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: 14 / MES: Abril / AÑO: 2025 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Dora Lopez Carvajal / C.C: 24050097 /

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:

Se observa que presenta disfunción familiar severa en el que no cuenta con un buen apoyo familiar, con relaciones poco colaborativas, escasa expresión emocional y nula capacidad para enfrentar tensiones.

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO
TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N°_____

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

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


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
LOPEZ CARVAJAL

NUIP 34.059.097

Nombres
DORA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 NOV 1958

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FILANDIA (QUINDIO)

Fecha y lugar de expedición
02 DIC 1977, PEREIRA

Firma

Dora Lopez C.

Fecha de expiración
27 ENE 2035


00

0745229724

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0745229724240 01<<<<<<<<<<<
5811018F3501276COL34059097<<<6
LOPEZ<CARVAJAL<<DORA<<<<<<<<<<<

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº_____

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 14 MES 04 AÑO 2025

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Dora Lopez Carvajal

LUGAR DE NACIMIENTO: Filandia FECHA: DIA 01 MES M AÑO 1958

DIRECCIÓN: Cl. 5 #76 -09, villavicencio

TELÉFONO: 3053333635

EDAD: 66 CATEGORÍA SISBEN: C18 DESPLAZADO _____ EPS Asmet Salud

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Juan Pablo Salazar Lopez
DIRECCIÓN Av. Sur - Paseo la castellana
TELEFONO 3207661116

OBSERVACIONES:

Documentos anexos: -Cédula (x) -Sisben (x) -Otro ( ) Cuál _____

Nombre del funcionario:
Daniela Londoño Montoya

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 ____/ MES _____/ AÑO _____/

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Dora lopez PARENTESCO _____/

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Cora Lopez Carvajal C.C 34059007 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 01 / M 11 / A 1958 / filandia / EDAD 66 / SEXO f /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA cl. 5 #76-09 / BARRIO villavicencio /

EPS Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN C18 / TIPO SANGRE O+ /

ETNIA: MESTIZO: __/ AFROCOLOMBIANO: __/ INDIGENA: __/ RAIZAL: __/ ROM: __/ OTRO: ___/

ESTADO CIVIL CASAD@ ____/ UNION LIBRE ___/ SEPARAD@ ___/ VIUD@ ____/ SOLTER@ X /

COMUNA villavicencio TELÉFONO FIJO _____/ CELULAR 3053333635 /

OCUPACION: ACTUAL No labora / ANTERIOR Operaria maquinas /

NIVEL ACADEMICO: PRIMARIA: ____/ SECUNDARIA: X / UNIVERSITARIA: ____/ OTRO: ___/

CUÁL: _____/ NINGUNO: ____/

PERSONA DE CONTACTO Juan Pablo Salazar /

DIRECCION Av sur - Paseo Castellana TELÉFONO 3207661116 PERENTESCO Hijo /

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

FISICA: HTA __/ DIABETES __/ OSTEOPOROSIS __/ ARTICULARES ___/ EPOC X /

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL ___/ OTRAS CUALES: _____/

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

AFECTACION MENTAL: ESTRÉS X / ANSIEDAD___/ DEPRESION ___/ DEMENCIA___/
OTRAS ___/ CUALES: _____/

AUTOPERCEPCION DE LA SALUD: MUY BUENA__/ BUENA__/ REGULAR X / MALA__/ MUY MALA__/

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICION FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION
1	Juan Pablo Salazar	35	Hijo	Administrativo
2	Mario Lopez	59	Hermano	Cotero

3	Uriel Lopez	68	Hermano	cuidador venidos
4				
5				
6				

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCION CON)

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

3. HABITOS 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 ALGUN PLAN DE EJERCICIO FISICO DIRIGIDO? NO X / SI ___/

CUAL? _____/

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACION ____/ CULTURA ____/ ARTES ____/ MANUALIDADDES X /

OTRAS: __/ CUÁLES: _____/

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Ejercicios de movilidad y fortalecimiento /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONOMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONOMICA:

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__
- 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 ___/ INVASION___/ CEDIDA __/

PRESTADA ___/ NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR___/ OTRO_____/

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

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

PUERTAS ___/ VENTANAS ___/ BAÑO INCOMPLETO___/ DIVISIONES ___/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES ___/ DORMITORIO COMPARTIDO___/

DORMITORIO AISLADO __/ HUMEDADES X/ ILUMINACION-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: Daniela Londoño Montoya/

PROFESION: Trabajadora Social / N° REGISTRO PROFESIONAL: 602441134

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: Oria

APELLIDOS: lopez Carvajal

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 01 / MES: 11 / AÑO: 1958

EDAD: 66 / SEXO f / CÉDULA DE CIUDADANIA: 34059097 / TIPO SANGRE: ot /

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: __/ INDIGENA: __/ AFROCOLOMBIANO: __/ RAIZAL: __/ ROM: __/ OTRO: ____/

DIRECCIÓN: cl.5 #76-09 / BARRIO: villavicencio

COMUNA: villavicencio / VEREDA: ____/

TELEFONO FIJO: ____/ CELULAR: 3053333635 / PLAN FUNERARIO: la Paz

S.G.S.S.S: C: __/ S: __/ V: __/ O: __/ E.P.S: Asmet Salud / PUNTAJE SISBEN C18 /

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Leotiroxina x 50 mg /

ALERGIA A MEDICAMENTOS: ____/

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

FACTORES DE RIESGO: TABACO: ____/ ALCOHOL: ____/ SEDENTARISMO: X / OTRO: ____/

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Juan Pablo Salazar /

PARENTESCO: Hijo / TEL FIJO: ____/ TEL CELULAR: 3207661116 /

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: ____/

DIRECCION: ____/ TELEFONOS: ____/

CORREO ELECTRONICO: ____/

ANEXOS. CEDULA: ( ) SISBEN: ( ) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: (X) CONSENTIMIENTO INFORMADO: ( ) OTRO: CUAL____/

Alcaldía de
PEREIRA

APROBACIÓN 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 Dora	Apellidos LoPez Caivajal
Documento de identidad 34059097	Expedida 02/12/1977

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
	Inferior	Igual	Superior	Enfermedad mental		Alcohol	
SISBEN:	A	B	C 18	Sustancias psicoactivas		Soledad	
Edad superior o igual a 55 años			X	Abandono familiar		Sedentarismo	
Ingresos económicos 1smlv	X			Violencia intrafamiliar		Tabaco	
Disponibilidad de tiempo	Si X		No	Signos de desnutrición		Ninguno	Y

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 14 Mes 04 Año 2021

Firma

_____
Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

_____

_____
Nombre Gerontólogo(a)

_____

Daniela Londoño
Nombre Psicólogo(a)

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

IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: Dora

SEGUNDO NOMBRE:

PRIMER APELLIDO: Lopez

SEGUNDO APELLIDO: Carvajal

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

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

Fecha de Nacimiento: 01/11/1958

No. Documento 34059093

RANGO DE EDAD:

			AÑOS CUMPLIDOS	
1	X	MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)	6	6
2		MAYOR DE 55 AÑOS		

SEXO:

1		HOMBRE
2	X	MUJER
3		LGBTI

DATOS SISBEN:

Est

			PUNTAJE
1	X	SI	C1E
2		NO	

ESTADO CIVIL:

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

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

						CUAL
1	X	SI	1		CONTRIBUTIVA	Asmet Salud
2		NO	2	X	SUBSIDIADA	

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

1		NINGUNO	5		SECUNDARIA INCOMPLETA	9	UNIVERSITARIA INCOMPLETA
2		PRIMARIA COMPLETA	6		TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA	10	POSTGRADO COMPLETO
3		PRIMARIA INCOMPLETA	7		TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA	11	POSTGRADO INCOMPLETO
4	X	SECUNDARIA COMPLETA	8		UNIVERSITARIA COMPLETA	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

coser y manualidades

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

VEREDA:

1 [ ] RURAL — 2 [X] URBANA — DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Cls. #76-09

NOMBRE DE LA FINCA: BARRIO: villavicencio

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: 3053333635 EMAIL:

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Juan Pablo Salazar PARENTESCO: Hijo

TELÉFONO DE CONTACTO: 3207661116

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

Generarle espacio de socialización con otras personas y ejercicios

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Debe tomar Leotiroxina

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Daniela Londoño Montoya

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
14	04	25

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA *Dora Lopez C...

Huella

OBSERVACIONES:

C.T.A.MULTISER	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 Multiser 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 14 días del mes de 04 del año 2025.

