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

NOMBRE ADULTO MAYOR: Elias Soto Arias

GRUPO: Amarillo JORNADA: Pm

TELEFONOS: 3212508416

#	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		

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

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

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 9 **MES:** 10 **AÑO:** 2024.

Gloria Inés Arias, Trabajo Social 1225092595

Responsable de la Verificación

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

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

Alcaldía de PEREIRA

SOLICITUD DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

SOLICITUD DE CUPO Nº 94

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 21 **MES** 05 **AÑO** 2024

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Elías Soto Arias

LUGAR DE NACIMIENTO: Manizales **FECHA: DIA** 19 **MES** 06 **AÑO** 1956

DIRECCIÓN: M7 D casa 22 San Gregorio La Represa

TELEFONO: 3212508416

EDAD: 67 **CATEGORIA SISBEN:** C2 **DESPLAZADO** No **EPS** Nueva Eps

RH A+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
María Eugenia Soto
DIRECCIÓN M7 B casa 7 San Gregorio TELEFONO 3122930352

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario: Gloria Inés Arias

C.T.A. MULTISER

Alcaldía de PEREIRA

APROBACION DE CUPO CENTRO VIDA ORIENTE

Version: 02Fecha de Vigencia: septiembre 25 del 2023

EL COMITÉ DE ADMISIONES

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

RESUELVE:

Que la persona descrita a continuación,

Nombres Elias	Apellidos Soto Arias
Documento de identidad 10087471	Expedida Pereira, 23 septiembre 1976

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 X	Enfermedad mental	—	Alcohol	X
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	—
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar	—	Sedentarismo	X
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: Dia 21 Mes 05 Año 2024

Nombre Coordinador(a) Centro Vida Pereira

Alba Lucia Alzate Gonzalez
Nombre Gerontólogo(a)

Carolina Rodriguez
Nombre Psicólogo(a)

Firma

Carolina R.

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 21 / MES 05 / AÑO 2024 /

QUIEN ATIENDE LA VISITA: Elias Soto A. PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Elias Soto Arias C.C 10087491 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D 19 / M 06 / A 1956 / Manizales / EDAD 67 / SEXO M /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA MZ D Casa 22 / BARRIO San Gregorio /

EPS Nueva Eps / PUNTAJE SISBEN C2 / TIPO SANGRE A+ /

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

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

COMUNA Oriente / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3212508416 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Pensionado / ANTERIOR Oficios varios /

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

CUÁL: Primaria incompleta / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Maria Eugenia Soto /

DIRECCIÓN MZ B Casa 7 TELÉFONO 3122930352 PARENTESCO Hermana /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES Hernia discal, dos stents /

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

AFECTACIÓN MENTAL: ESTRÉS X / ANSIEDAD X / 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	Magnolia Lotero Torres	70	Esposa	Ama de Casa
2	—	—	—	—
3	—	—	—	—
4	—	—	—	—

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

5	—	—	—	—
6	—	—	—	—

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

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

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 X / MANUALIDADES X /

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Manualidades, pintar, ejercicio físico /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

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

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

OTROS CUÁLES? — /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. —

- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... X
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... —

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

ALIMENTACIÓN: SI X / NO —/ SALUD: SI X / NO —/ VIVIENDA: SI X / NO —/

VESTUARIO: SI —/ NO X / TRANSPORTE: SI —/ NO X / RECREACIÓN: SI —/ NO X/

5. VIVIENDA = 20%

5.1. CALIDAD DE TENENCIA

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

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

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

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

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

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO X /

DORMITORIO AISLADO __/ HUMEDADES X / 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: Glona Inés Arias /

PROFESIÓN: Trabajadora Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1725092595

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: Elsa

SEGUNDO NOMBRE: —

PRIMER APELLIDO: Soto

SEGUNDO APELLIDO: Arias

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: 19/Junio/1956

No. Documento 10087471

RANGO DE EDAD:

AÑOS CUMPLIDOS: 67

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: C2

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 [X] CONTRIBUTIVA
2 [—] SUBSIDIADA

CUAL: Nueva Eps

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

1 [—] NINGUNO
2 [X] 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 [—] SI
[—] GOBIERNO
[—] SECTOR PRIVADO

2 [X] NO

¿CUAL(ES)?: 1 —
2 —

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Hacer manualidades, tejer, macrame

2

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

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

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: MZ D casa 22
BARRIO: San Gregorio la Represa

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3212508416 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: María Eugenia Soto PARENTESCO: Hermana
TELÉFONO DE CONTACTO: 3122930352

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 [X] INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 [—] JORNALERO O PEÓN
12 [—] TRABAJADOR !NDEPENDIENTE 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

