** Confirmado repetido
Relacionado1: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) **Relacionado2:** E785 - HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA **Relacionado3:** E039 - HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO			

#	Medicamento	Vía administración	Dosis	Cantidad total	Estado
1	1895 - EMPAGLIFLOZINA -10 mg TABLETA	Oral	10 Miligramos (1 TABLETA) cada 24 horas durante 120 día(s) **Comentario:** TOMAR UNA TABLETA CADA DIA	120 (ciento veinte) TABLETA	Autorizado

Postfechado: No **Vigencia de la Orden:** ESTA ORDEN TIENE VIGENCIA 72 HORAS DESPUES DE SU EXPEDICION **Peso:** 51.00 Kilogramos
Observaciones:

Santiago GV

SANTIAGO GONZALEZ NARVAEZ
CC 1088331636
N° de registro: 1088331636
MEDICINA GENERAL

Firma usuario

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé NutritionInstitute

Apellidos: Valencia Nombre: Desiderio Antonio

Sexo: M Edad: 94 Peso, kg: 52.6 Altura, cm: 156 Fecha: 7/06/24

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 → 2

Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) → 13

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** 7/06/24

PESO 52,6 **TALLA:** 153 **IMC:** 22.5

Peso Adecuado, Disminucion moderada de masa muscular.
PP 32.3
PB 25

FIRMA USUARIO: Dacisterin Valencia

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 Deaderio Valencia.	Documento de identidad 1367598.
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?

3. 5

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

3. 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?

0 **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?

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

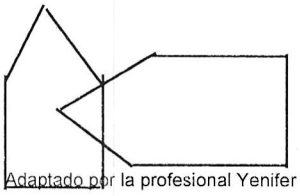
1. 1

- Escriba una frase

1 **1**

- Copie este dibujo

0 **1**



30-27 sin deterioro 28.
26-25 deterioro cognitivo leve
24-10 demencia leve
9-0 demencia

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

FECHA:

Nombre completo: Deiderio Valencia	Documento de identidad: 1367589
Grupo: Centro Vida Crente	Examinado por: Xiomara 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

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

FECHA DE EVALUACION: DIA: 26 / MES: Septiembre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Desiderio Antonio Valencia / C.C: 1367598 /

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

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

ANALISIS RESULTADO:

Un Puntaje de 18 Sugiere buena función familiar, lo que demestra capacidad de adaptación, un ambiente emocional seguro, apoyo continuo en cuanto a lo economico, nuevas tareas a realizar, resolución de conflictos y en toma de decisiones. Frente al aspecto: Participación, es recomendable fomentar la comunicación abierta y bidireccional entre todos los miembros para conocer las ideas, sentimientos y opiniones de manera recíproca, fomentando así la interacción social y 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

COOPERATIVA MULTISER

AÑOS ESTUDIO: SIN INSTRUCCIÓN ACADEMICA DX: HTA FECHA: 22-10-2024

NOMBRE: DESIDERIO ANTONIO VALENCA AGUDELO EDAD: SEXO: M

1. independiente X necesita asistencia___ Hospitalizada___

		Score 1	Score 2
Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación			
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ?	1	
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	1	
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	0	
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo ?	0	
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	0	
D1.6	Comenzar y mantener una conversacion?	0	
	Domain Score	3%	0%
Dominio 2 MOVILIDAD, Capacidad para moverse a su alrededor (entorno) estaba sentado(a)			
D2.1	Estar de pie por largos periodos de tiempo como por ejemplo 30 minutos?	1	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	0	
D2.3	Moverse dentro de su casa	0	
D2.4	Salir de su casa ?	0	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	0	
	Domain Score	5%	0%
Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO			
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse) ?	0	
D3.2	Vestirse ?	0	
D3.3	Comer?	0	
D3.4	Quedarse solo(a) durante unos días?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos			
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce ?	0	
D4.2	Mantener una amistad ?	0	
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted ?	0	
D4.4	Hacer nuevos amigos?	0	
D4.5	Tener relaciones sexuales?	2	
	Domain Score	10%	0%
Dominio 5 ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Quehaceres de la casa, actividades domésticas			
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa ?	0	
D5.2	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	0	
D5.3	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	0	
D5.4	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer ?	0	
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario?	0	
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?	0	
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	0	
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario ?	0	
	Domain Score	0%	0%
Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD			

D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades) ?	1	
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	1	
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	
D6.4	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	0	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud" ?	0	
D6.6	Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud" ?	0	
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su condición de salud?	0	
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	0	
	Domain Score	9%	0%
	Overall Score	5,45%	0,00%

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

ANALISIS INDIVIDUAL

Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación

EVIDENCIA ADECUADA COMPRENCION Y COMUNICACIÓN.

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

CONSERVA LA FUNCIONALIDAD, CAMINA LARGAS DISTANCIAS, SIN EMBARGO DEBERA INCLUIR PLAN DE EJERCICIOS

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

REFIERE, REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE FORMA INDEPENDIENTE

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

REFIERE MANEJAR BUENAS Y SELECCIONAS RELACIONES INTERPERSONALES

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

SUS AIVD, LA REALIZA DE MANERA INDEPENDIENTE NO REQUIERE SUPERVISION

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

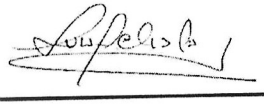
SU PARTICIPACION EN ACTIVIDADES SOCIALES. ES LIMITADA Y SELECCIONADA

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 5.45%/26.00% - DIFICULTAD LEVE

Se debera preservar la FUNCIONALIDAD DE LOS 6 DOMINIOS, especialmente en el dominio 6. es así como se deben establecer rutinas para: Actividad Física y Estimulacion Cognitiva, ademas de continuar siendo activo socialmente.

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



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

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR C.T.A. MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

ACTIVIDAD: **La Ley 1276 de 2009, establece** nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los Centros Vida. Esta ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de las categorías A1 a C18 del SISBÉN IV, contribuyendo así, a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Los servicios mínimos que ofrecerán los Centros Vida serán los siguientes:

SERVICIO	SI	NO
1. Alimentación.	X	
2. Orientación Psicosocial.	X	
3. Atención Primaria en Salud.	X	
4. Aseguramiento en Salud.	X	
5. Deporte, Cultura y Recreación.	X	
6. Auxilio Exequial.	X	
7. Manutención de alimentos	X	
8. Otras.	X	

DESCRIPCIÓN

De los posibles riesgos en las actividades y las que pudieran derivarse:

- Caída, especialmente en la zona húmeda, por lo que se recomienda hacer uso de sandalias.
- Lesión durante la realización de las actividades deportivas, recreativas, culturales y de manualidades, se recomienda seguir todas las indicaciones de los profesionales encargados de las actividades.
- Si presenta una patología de base pueden existir diferentes posibilidades de riesgo en la ejecución de las actividades anteriormente mencionadas, sin embargo, los profesionales tendrán presente estas en el momento de elaborar los planes de intervención y comunicarán las indicaciones pertinentes y/o restricciones de considerarlo necesario, con la intención de prevenir contratiempos.

Yo, Desiderio Antonio Valencia, con cedula N° 1367598, entiendo las actividades a realizar arriba descritas implican tener beneficios para mi salud además de la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas, según fui informado en detalle por parte de los orientadores de las actividades. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante las actividades y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo posible.

Firmado en la ciudad de: Pereira a los 28 del mes de Mayo del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: Desiderio Valencia

Firma – cedula - huella del acudiente: _____

Firma - cedula del orientador: 1225097595

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

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

NOMBRES – APELLIDOS: DESIDERIO VALENCIA

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?
	X	12. ¿Cuál es su EAPB?