Firma: Dora López Carvajal

Nombre: Dora López Carvajal

Identificación: 34059097

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

NOMBRE COMPLETO: Dora Lopez Carvajal	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34059097
GRUPO: Amarillo - P.M.	EVALUADO POR: JHONN FELIPE AGUDELO
FECHA DE APLICACIÓN: DIA: 21 /	MES: Abril / AÑO: 2025 /

CÓDIGOS:	I=INDEPENDIENTE (2 PUNTOS)	A=REQUIERE ASISTENCIA (1 PUNTO)	D= DEPENDIENTE (0 PUNTOS)

Información obtenida del:

USUARIO	ACOMPAÑANTE	ACTIVIDAD	GUIA PARA LA EVALUACION I=2 A=1 D=0
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números D= Totalmente dependiente para realizar una llamada por teléfono por sí mismo
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	I= Viaja con independencia en transportes públicos o condice su propio auto A= Solo viaja si lo acompaña alguien D= No puede viajar en absoluto
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	IR DE COMPRAS	I= Realiza todas las compras con independencia A= Necesita compañía para realizar cualquier compra D=Totalmente independiente para ir de compras
I A D Puntuación: I	I A D Puntuación:	PREPARACION DE LA COMIDA	I= Organiza, prepara y sirve los alimentos adecuadamente y con independencia A=Calienta, sirve y prepara alimentos ligeros, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda D= Necesita que le preparen y sirvan los alimentos

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
EVALUACION – AIVD – ESCALA LAWTON		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

IAD Puntuación: I	IAD Puntuación:	**CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS**	I= Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta A=Toma de medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis D= Incapaz de administrarse su medicación
IAD Puntuación: I	IAD Puntuación:	**MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS**	I= Maneja los asuntos económicos con independencia A=Realiza gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta del banco y hacer grandes compras, etc D= Incapaz de manejar su dinero

TOTAL 12 TOTAL _____

Máxima dependencia: 0 puntos **Independencia total: 8 puntos**

ANALISIS: Usuaria con total independencia en actividades cotidianas.

Jhonn Felipe Agudelo.
NOMBRE PERSONA EVALUADORA

Dora López Carvajal
FIRMA PERSONA EVALUADA

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

NOMBRE COMPLETO	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD**
Dora Lopez Carvajal	34059097
GRUPO:	**EVALUADO POR:**
Amarillo - p.m.	Jhonn Felipe Agudelo.

FECHA DE APLICACIÓN: **DIA:** 24 / **MES:** Abril / **AÑO:** 2025 /

EVALUACION DEL EQUILIBRIO

(Coloque una **silla** dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al Adulto Mayor para las siguientes maniobras).

1. AL SENTARSE:

0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla **o** cae fuera del centro de la silla.
1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.
X = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. EQUILIBRIO MIENTRAS ESTÁ SENTADO:

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente **o** se inclina hacia el frente o hacia el lado).
1 = se inclina levemente **o** aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
X = firme, seguro, erguido.

3. AL LEVANTARSE:

0 = incapaz sin ayuda **o** pierde el balance **o** requiere más de 3 intentos.
1 = capaz, pero requiere 3 intentos.
X = capaz en 2 intentos o menos.

4. EQUILIBRIO INMEDIATO AL PONERSE DE PIÉ (PRIMEROS 5 SEG):

0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
1 = estable, pero usa andador o bastón, **o** se tambalea levemente, pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
X = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pié: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

5. EQUILIBRIO CON PIES LADO A LADO:

0 = incapaz **o** inestable **o** sólo se mantiene ≤ 3 segundos.
1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte **o** sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.
2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos.

6. PRUEBA DEL TIRÓN

(El Adulto Mayor en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):

0 = comienza a caerse.
1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

7. SE PARA CON LA PIERNA DERECHA SIN APOYO:

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 5, ___ segundos

8. SE PARA CON LA PIERNA IZQUIERDA SIN APOYO:

0 = incapaz **o** se apoya en objetos de soporte **o** capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ___ 5, ___ segundos

9. POSICIÓN DE SEMI-TÁNDEM:

0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (, ambos pies tocándose) **o** comienza a caerse **o** se mantiene ≤ 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos

10. POSICIÓN TÁNDEM:

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro **o** comienza a caerse **o** se mantiene por ≤ 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
X = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: 1 0, ___ segundos

11. SE AGACHA (para recoger un objeto del piso):

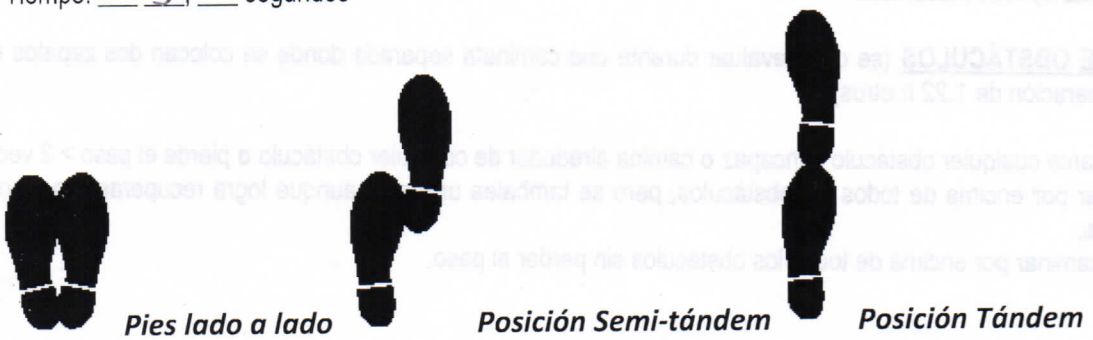
0 = incapaz **o** se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
X = capaz y firme.

12. SE PARA EN PUNTILLAS:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
X = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___ 3, ___ segundos

13. SE PARA EN LOS TALONES:

0 = incapaz.
1 = capaz, pero por < 3 segundos.
X = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ___ 3, ___ segundos



Pies lado a lado *Posición Semi-tándem* *Posición Tándem*

Alcaldía de PEREIRA	**DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE PEREIRA** **SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO** **COOPERATIVA MULTISER** **NIT: 900415283-4**	
ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		**Versión: 1** **Código: 1.1** **Vigencia: 08-2024**

EVALUACION DE LA MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (Mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.
Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____

1. INICIO DE LA MARCHA (Inmediatamente después de decirle "camine"):

0 = cualquier vacilación **o** múltiples intentos para comenzar.
1 = sin vacilación.

2. TRAYECTORIA (estimada en relación con la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.

0 = marcada desviación.
1 = moderada **o** leve desviación **o** utiliza ayudas.
2 = recto, sin utilizar ayudas.

3. PIERDE EL PASO (tropieza o pérdida del balance):

0 = sí, y hubiera caído **o** perdió el paso más de 2 veces.
1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
2 = no.

4. DA LA VUELTA (mientras camina):

0 = casi cae.
1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

5. CAMINAR SOBRE OBSTÁCULOS (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz **o** camina alrededor de cualquier obstáculo **o** pierde el paso > 2 veces.
1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco, aunque logra recuperarse **o** pierde el paso una o dos veces.
2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
ESCALA TINETTI MODIFICADO E INSTRUCTIVO		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

INTERPRETACIÓN

1. A mayor puntuación mejor funcionamiento.
2. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12.
3. La máxima puntuación para la subescala del equilibrio 16.
4. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.
5. A mayor puntuación>>>menor riesgo

9/9
26/26
35/35

ANALISIS DEL RESULTADO

Usuaria con bajo nivel de riesgo de caida. Presenta una puntuacion perfecta, se observa marcha y equilibrio solido. Se recomienda trabajo fisico general para mantener y mejorar condiciones actuales.

Puntaje obtenido 35 de 35.

FIRMA – EVALUADOR

DORA LÓPEZ CARVAJAL.

FIRMA PERSONA EVALUADA

Alcaldía de PEREIRA	MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER - NIT: 90041528-4	Versión: 1 - Código: 1.1 - Vigencia 08 - 2024

ENCUESTA DE SATISFACCION - CALIFICACION DE LOS SERVICIOS

Apreciado usuario(a). Trabajamos día a día para ofrecerle el mejor servicio con calidad y excelencia. Su opinión es importante para nosotros. Le agradecemos diligenciar la presente encuesta de satisfacción.

Nombre del Usuario: Dora López Carvajal

N° Identificación: 34059097

Fecha		HOMBRE ☐	MUJER ☒	Jornada	Tarde

Tipo de usuario

Adulto Mayor	X	Madre Cabeza de Hogar	
Discapacitado		Campesino	
Desplazadc		Otro:	
Víctima del Conflicto		Cual:	

Canasta de servicios recibidos - Ley 1276/2009 - Articulo 11 - Numerales 1 al 11

ASPECTOS A EVALUAR

1. SERVICIO

¿Cómo califica la calidad del servicio recibido en el centro vida?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

2. INSTALACIONES Y RECURSO

¿Cómo se siente con el uso de las instalaciones del Centro Vida Oriente?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

3. HORARIOS DE ATENCIÓN

¿Está satisfecho con el cumplimiento de los horarios establecidos?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

4. EXPECTATIVAS DEL SERVICIO

¿Está satisfecho con la variedad y calidad de las actividades ofrecidas?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

5. TALENTO HUMANO

En general, ¿cómo valora el trato recibido por parte del personal?

☒ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho

OBSERVACIONES:

Gracias por su colaboración

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL

Documento:	CC 34.059.097			**H.C.**	34059097
Fecha nacimiento:	Nov.01/1958	**Edad:**	66 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CL 5 N 7 B 09	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 2
Atención:	53	**Fecha:**	Mar.12/2025	**Hora:**	08:31
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Motivo consulta: PARA REVISAR UNOS EXAMENES

Enfermedad actual: PACIENTE HIPOTIROIDEA EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA DE 50 MG , Y EN SEGUIMIENTO POR DISLIPIDEMIA MIXTA, REFIERE QUE SE REALIZO PARACLINICOS RECIENTEMENTE Y ASISTE PARA PRESENTARLOS .
EN EL SISTEMA SOLO APARECE LA SANGRE OCULTA EN HECES QUE FUE NEGATIVO, LOS DEMAS NO HAN SIDO REPORTADOS AUN
TRAE ECOGRAFIA DE TIROIDES TOMADA EL 18-01-25 LA CUAL REPORTO: "GLANDULA TIROIDEA CON ALTERACIONES ESTRUCTURALES LO CUAL PUDIERA ESTAR RELACIONADO A SIGNOS DE PATOLOGIA TIROIDEA CRONICA- NODULO SOLIDO OVALADO HETEROGENEO PREDOMINANTEMENTE ISO ECOGENICO CON EL PÁRENQUIMA DE MARGENES DEFINIDOS- NODULO MIXTO (SOLIDO QUISTICO) PREDOMINANTEMENTE SOLIDO EN TERCIO SUPERIOR DE LOBULO IZDO. - IMAGENES NODULARES DEL NODULO TIROIDEO IZQUIERDO"
REFIERE ADEMAS QUE TIENE GASTRITIS QUE EMPEORA EN LAS TARDES DESPUES DE LAS COMIDAS.
REFIERE ADEMAS MUCHO DOLOR EN LAS PIERNAS, APARICION DE LESIONES TORTUOSAS BILATERALES DE PREDOMINIO DERECHO
SOLICIRTA RENOVAR LA ORDEN DE LA MAMOGRAFIA PUES SE LE VENCIO

Revisión por sistemas:

ANTECEDENTES MÉDICOS (solo antecedentes positivos):

Antecedentes Patológicos

Diabetes mellitus	
Cáncer	MADRE PADRE , ABUELOS 15-10-2021 11:06
Otros	CA DE MAMA 23-02-2023 14:56 ANTECEDENTE DE CA DE MAMA HACE 15 AÑOS SIN CONTROL DE MAMOGRAFIA . ADEMAS ANTECEDENTE DE HIPOTROIDISMO TOMA TIROXINA 50 MCG DIA NO TIENE TSH DE CONTROL 13-06-2019 16:59 EN TTO 02-02-2022 14:25 EN TTO 05-12-2020 09:41
Dislipidemias	
Hipotiroidismo	

Antecedentes Quirúrgicos

Cirugías mayores o menores realizadas (Que cirugía - tiempo transcurrido)	CANCER MAMA 02-05-2019 10:50 CESAREA , ESPOLON CALCANEO 05-12-2020 09:41 CIRUGIA MAMA DERECHA ,CA ;; 16-07-2021 14:15

Antecedentes Alérgicos

Medicamentos	NIEGA 09-08-2023 11:32

Antecedentes familiares

Diabetes mellitus	PADRES ABUELOS 15-10-2021 11:07

Tratamiento en el cuello

Otros	OPERACION DE OVARIO POLIQUISTICO 02-05-0019 00:00 OPERACION DE OVARIO POLIQUISTICO - MASTECTOMIA PARCIAL SENO DERECHO POR " CANCER " AÑO 2004 22-04-0021 00:00

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL

Documento:	CC 34.059.097			**H.C.**	34059097
Fecha nacimiento:	Nov.01/1958	**Edad:**	66 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CL 5 N 7 B 09	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 2
Atención:	53	**Fecha:**	Mar.12/2025	**Hora:**	08:31
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

	0021 00:00
TABAQUISMO	
Fuma	NO 22-04-2021 10:16
Otros antecedes	
Ha utilizado DIU alguna vez	NO 22-04-2021 10:16
ATENCION DEL ADULTO	
Se realiza atención integral al adulto?	SI 17-05-0022 00:00
Se hace valoración de agudeza visual?	SI 17-05-0022 00:00
Se identifica disminución de la agudeza auditiva?	NO 17-05-0022 00:00
Se solicitan paraclínicos del adulto?	SI 17-05-0022 00:00
Uso de cigarrillo (inicio, tiempo y cantidad, hace cuanto lo dejo)	NO 17-05-0022 00:00
Consumo de sustancias psicoactivas o alcohol?	NO 17-05-0022 00:00
Tiene buenos hábitos en la alimentación? (consumo habitual de frutas, verduras, proteína, agua)	SI 17-05-0022 00:00
¿Realiza actividades físicas, deportivas, culturales o grupales?	NO 17-05-0022 00:00
Presenta síntomas de ansiedad o depresión? (llanto frecuente, insomnio, autoagresión, ideas suicidas, etc.)	NO 17-05-0022 00:00
Se instruye en autoexamen de mama?	SI 17-05-0022 00:00
Se solicita mamografía?	SI 17-05-0022 00:00
Se realizo citología en el último año?	NO 17-05-0022 00:00
Se instruye en autoexamen de testículo?	NP 17-05-0022 00:00
Se solicita examen de próstata? ¿Cual?	NP 17-05-0022 00:00
Asistió a salud oral en el último año?	NO 17-05-0022 00:00
Se brinda al adulto educación en: estilos de vida saludable, buenos hábitos nutricionales, actividad física, protección contra infecciones de trasmisión sexual y abuso, ocupación del tiempo libre y salud mental.	SI 17-05-0022 00:00
PRE - POS TEST	
PRETEST VIH-SIDA	SI 25-02-2025 14:00
Ha recibido información sobre el VIH-SIDA?	SI 25-02-2025 14:00
Tiene en cuenta los conocimientos recibidos?	SI 25-02-2025 14:00
Utiliza el condón?	NO RELACIONES SEXUALES 25-02-2025 14:00
Con que frecuencia usa el condón?	NA 25-02-2025 14:00
Por qué no lo utiliza?	NO RELACIONES SEXUALES 25-02-2025 14:03
Por qué utiliza el condón solo algunas veces ?	NA 25-02-2025 14:03
Utiliza correctamente el condón ?	NA 25-02-2025 14:03
Tiene pareja estable ?	NO 25-02-2025 14:03
Cuántas parejas ha tenido en los últimos cinco años?	0 25-02-2025 14:03
Posibles mecanismos de transmisión?	HETEROSEXUAL 25-02-2025 14:03
Enfermedades asociadas al VIH?	NIEGA 25-02-2025 14:03
Qué haría si recibiera un resultado positivo ?	INICIO CONTROL MEDICO 25-02-2025 14:03
Si recibiera un resultado positivo con quién la gustaría compartirlo?	MEDICO 25-02-2025 14:03
Qué haría si recibiera un resultado negativo ?	ME CUIDO 25-02-2025 14:03
Cómo se encuentra emocionalmente el paciente ?	TRANQUILA 25-02-2025 14:03
Debe tomarse la prueba para VIH?	SI 25-02-2025 14:03

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL

Documento:	CC 34.059.097			**H.C.**	34059097
Fecha nacimiento:	Nov.01/1958	**Edad:**	66 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CL 5 N 7 B 09	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 2
Atención:	53	**Fecha:**	Mar.12/2025	**Hora:**	08:31
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Por qué debe tomarse la prueba de VIH?	SOLICITUD MEDICA 25-02-2025 14:03
Estado mental	CONSCIENTE 25-02-2025 14:03
Conducta a seguir	SE DIRECCIONA LA LABORATORIO 25-02-2025 14:03
Se le ha realizado PRETEST anteriormente?	1A VEZ 25-02-2025 14:03
EXAMEN FISICO	
Cabeza	Normal 02-05-2019 10:54 Normal 13-08-2019 17:00 Normal 06-12-2019 11:00 Normal 03-06-2020 09:13 Normal 27-08-2020 12:22 Normal 05-12-2020 09:45 Normal 22-04-2021 09:30 Normal 16-07-2021 14:29 Normal 26-08-2021 07:34 Normal 15-10-2021 11:17 Normal 12-11-2021 12:28 Normal 02-02-2022 14:25 Normal 17-05-2022 07:40 Normal 23-11-2022 14:38 Normal 06-03-2024 13:38 Normal 03-09-2024 12:23 Normal 12-03-2025 08:45
Ojos	No Evalúo 02-05-2019 10:54 Normal 05-12-2020 09:45
Fondo de Ojo	No Evalúo 02-05-2019 10:54 No Evalúo 22-04-2021 09:30
Oidos	Normal 05-12-2020 09:45 No Evalúo 02-05-2019 10:54 Normal 05-12-2020 09:45 Normal 22-04-2021 09:30 Normal 15-10-2021 11:17 Normal 12-11-2021 12:29
Nariz y senos paranasales	Anormal Cornetes Asumentados De Volumen, Obst Nasl Marcada ,,Dolor A La Palpacion Region Frontal Supraorbitaria , 12-11-0021 00:00
Boca	No Evalúo 02-05-2019 10:54 Normal 05-12-2020 09:45 Normal 22-04-2021 09:31 Normal 12-03-2025 08:45 No Evalúo 02-05-2019 10:54 No Evalúo 03-06-2020 09:13 No Evalúo 27-08-2020 12:22 Normal 13-08-2019 17:00 Normal 06-12-2019 11:00 Normal 05-12-2020 09:45

ESE SALUD PEREIRA
Nit: 816.005.003-5
HISTORIA CONSULTA EXTERNA

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL

Documento:	CC 34.059.097			**H.C.**	34059097
Fecha nacimiento:	Nov.01/1958	**Edad:**	66 Años	**Sexo:**	Femenino
Dirección:	CL 5 N 7 B 09	**Teléfono:**		**Ciudad:**	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			**Etnia:**	Otros
Número de Ficha:				**Nivel:**	Nivel 2
Atención:	53	**Fecha:**	Mar.12/2025	**Hora:**	08:31
Causa externa:	Enfermedad General	**Finalidad:**	No Aplica		

Garganta	Normal 22-04-2021 09:31 Normal 16-07-2021 14:29 Normal 26-08-2021 07:34 Normal 15-10-2021 11:17 Normal 12-11-2021 12:29 Normal 02-02-2022 14:26 Normal 17-05-2022 07:40 Normal 23-11-2022 14:38 Normal 06-03-2024 13:38 Normal 03-09-2024 12:23 Normal 12-03-2025 08:45 No Evalúo 02-05-2019 10:54 No Evalúo 03-06-2020 09:13 No Evalúo 27-08-2020 12:22 Normal 13-08-2019 16:53 Normal 06-12-2019 11:00 Normal 05-12-2020 09:45 Normal 22-04-2021 09:30 Normal 16-07-2021 14:29 Normal 26-08-2021 07:34 Normal 15-10-2021 11:11 Normal 12-11-2021 12:28 Normal 02-02-2022 14:26 Normal 17-05-2022 07:40 Normal 23-11-2022 14:39 Normal 06-03-2024 13:38 Normal 03-09-2024 12:23 Normal 12-03-2025 08:45
Cuello	No Evalúo 02-05-2019 10:54 No Evalúo 03-06-2020 09:13 No Evalúo 27-08-2020 12:22 Normal 13-08-2019 16:53 Normal 06-12-2019 11:00 Normal 05-12-2020 09:45 Normal 22-04-2021 09:30 Normal 16-07-2021 14:29 Normal 26-08-2021 07:34 Normal 15-10-2021 11:11 Normal 12-11-2021 12:28 Normal 02-02-2022 14:26 Normal 17-05-2022 07:40 Normal 23-11-2022 14:39 Normal 06-03-2024 13:39 Normal 03-09-2024 12:23 Normal 12-03-2025 08:45 No Evalúo 02-05-2019 10:54
Mamas y axilas	

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL
Documento: CC 34.059.097
Fecha nacimiento: Nov.01/1958
Dirección: CL 5 N 7 B 09
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Número de Ficha:
Atención: 53
Causa externa: Enfermedad General
Edad: 66 Años
Teléfono:
Fecha: Mar.12/2025
Finalidad: No Aplica
H.C. 34059097
Sexo: Femenino
Ciudad: PEREIRA
Etnia: Otros
Nivel: Nivel 2
Hora: 08:31

Tonsi

Normal 09-12-2019 11:00
Normal 22-04-2021 09:30
Normal 29-08-2021 07:34
Normal 17-05-2022 07:40
Normal 06-03-2024 13:39
Normal 03-09-2024 12:23
Normal 12-03-2025 08:45

Pulmones

Normal Simetrico 09-12-2019 00:00
No Evalúo 02-05-2019 10:55
Normal 22-04-2021 09:30
Normal 29-08-2021 07:34
Normal 17-05-2022 07:40
Normal 06-03-2024 13:39
Normal 03-09-2024 12:23
Normal 12-03-2025 08:45
Normal Campos Pulmonares Limpios 09-12-2019 00:00
Normal Murmullo Vesicular Limpio, Sin Ruidos Sobreagregados. 03-09-2024 00:00
Normal Murmullo Vesicular Presente En Todos Los Campos Pulmonares, Sin Sobreagregados. 06-03-2024 00:00
No Evalúo 02-05-2019 10:55
Normal 22-04-2021 09:31
Normal 29-08-2021 07:34
Normal 02-02-2022 14:26
Normal 17-05-2022 07:40
Normal 12-03-2025 08:45

Corazón

Evaluados Ruos Ritmicos No Soplos , Tendencia Taquicardia 22-04-2021 09:31
Normal Ruidos Cardiacos Ritmicos 09-12-2019 00:00
Normal Ruidos Cardiacos Ritmicos, De Buena Intensidad, Sin Soplos O Galope. 03-09-2024 12:23
Normal Ruidos Cardiacos Ritmicos, Cubiculo Con Pulsos Periféricos, Sin Soplos. 06-03-2024 00:00
No Evalúo 02-05-2019 10:55
No Evalúo 03-06-2020 09:13
No Evalúo 27-08-2020 12:22
Normal 13-08-2019 16:56
Normal 05-12-2020 09:46
Normal 16-07-2021 14:29
Normal 29-08-2021 07:34
Normal 15-10-2021 11:11
Normal 12-11-2021 12:26
Normal 02-02-2022 14:26
Normal 17-05-2022 07:40
Normal 23-11-2022 14:39
Normal 12-03-2025 08:45

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL
Documento: CC 34.059.097
Fecha nacimiento: Nov.01/1958
Dirección: CL 5 N 7 B 09
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Número de Ficha:
Atención: 53
Causa externa: Enfermedad General
Edad: 66 Años
Teléfono:
Fecha: Mar.12/2025
Finalidad: No Aplica
H.C. 34059097
Sexo: Femenino
Ciudad: PEREIRA
Etnia: Otros
Nivel: Nivel 2
Hora: 08:31

Abdomen

Normal Blando Depresible No Masa No Megalias, No Signos De Irritacion Peritoneal 06-12-0019 00:00
Normal Blando, Depresible, No Doloroso A La Palpación Superficial Ni Profunda, Sin Presencia De Masas Ni Visceromegalias, Sin Signos De Irritación Peritoneal, Peristaltismo Presente 06-03-0024 00:00
Normal Blando, Depresible, Sin Evidencia De Dolor A La Palpación, Peristaltismo Presente Sin Alteraciones, No Masas U Organomegalias, Sin Signos De Irritación Peritoneal 03-09-0024 00:00
Anormal Dolor A La Palpacion De Epigastrio 12-03-0025 00:00
Anormal Dolor A La Palpacion Epigastrio , 02-02-0022 00:00
Anormal Dolor A La ¿Palpacion Epigastrio 12-11-0021 00:00
Evaluados Puño Percusion + Izquierda 22-04-0021 00:00
No Evalúo 02-05-2019 10:55
No Evalúo 03-06-2020 09:13
No Evalúo 27-08-2020 12:22
Normal 13-08-2019 16:56
Normal 05-12-2020 09:46
Normal 16-07-2021 14:29
Normal 29-08-2021 07:34
Normal 15-10-2021 11:11
Normal 17-05-2022 07:40
Normal 23-11-2022 14:39

Genitourinario

Normal No Se Palpan Masas Ni Adenopatias Axilares No Se Aprecia Cambios De La Piel En Mamas Ni Secreciones 23-11-0022 00:00
No Evalúo 02-05-2019 10:55
No Evalúo 22-04-2021 09:30
Normal 13-08-2019 16:56
Normal 05-12-2020 09:46
Normal 12-11-2021 12:28
Normal 17-05-2022 07:40
Normal 06-03-2024 13:39
Normal 03-09-2024 12:23
Normal 12-03-2025 08:45

Tacto vaginal

No Evaluado 12-11-2021 12:28
No Evaluado 17-05-2022 07:40
No Evaluado 06-03-2024 13:39
No Evaluado 03-09-2024 12:23
No Evaluado 12-03-2025 08:45

Tacto rectal

No Evaluado 05-12-2020 09:46
No Evaluado 12-11-2021 12:28
No Evaluado 17-05-2022 07:40
No Evaluado 06-03-2024 13:39
No Evaluado 03-09-2024 12:23
No Evaluado 12-03-2025 08:45
No Evalúo 02-05-2019 10:55
Normal 12-11-2021 12:28

Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL
Documento: CC 34.059.097
Fecha nacimiento: Nov.01/1958
Dirección: CL 5 N 7 B 09
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Número de Ficha:
Atención: 53
Causa externa: Enfermedad General
Edad: 66 Años
Teléfono:
Fecha: Mar.12/2025
Finalidad: No Aplica
H.C. 34059097
Sexo: Femenino
Ciudad: PEREIRA
Etnia: Otros
Nivel: Nivel 2
Hora: 08:31

Sistema Vascular periférico

Normal 17-05-2022 07:40
Normal 06-03-2024 13:39
Normal 03-09-2024 12:23
Normal 12-03-2025 08:45
No Evalúo 02-05-2019 10:55
Normal 12-11-2021 12:28
Normal 02-02-2022 14:26
Normal 17-05-2022 07:40
Normal 06-03-2024 13:39
Normal 03-09-2024 12:23
Normal 12-03-2025 08:45

Piel y faneras

Anormal Herida No Supurativa En Region Occipital Derecha En Proceso De Cicatrizacion 15-10-0021 00:00
No Evalúo 02-05-2019 10:55
Normal 05-12-2020 09:46
Normal 16-07-2021 14:30
Normal 29-08-2021 07:34
Normal 06-03-2024 13:40
Normal 03-09-2024 12:23
Normal 12-03-2025 08:45

Sistema Osteomuscular

Anormal Dolor A Movilizacion M De Cadera Izquierda 13-08-0019 00:00
No Evalúo 02-05-2019 10:55
Normal 05-12-2020 09:46
Normal 16-07-2021 14:30
Normal 12-11-2021 12:28
Normal 02-02-2022 14:26
Normal 17-05-2022 07:40
Normal 06-03-2024 13:39
Normal 03-09-2024 12:23
Normal 12-03-2025 08:45

Otros

Anormal Trastorno De Ansiedad 02-05-0019 00:00
Normal 09-12-2019 11:00
Normal 29-08-2021 07:34
Normal 06-03-2024 13:40
Normal 03-09-2024 12:23

Especuloscopia

No Evaluado 12-11-2021 12:28
No Evaluado 17-05-2022 07:40
No Evaluado 06-03-2024 13:39
No Evaluado 03-09-2024 12:23
No Evaluado 12-03-2025 08:45

Extremidades

Normal No Edemas 22-04-0021 00:00
Normal Glasticas No Edemas 06-12-0019 00:00
Anormal Tortuosidades Varicosas Bilateralmente 12-03-0025 00:00
Anormal Venas Varicosas Que Comprometen Ambas Maneras Inferiores ,Edema Moderado , 16-07-0021 00:00

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL
Documento: CC 34.059.097
Fecha nacimiento: Nov.01/1958
Dirección: CL 5 N 7 B 09
Entidad: ASMETSALUD EPS SAS
Número de Ficha:
Atención: 53
Causa externa: Enfermedad General
Edad: 66 Años
Teléfono:
Fecha: Mar.12/2025
Finalidad: No Aplica
H.C. 34059097
Sexo: Femenino
Ciudad: PEREIRA
Etnia: Otros
Nivel: Nivel 2
Hora: 08:31

Anormal 13-08-2019 16:56
Anormal 05-12-2020 09:46
No Evalúo 02-05-2019 10:55
No Evalúo 03-06-2020 09:13
No Evalúo 27-08-2020 12:22
Normal 29-08-2021 07:34
Normal 15-10-2021 11:11
Normal 12-11-2021 12:28
Normal 02-02-2022 14:26
Normal 17-05-2022 07:40
Normal 23-11-2022 14:39
Normal 06-03-2024 13:40
Normal 03-09-2024 12:23

Total: 0
Clasificación:

Tipo de población
Paciente LGBTI

No 02-02-2022 14:32
No 17-05-2022 07:38
No 23-11-2022 14:26
No 06-03-2024 13:46
No 03-09-2024 12:23
No 12-03-2025 08:44

Total: 0
Clasificación:

TECNOLOGÍAS BLANDAS
NO CORRESPONDE

Histórico para seguimiento

Fecha	Hora	Total	Título	Clasificación	Profesional

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL

Documento:	CC 34.059.097			H.C.	34059097
Fecha nacimiento:	Nov.01/1958	Edad:	66 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CL 5 N 7 B 09	Teléfono:		Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			Etnia:	Otros
Número de Ficha:				Nivel:	Nivel 2
Atención:	53	Fecha:	Mar.12/2025	Hora:	08:31
Causa externa:	Enfermedad General	Finalidad:	No Aplica		

EXAMEN FÍSICO:

Inspeccion General

Estado general: SATISFACTORIO

Peso:	56 K	**Talla:**	152 cms	**Índice Masa Corporal:**	24.2 Normal
Presión Arterial Sentado:	110/70	**Parada:**	/	**Acostada:**	/
Temperatura:	37° °C Axilar			**Frecuencia Respiratoria:**	20 / min
Frecuencia Cardiaca:	80 / min	**Pulso:**	80 / min Rítmico	**Escala Glasgow:**	
Concentración de Oxigeno en el Aire Inspirado:	%			**Saturación de Oxigeno:**	%
Glucometer:	mg/dl			**Perimetro Abdominal:**	

EXAMEN FISICO

Cabeza	Normal	
Ojos	Normal	
Fondo de Ojo	Normal	
Oidos	Normal	
Nariz y senos paranasales	Normal	
Boca	Normal	
Garganta	Normal	
Cuello	Normal	
Mamas y axilas	Normal	
Tórax	Normal	
Pulmones	Normal	
Corazón	Normal	
Abdomen	Anormal	DOLOR A LA PALPACION DE EPIGASTRIO
Genitourinario	Normal	
Especuloscopia	No Evaluado	
Tacto vaginal	No Evaluado	
Tacto rectal	No Evaluado	
Neurológicos (reflejos, sensibilidad, motricidad, estado de conciencia)	Normal	

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL

Documento:	CC 34.059.097			H.C.	34059097
Fecha nacimiento:	Nov.01/1958	Edad:	66 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CL 5 N 7 B 09	Teléfono:		Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			Etnia:	Otros
Número de Ficha:				Nivel:	Nivel 2
Atención:	53	Fecha:	Mar.12/2025	Hora:	08:31
Causa externa:	Enfermedad General	Finalidad:	No Aplica		

Sistema Vascular periférico	Normal	
Sistema Osteomuscular	Normal	
Extremidades	Anormal	TORTUOSIDADES VARICOSAS BILATERALES
Piel y faneras	Normal	
Otros		

Resultados Externos

Examén: ECOGRAFIA DE TIROIDES
Fecha: Mar.12/2025 **Hora:** 08:40
Interpretación: "GLANDULA TIROIDEA CON ALTERACIONES ESTRUCTURALES LO CUAL PUDIERA ESTAR RELACIONADO A SIGNOS DE PATOLOGIA TIROIDEA CRONICA- NODULO SOLIDO OVALADO HETEROGENEO PREDOMINANTEMENTE ISO ECOGENICO CON EL PARENQUIMA DE MARGENES DEFINIDOS- NODULO MIXTO (SOLIDO QUISTICO) PREDOMINANTEMENTE SOLIDO EN TERCIO SUPERIOR DE LOBULO IZDO. - IMAGENES NODULARES DEL NODULO TIROIDEO IZQUIERDO"

ANALISIS:

SE LE INDICA A LA PACIENTE ACUDIR AL HOSPITAL DEL CENTRO PARA RECLAMAR SUS RESULTADOS
SE ACTUALIZA ORDEN DE MAMOGRAFIA
SE REMITE A CX GENERAL POR NODULOS TIROIDEOS A ESTUDIO
SE FORMULA LEVOTIROXINA PARA 4 MESES
SE SOLICITA DOPPLER DE MIEMBROS INFERIORES.

DIAGNOSTICOS:

			TIPO DIAGNOSTICO
Diagnostico Principal	E041	NODULO TIROIDEO SOLITARIO NO TOXICO	Confirmado nuevo
Relacionado 1	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	Confirmado nuevo
Relacionado 2	Z123	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DE LA MAMA	Confirmado nuevo
Relacionado 3	K297	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	Confirmado nuevo
Relacionado 4	I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	Confirmado nuevo

Rayos X - Imagenologia

XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA, BILATERAL - TAMIZAJE BIALATERAL
ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES - SS ECO DOPPLER DE AMBOS MIEMBROS INFERIORE

Medicamentos

ESOMEPRAZOL 20MG TABLETA RECUBIERTA ENTERICA	20MG	TABLETA RECUBIERTA ENTERICA	TOMAR UNA TAB EN AYUNAS VIA ORAL	30 (TREINTA)

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL

Documento:	CC 34.059.097			H.C.	34059097
Fecha nacimiento:	Nov.01/1958	Edad:	66 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CL 5 N 7 B 09	Teléfono:		Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			Etnia:	Otros
Número de Ficha:				Nivel:	Nivel 2
Atención:	53	Fecha:	Mar.12/2025	Hora:	08:31
Causa externa:	Enfermedad General	Finalidad:	No Aplica		

LEVOTIROXINA SODICA 50MCG TABLETA	50MCG	TABLETA	TOMAR UNA TAB EN AYUNAS VIA ORAL FORMULA PARA 4 MESES	120	(CIENTO VEINTE)

Otras Fórmulas

REMISIONES:

Especialidad:	CIRUGIA GENERAL
Diagnóstico:	NODULO TIROIDEO SOLITARIO NO TOXICO
Justificación:	NODULO TIROIDEO IZQUIERDO -ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO CRONICO- ECOGRAFIA DE TIROIDES DEL 18-01-25 "GLANDULA TIROIDEA CON ALTERACIONES ESTRUCTURALES LO CUAL PUDIERA ESTAR RELACIONADO A SIGNOS DE PATOLOGIA TIROIDEA CRONICA- NODULO SOLIDO OVALADO HETEROGENEO PREDOMINANTEMENTE ISO ECOGENICO CON EL PARENQUIMA DE MARGENES DEFINIDOS- NODULO MIXTO (SOLIDO QUISTICO) PREDOMINANTEMENTE SOLIDO EN TERCIO SUPERIOR DE LOBULO IZDO. - IMAGENES NODULARES DEL NODULO TIROIDEO IZQUIERDO"
Servicio:	890236 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
CUPS:	890236 **Cantidad:** 1 **Interno?:** No

Incapacidad? No **Prorroga?** No

INDICACIONES:

Evitar azucares, productos de pastelería y café.
Consuma con frecuencia verduras como repollo, coliflor, coles, rábano, brócoli, cebolla, ajo, apio, espárrago, lechuga, espinaca y aguacate.
Consuma con frecuencia pescado, huevo y procure preparar los fritos con aceite de oliva.
Realice actividad física regularmente.
Consulte si presenta deposiciones duras o estreñimiento.
Consulte si presenta aumento de la sensibilidad al frío.
Consulte si presenta aumento de peso involuntario.
Consulte si presenta hinchazón progresiva en piernas, dificultad para respirar, dolor en el pecho, dolor de cabeza severo, cambio de ánimo, ictericia en extremidades, debilidad intensa, resequedad de la piel, caída del cabello, alteraciones en las uñas.
Consulte si a pesar del tratamiento no siente mejoría o los síntomas empeoran.
Siga al pie de la letra todas las indicaciones y tratamiento que le ordene el médico, no suspender la medicación recetada.
Tome la tiroxina en ayunas, solo con agua, espere media o una hora para consumir alimentos u otros medicamentos.
Consulte si usted presenta dolor en sus senos que interfiera con las actividades de la vida diaria como dormir, ejercitarse, entre otras.
Consulte si usted nota la presencia de masas o protuberancias dolorosas en sus senos.
Consulte si usted presenta salida de cualquier líquido (sangre, pus) a través del pezón y no se encuentra embarazada o lactando.

CENTRO DE ATENCIÓN: 11010 Hospital de Kennedy
NOMBRE DEL PACIENTE: DORA LOPEZ CARVAJAL

Documento:	CC 34.059.097			H.C.	34059097
Fecha nacimiento:	Nov.01/1958	Edad:	66 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	CL 5 N 7 B 09	Teléfono:		Ciudad:	PEREIRA
Entidad:	ASMETSALUD EPS SAS			Etnia:	Otros
Número de Ficha:				Nivel:	Nivel 2
Atención:	53	Fecha:	Mar.12/2025	Hora:	08:31
Causa externa:	Enfermedad General	Finalidad:	No Aplica		

Consulte si nota que sus mamas no tienen el mismo tamaño, posición o forma.
Conserve hábitos saludables: realice ejercicio, alimentación balanceada, no licor, no cigarrillo.
Recuerde que los hombres también pueden desarrollar cáncer de mama, algunos de los signos más comunes son la salida de líquido por el pezón y el cambio en la piel del pezón (pasa de ser lisa a corrugada como la cáscara de una naranja), si usted presenta estos síntomas, solicite una cita médica para evaluación.
REALICESE EL AUTO EXAMEN DE MAMA CADA MES SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES DADAS POR EL MEDICOS, UNA SEMANA LUEGO DE MENSTRUACION.
SI NO TIENE NINGUN SINTOMA, RECUERDE QUE CADA AÑO DEBE ASISTIR A LA CONSULTA DE REVISION DE MAMA.
No se auto medique.
No abuse de los medicamentos ordenados por el médico.
Consulte si usted nota cambios en la piel del pezón (pasa de ser lisa a corrugada como la cáscara de una naranja).
Evite bebidas oscuras como cafe, te, chocolate, colas.
Evite bebidas que contengan gas
No consuma licor.
Evite consumir comidas picantes, muy condimentadas, muy aliñadas y/o grasosas (sancocho, mondongo, chicharron, chorizo)
Evite consumir comida "chatarra" (hamburguesas, perros calientes, entre otras)
Evite el consumo de salsas (mayonesa, mostaza, ketchup, entre otras)
Evite consumir alimentos cítricos y/o ácidos.
No abuse del consumo de leche o lácteos.
Sea riguroso en alimentarse siempre en el mismo horario, procure hacer seis comidas al día (desayuno, media mañana almuerzo, algo, comida, merienda).
Solo tome los medicamentos ordenados por el médico, cumpliendo estrictamente en la forma y horario para hacerlo.
Acostarse dos horas después de consumir los alimentos.
Consulte por urgencias si presenta: fuerte dolor a nivel del estómago, vómito con sangre, deposición negra.
No fume.

SOPHIA VICTORIA ALZATE CIFUENTES
CC 42.095.119 Registro: 1145
MEDICINA GENERAL

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

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS – USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 23 M: 04 A: 2025	Dora Lopez Carvajal	Mariana Vargas López

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC (MRC-SS)

MIEMBRO SUPERIOR	
Abducción de hombro	3 3 = 6
Flexión de codo	3 3 = 6
Extensión de muñeca	3 3 = 6
MIEMBRO INFERIOR	
Flexión de cadera	4 4 = 8
Extensión de rodilla	3 3 = 6
Dorsiflexión de tobillo	3 3 = 6
PUNTAJE TOTAL	38

VALOR PARA CADA GRUPO MUSCULAR:

0. Sin contracción muscular
1. Vestigio de contracción muscular
2. Movimiento activo sin gravedad
3. Movimiento activo contra la gravedad
4. Movimiento activo contra la gravedad y la resistencia
5. Movimiento activo contra la gravedad y la resistencia máxima

ANALISIS APLICACIÓN DE LA PRUEBA:

La usuaria presenta una debilidad muscular significativa, realiza movimientos activos contra la gravedad con poca resistencia. Es necesario realizar ejercicios de fortalecimiento en miembros superiores e inferiores para evitar riesgos de caida.

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
Mini-BESTest **"Evaluación de los Sistemas de Equilibrio"**		Versión: 1 Código: 1.1 Vigencia: 08-2024

FECHA APLICACION	NOMBRES/APELLIDOS - USUARIO	EVALUADOR(A)
D: 23 M: 04 A: 2025	Dora Lopez Carvajal	Mariana Vargas López

ANTICIPATORIO SUBPUNTUACIÓN: /6

1. SENTADO A DE PIE

Instrucción: "Cruce los brazos sobre el tórax". Intente no usar las manos salvo que lo necesite. No deje que sus piernasse apoyen contra el borde de la silla cuando esté de pie. Por favor, ahora póngase de pie.

- [x] **(2) Normal:** Se pone de pie sin usar las manos y se estabiliza independientemente.
- [ ] **(1) Moderado:** Se pone de pie USANDO sus manos en el primer intento.
- [ ] **(0) Grave:** Incapaz de ponerse de pie desde la silla sin ayuda de un asistente O precisa de varios intentos con la ayuda de sus manos.

2. PONERSE DE PUNTILLAS

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros. Coloque sus manos en sus caderas. Intenteponerse tan alto como pueda de puntillas. Contaré en voz alta hasta 3. Intente mantenerse en esa posición al menos 3 segundos. Mire al frente. Levante ahora."

- [x] **(2) Normal:** Estable durante 3 segundos con la altura máxima.
- [ ] **(1) Moderado:** Levanta los talones, pero no con el rango máximo (más pequeño que cuando se sujeta con las manos) o notable inestabilidad durante 3 s.
- [ ] **(0) Grave:** < 3 s.

3. APOYO MONOPODAL

Instrucción: "Mire al frente. Mantenga las manos en sus caderas. Póngase a la pata coja (levantando su pierna hacia atrás). No toque con su pierna elevada la pierna de apoyo. Permanezca sobre la pierna tanto como pueda. Mire al frente. Levante ahora."

IZDA: Tipo en S	Prueba 1:	Prueba 2:	DCHA: Tipo en S	Prueba 1:	Prueba 2:
[ ]	(2) Normal: 20 s		[ ]	(2) Normal: 20 s	
[x]	(1) Moderado: < 20 s		[x]	(1) Moderado: < 20 s	
[ ]	(0) Grave: Incapaz		[ ]	(0) Grave: Incapaz	

Para registrar cada lado por separado use la prueba de mayor duración. Para calcular la subpuntuación y la puntuación total use el lado [izdo. o dcho.] con la puntuación numérica más baja [el lado peor].

Mini-BESTest
"Evaluación de los Sistemas de Equilibrio"

CONTROL POSTURAL REACTIVO

SUBPUNTUACIÓN: /6

4. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA DELANTE

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros, brazos a los lados. Inclínese hacia delante apoyándose en mis manos más allá de sus límites anteriores. Cuando lo suelte haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

- [x] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso 0 podría caer si no fuera cogido 0 cae de manera espontánea.

5. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- HACIA ATRÁS

Instrucción: "Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros, brazos a los lados. Inclínese hacia detrás contra mis manos más allá de sus límites posteriores. Cuando lo suelte haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

- [x] **(2) Normal:** Recupera de forma independiente con un solo y gran paso (el segundo paso de realineación es permitido).
- [ ] **(1) Moderado:** usa más de un paso para recuperar el equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** sin paso 0 podría caer si no fuera cogido 0 cae de manera espontánea.

6. CORRECCIÓN COMPENSATORIA CON UN PASO- LATERAL

Instrucción: "De pie con los pies juntos, brazos a los lados. Inclínese hacia mi mano más allá de sus límites laterales. Cuando lo suelte, haga lo que sea necesario, incluido dar un paso, para evitar una caída."

Izquierda		Derecha	
☑	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto	☑	**(2) Normal:** recupera de forma independiente con un paso (cruzado o lateral es correcto
☐	**(1) Moderado:** Varios pasos para recuperar el equilibrio	☐	**(1) Moderado:** Varios pasos para recuperar el equilibrio
☐	**(1) Grave:** Caída o no puede dar el paso	☐	**(0) Grave:** Caída o no puede dar el paso

Use el lado con la puntuación más baja para calcular la subpuntuación y la puntuación total.

ORIENTACIÓN SENSORIAL SUBPUNTUACIÓN: /6

7. DE PIE (PIES JUNTOS); OJOS ABIERTOS, SUPERFICIE FIRME

Instrucción: "Coloque sus manos en sus caderas. Coloque sus pies juntos hasta que casi se toquen. Mire al frente. Permanezca tan estable como sea posible, hasta que yo diga que pare."

Tiempo en segundos:

- ☐ **(2) Normal:** 30 s.
- ☑ **(1) Moderado:** < 30 s.
- ☐ **(0) Grave:** Incapaz.

8. DE PIE (PIES JUNTOS); OJOS CERRADOS, SUPERFICIE GOMAESPUMA

Instrucción: "Póngase en la gomaespuma. Coloque sus manos en las caderas. Coloque sus pies tan juntos que casi se toquen. Permanezca tan estable como sea posible, hasta que le diga que pare. Comenzaré a cronometrar cuando cierre susojos".

Tiempo en segundos:

- ☐ **(2) Normal:** 30 s.
- ☑ **(1) Moderado:** < 30 s.
- ☐ **(0) Grave:** Incapaz.

9. INCLINADO - OJOS CERRADOS

Instrucción: "Sitúese en la rampa inclinada. Coloque los dedos de sus pies en la parte más elevada de la rampa. Coloque sus pies separados a la anchura de los hombros y sus brazos abajo a ambos lados del cuerpo. Comenzaré a cronometrar cuando cierre sus ojos."

Tiempo en segundos:

- ☐ **(2) Normal:** Bipedestación independiente 30 s y se alinea con la gravedad.
- ☑ **(1) Moderado:** Bipedestación independiente <30 s O se alinea con la superficie.
- ☐ **(0) Grave:** Incapaz.

MARCHA DINÁMICA SUBPUNTUACIÓN: /10

10. CAMBIO EN LA VELOCIDAD DE MARCHA

Instrucción: "Comience a caminar a su velocidad normal. Cuando le diga "más rápido", camine tan rápido como pueda. Cuan-do le diga "lento", camine muy lentamente."

- ☑ **(2) Normal:** Cambios significativos en la velocidad de marcha sin desequilibrio.
- ☐ **(1) Moderado:** Incapaz de cambiar la velocidad de marcha o signos de desequilibrio.
- ☐ **(0) Grave:** Incapaz de realizar cambios significativos en la velocidad de marcha Y signos de desequilibrio.

11. CAMINAR CON GIROS DE CABEZA – HORIZONTAL

Instrucción: "Comience caminando a su velocidad habitual. Cuando le diga "derecha", gire su cabeza y mire hacia la derecha. Cuando le diga "izquierda", gire su cabeza y mire hacia la izquierda. Intente mantenerse caminando en línea recta".

- [x] **(2) Normal:** realiza los giros de cabeza sin cambios en la velocidad de marcha y con buen equilibrio.
- [ ] **(1) Moderado:** realiza giros de cabeza con disminución de la velocidad de marcha.
- [ ] **(0) Grave:** realiza giros de cabeza con desequilibrio.

12. CAMINAR CON GIROS DE PIVOTE

Instrucción: "Comience caminando a su velocidad habitual. Cuando le diga "gire y pare", dé la vuelta tan rápido como pueday pare. Después del giro sus pies deben estar próximos."

- [x] **(2) Normal:** gira con los pies próximos RÁPIDO (< 3 pasos) con buen equilibrio.
- [ ] **(1) Moderado:** Gira con los pies próximos DESPACIO (>4 pasos) con buen equilibrio.
- [ ] **(0) Grave:** No puede girar con los pies próximos a ninguna velocidad sin desequilibrio.

13. PASO POR ENCIMA DE OBSTÁCULOS

Instrucción: "Comience caminando a su velocidad habitual. Cuando le diga "a la caja", pase por encima de ella, no alrededory siga caminando".

- [x] (2) Normal: Capaz de pasar por encima de la caja con cambio mínimo en la velocidad de marcha y con buen equilibrio
- [ ] (1) Moderado: Pasos por encima de la caja, pero la toca O lo hace con prudencia enlenteciendo la marcha.
- [ ] (0) Grave: Incapaz de pasar por encima de la caja O pasos alrededor de la caja.

14. TEST UP & GO (TUG) (en español: "LEVANTARSE E IR") CRONOMETRADO CON DOBLE TAREA (MARCHA 3 METROS)

Instrucción TUG: "Cuando le diga "vaya", levántese de la silla, camine a su velocidad normal cruzando la cinta del suelo, dé la vuelta y siéntese en la silla".

Instrucción TUG con doble tarea: "Cuente hacia atrás de 3 en 3 comenzando en ... Cuando le diga "vaya", levántese de b silla, camine a su velocidad normal cruzando la cinta del suelo, dé la vuelta y siéntese en la silla. Continúe contando hacia atrás todo el tiempo."

TUG: ___ segundos **TUG doble tarea: 15,36 segundos**

- [x] **(2) Normal:** Sin cambios reseñables en sentarse, ponerse de pie o caminar mientras cuenta hacia atrás comparado con el TUG sin doble tarea.
- [ ] **(1) Moderado:** La tarea dual afecta al contar O al caminar (>10%) comparado con el TUG sin doble tarea.
- [ ] **(0) Grave:** Para de contar mientras camina O para de caminar mientras cuenta

Cuando puntúe el ítem 14, si la velocidad del sujeto se enlentece más del 10% entre el TUG sin y con tarea dual, la puntuación debería disminuir en un punto.

PUNTUACIÓN TOTAL: 29/28

Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Lopez Carvajal Nombre: Dora

Sexo: F Edad: 66 Peso, kg: 56 Altura, cm: 1,55 Fecha: 13/06/25

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.

PESO 56 **TALLA:** 1SS **IMC:** 23,3

DX NUTRICIONAL: Peso Adecuado

Dx: Hipotiroidismo

Adecuada preservación de masa muscular

Tarde

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

FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA: 15 / MES: Abril / AÑO: 2025 /

YO Dora Lopez Carvajal identificado(a) con cédula de ciudadanía número 34'059 097, expedida en Pereira, residente en el municipio de Pereira Risaralda, con dirección: Calle 5 7B 09 Barrio Villa Vicencio: manifiesto que he sido informado(a) acerca de las diferentes actividades contempladas en la Canasta de Servicios (Ley 1276/2009 – Art 11 – Numeral 1 – 11), así: culturales, recreativas, deportivas, ocupacionales, trabajo asociativo, encuentros intergeneracionales, programadas por el CENTRO VIDA COMUNA ORIENTE; entiendo que estas actividades me proporcionan beneficios para la salud, bienestar y calidad de vida; al igual que la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas.

Por tal motivo me comprometo a cumplir con el Manual de Convivencia y Reglamento Interno socializado por el programa, el cual contempla mis derechos, así como mis deberes y entre ellos está el óptimo comportamiento y acatamiento de las instrucciones del equipo de trabajo que coordinan dichas actividades, lo anterior con la finalidad de eliminar y reducir todo riesgo al mínimo posible.

Doy mi consentimiento para mi participación en dichas actividades programadas y eximo al "PROGRAMA CENTRO VIDA – COMUNA ORIENTE PEREIRA R", de lo que pueda ir más allá de la atención prehospitalaria.

Nombres y Apellidos del Adulto Mayor: Dora Lopez Carvajal

Teléfonos de contacto: 305 33 33635 _____ _____

Nombre y Apellido (Familiar o Acudiente) Juan Pablo Salazar (Hijo)

Teléfonos de contacto: 320 766 11 16 _____ _____

Diana Sorley Galeano EP. 1060 586 780

NOMBRES/APELLIDOS - TARJETA/REGISTRO PROFESIONAL

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
		Versión: 1
VALORACION DEL ESTADO DE SALUD		Código: MGO-02-48
		Vigencia: 03-2025

Fecha de valoración: 15 Abril de 2025

Nombre del paciente: Dora Lopez Carvajal

Identificación del Paciente: 34' 059 097 **Ocupación:** Ama de Casa

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** 66 años

- Quienes forman su hogar 2 Hermanos
- Antecedentes Patológicos Diabetis - Triglicerios - Tiroides.
- Discapacidad Mental Ninguna
- Antecedentes Familiares Diabetis
- Ultimo control médico 12 - Marzo
- Ayudas técnicas: audífono ___ lentes X Placa dentaria X Muletas ___ Silla de ruedas ___ bastón___ Prótesis___ Marcapasos ___ Otro: Tornillo - Mi izquierdo
- Hábitos de consumo nocivos: alcohol ___ tabaco ___ drogas ___ frecuencia: _____
- Medicamentos:

Nombre del medicamento Liboliroxina
Dosis: 1 Diario
Frecuencia 1
¿Desde cuándo? 6 años
Nombre del medicamento atorvastatina
Dosis: 1 Diaria
Frecuencia 1
¿Desde cuándo? 4 años
Nombre del medicamento Metformina
Dosis: 2
Frecuencia 2
¿Desde cuándo? Hace 4 años

- **SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD**

¿Como se siente con su situación actual de salud?	Muy mala __ Mala __ Regural __ Buena __ Muy Buena X
¿Por qué suele acudir al médico?	Por Control Dx. Base
¿Confía en las opiniones médicas?	Si

- **ANTECEDENTES PSICOSOCIALES**

PSICOLÓGICOS					
¿se ha sentido sin ánimo o deprimido últimamente?	SI		NO	X	FRECUENCIA
¿Se ha sentido angustiado o ansioso últimamente?	SI		NO	X	FESCUENCIA
¿Se diente apoyado y comprendido por su familia?	SI	X	NO		¿POR QUÉ?

FAMILIARES	
¿Cómo es la relación con las personas con que vive?	Bien
¿Cómo es la relación con sus hijos?	Buena
¿Mantiene contacto con otros familiares?	Si
¿Participa de reuniones familiares?	NO
¿Se siente incluido en la toma dediciones familiares?	Si

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE PEREIRA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO COOPERATIVA MULTISER NIT: 900415283-4	
	VALORACION DEL ESTADO DE SALUD	Versión: 1 Código: MGO-02-48 Vigencia: 03-2025

SOCIALES	
¿Tiene amigos?	Si
¿Con que frecuencia comparte con ellos?	Si
¿Hace parte de algún grupo?	Iglesia Ministerial.

• **SEXUALIDAD**

MUJER	**HOMBRE**
¿tiene vida sexual activa? Si___ No X	¿tiene vida sexual activa? Si___ No___
Última menstruación	¿Presenta alguna lesión en los genitales Si___ No___
Ultima citología 2 años	¿Presenta secreciones inusuales? Sí___ No___
¿Se practica examen de seno? Si X No Por qué	¿Se ha realizado examen de próstata? Si__ No __ Por qué

• **ELIMINACIÓN**

¿Presenta dificultad para orinar? Si__ No X	¿Presenta dificultad al defecar? Si__ No__
¿Con que frecuencia orina? Si	¿Con que frecuencia realiza deposición?
¿Despierta en la noche para orinar? Si X No__ A veces 1	¿Salida involuntaira? Si__ No__ A veces___
¿Color inusual? Si X No__ cual Amarillo ¿Olor inusual? Si X No__ cual Fuerte	¿ultiza ayudas para defecar? Si__ No__ A veces___ Cual
¿Presenta retención de la orina? Si__ No X A veces___	
¿Salida involuntaria de la orina? Si__ No X A veces___	
¿Presenta dolor al orinar? Si__ No X A veces___	

• **SUEÑO**	• **ACTIVIDAD FISICA**
¿Cuántas horas duerme? 9	¿Presenta fatiga? Si X No__ ¿con que actividad? Del Hogar
¿Utiliza alguna ayuda para dormir?	¿Presenta dolor en el tórax? Si__ No X ¿Cuándo?
¿sufre de insomnio? NO	¿ha notado cambios o sensaciones en sus piernas Si X No__ ¿Cuándo? Consancio en las Piernas

• **SIGNOS VITALES**

Frecuencia cardiaca		Frecuencia respiratoria		Presión arterial	

• **NIVEL DE MOVILIDAD**

Completamente inmóvil	Ligeramente limitado
Muy limitado	No requiere ayuda X

• **CAÍDAS**

Teme usted caerse si__ no __

Ha presentado caídas en el último año si__ no __ cuántas_____

Lugar de la caída: dentro de la casa ____ fuera de la casa ____

Causa de la caída: ¿se tropezó? __ ¿se mareó? __ ¿se deslizó? __

Tiempo en segundos de permanencia en el piso _____

Necesitó ayuda para levantarse si ___ no___

A consecuencia de una caída tuvo que consultar si___ no___ lugar de la consulta _____

Powered by CamScanner

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

OBSERVACIONES:
Usuaria con buen aspecto fisico

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE INTERVENCIÓN:
Usuaria con diagnostico de diabetis - Gastritis - Tiroides con medicamentos no apta para ejercicio Fisico de alta intencidad.

Nombres y Apellidos de quien realiza: Diana Sorley Galeano Romero

Cargo: Auxiliar de enfermeria

Firma: Diana Galeano

Firma o huella paciente: Dora López Carvajal

Powered by CamScanner

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: 15 / MES: Abril / AÑO: 2025 /

NOMBRES – APELLIDOS: Dora Lopez Carvajal. /

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? Asmet Salud.

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

Powered by CamScanner

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 :Dora López Carvajal. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuario no apta Para Realizar ejercicio fisica de alta intensidad Por dolor en miembro superior derecho.

Diana Galeano Romero
FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Dora López Carvajal
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

Powered by CamScanner

CONTROL DE SIGNOS VITALES

Código: MGC-02[illegible]
Versión: 01
Fecha: 22/10/202[illegible]

Nombre del adulto: Dora López Carvajal
EAPB: Asmesalud
N° identificación del adulto: 34' 059. 097
Nivel de Riesgo:
Dirección domicilio: Calle 5 7B 09 B. Villa Vicencio.
Cel: 305 3333635

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 RESPONSAB
15-4/25	15/40Pm	123/81	20"	92	81	35.9	Valoracion Inicial	Aux: Diana G.

Powered by CamScanner

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): Dora Lopez Carvajal

CEDULA: 34 059 097 | EDAD: 66

DIRECCION RESIDENCIA: Calle | TELEFONOS: 305 333 36 35

EAPB: Asmetsalud. | GRUPO: Amarillo | JORNADA: Tarde

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA Y SELLO
14:00	Usuaria Femenina Dora Lopez 66 años de edad quien	Diana G.
15-04	Se encuentra asistiendo al centro Vida Oriente en la Jornada de la tarde desde el 7 de abril del 2025 refiere sentirse bien de salud y agusto en el centro Vida, Usuaria quien dice que es totalmente independiente aunque tengo mis enfermedades no me gusta estar quieta en mis tiempos libres me ahogo mis costuras y saco mis ratos para hacer Varias cosas me tomo mis Medicamentos con mucho Juicio tomo atorvastatina - Levotiroxina Metformina al examen fisico observo Usuaria en sus tres esferas concientes - alertada y orientada tranquila colaboradora normocefalica cabello de buen aspecto utiliza gafas rostro conservado simetrico mucosas Permeables Protesis Superior en buen estado cuello simetrico sin edenopatia Palpables abdomen blando no doloroso con miembros Superior completo con buena movilidad miembros inferiores completos con buena movilidad Piel sana. Hidratada Valoración de signos Vitales entro del rango normal (Registro en su Formato) se. Observa muy buena higiene Personal. Se hace Seguimiento mensual en sus Signos Vitales Diana Galeano 1060586780	1060586780

Powered by CamScanner

	CONTROL DE SIGNOS VITALES	Código: MGO-02-3 Versión: 01 Fecha: 22/10/202

Nombre del adulto: Dora López Carvajal

N° identificación del adulto: 34' 059. 097

Dirección domicilio: Calle 5 7B 09 B. Villa Vicencio.

EAPB: Asmesalud

Nivel de Riesgo:

Cel: 305 3333635

FC: Frecuencia cardiaca (pulso) 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 RESPONSAB
15-4/25	15/40pm	123/81	20"	92	81	35.9	Valoracion Inicial	Aux: Diana G.
22-9-25	14+30	100/47	20.	92	75	35.7	Toma Signos Vitales	Diana Galeano
08-10-25	14+32	109/5	20'	95	83	35.2	Toma Signos Vitales	Diana Galeano
04 11 25	14.+56.	100/54.	21	92	85.	35.1.	Toma Signos vitales	Diana Galeano

COOPERATIVA MULTISER

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

36
Entrevista

AÑOS ESTUDIO: PRIMARIA **DX: Ca - Organos Blandos** **FECHA: 15-04-2025**

NOMBRE: DORA LOPEZ CARVAJAL **EDAD: 66** **SEXO: F**

Independiente X **Necesita Asistencia___** **Hospitalizada___**

		Score 1	Score 2
Dominio 1 COGNICION Comprensión y Comunicación			
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos ?	0	
D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	0	
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	0%	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?	0	
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	0%	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	Relaciones sexuales	4	
	Domain Score	20%	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) ?	0	
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	0	
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	0	
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	0%	0%
	Overall Score	3,33%	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

Presenta gran fluidez en el habla, lo cual permite la comunicación con gran facilidad

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

Evidencia gran capacidad para realizar los patrones basicos de movimiento de forma independiente.

Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO

Argumenta realizar de forma independiente sus AVD y de cuidado personal, lo cual se evidencia en su presentacion personal.

Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos

Se relaciona de manera facil con familiares, amigos y vecinos.

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

Argumenta realizar c9ntinuamente sus AIVD, se evidencia funcionalidad Fisica-Mental-Social

Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD

Las AAVD, son desarrolladas de manera activa. Asiste continuamente a su Iglesia Cristiana y recien inicia programa Centro Vida.

PLAN GENERAL

PUNTUACION GENERAL - 3,33%/4.00% - SIN DIFICULTAD

Preservar la FUNCIONALIDAD EN LOS 6 DOMINIOS, es así como se deben continuar las rutinas de participacion en la sociedad y de actividad fisica especifica y de estimulacion cognitiva

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



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