Aprender cosas nuevas, hacer uso del tiempo libre, disfrutar del espacio

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Operación de columna, dos Stent, esfinter urinario

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Gloria Inés Arias

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO
21	05	2024

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA



OBSERVACIONES:

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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Elias

APELLIDOS: Soto Arias

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 19 / MES: Junio / AÑO: 1956

EDAD: 67 SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANÍA: 10087471 / TIPO SANGRE: A+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Mz D casa 22 / BARRIO: San Gregorio

COMUNA: Oriente / VEREDA: —

TELÉFONO FIJO: — / CELULAR: 3212508446 / PLAN FUNERARIO: Mapfre

S.G.S.S.S: C: X / S: — / V: — / O: — / E.P.S: Nueva Eps / PUNTAJE SISBEN 02

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Losartan, rosuvastatina, indapamida, fenofibrato

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Tramadol

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Maria Eugenia Soto

PARENTESCO: Hermana / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3122930352

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

DIRECCIÓN: Cra 13 # 2E-04 / TELÉFONOS: 3127797798

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 21 días del mes de 05 de año 2024.

Firma:

Nombre: Luis Soto Rivas

Identificación: 10 087 877





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.087.471

SOTO ARIAS
APELLIDOS

ELIAS
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-1956
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

23-SEP-1976 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-2400100-43157261-M-0010087471-20070223 03761 07054N 02 223243532

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/05/2024

Ficha: 66001027568300000070

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ELIAS

Apellidos: SOTO ARIAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10087471

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/10/2019

Última actualización ciudadano: 11/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/04/2024

Ficha: 66001027568300000070

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ELIAS

Apellidos: SOTO ARIAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10087471

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/10/2019

Última actualización ciudadano: 11/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	10087471
NOMBRES	ELIAS
APELLIDOS	SOTO ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/24/2024 16:49:45	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

CLÍNICA San Rafael

HISTORIA CLINICA

Calle 11 #24-30, Barrio
Tel. 3275710
900342064-3

No. Historia Clinica : 10087471

Identif. : 10087471
SOTO ARIAS ELIAS
Sexo : MASCULINO Fecha de Nacimiento : 19/06/1956
Regimen : EPS PGP NUEVA EPS PRINCIPAL
Estado Civil: CASADO (A) Ocupacion: NO DEFINIDO

Vinculo : COTIZANTE
Edad : 68 Años Etnia: Ninguno de los
Estrato : RANGO UNO
Fecha y Hora de Atencion : 28/08/2024 11:01

Motivo de Consulta :
CONTROL CLINICA DEL DOLOR

Enfermedad Actual :
PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR
1. DOLOR AXIAL PREDOMINIO CERVICAL MIXTO INTERMITENTE
1.1. ANTECEDENTE DE LAMINECTOMIA DESCOMPRESIVA EN EL 2011

MANEJO ACTUAL
1. ACETAMINOFEN CAFEINA 500/65 MG 1-0-1 - REFIERE MEJORIA DEL DOLOR

-TERAPIA FISICA : NO LA PUEDE REALIZAR POR DIFICULTAD PARA DESPLAZARSE AL LUGAR.

SUBJETIVO QUE REFIERE DOLOR AXIAL INTERMIENTE EL CUAL AUMENTA CON DEAMBULACION Y ACTIVIDAD FISICA.

APORTA
IRM DE COLUMNA CERVICAL (01/08/2024): CAMBIOS POSQUIRÚRGICOS DEL NIVEL C2 HASTA C7, VER DESCRIPCIÓN.
LEVE ARTROSIS DE LA ARTICULACIÓN C1-C2.
ANQUILOSIS DE LOS CUERPOS VERTEBRALES C2 A C7.
MIELOMALACIA CERVICAL DEL NIVEL C5-C6, VER DESCRIPCIÓN.
RECTIFICACIÓN CERVICAL.

Revision por Sistema :
NIEGA SINTOMAS ADICCIONALES
Antecedentes Personales
Quirurgico : CARDIOPATIA ISQUEMICA EN FEBRERO DEL PRESENTE AÑO REVASCULARIZADO CON 2 STENT (NO TRAE ANATOMIA)
Patologicas : HTA Y CARDIOPATIA ISQUEMICA EN FEBRERO DEL PRESENTE AÑO REVASCULARIZADO CON 2 STENT (NO TRAE ANATOMIA)
Alergicos : TRAMADOL (ERITEMA FACIAL)
Inmunologicos : NO REFIERE Siquiatricos : NO REFIERE Toxicos : EXTABAQUISMO PESADO
Venereas : NO REFIERE Ginecologias : NO REFIERE Paraclinicos : HB 14.2 HTO 42
TPTPT NORMAL
GLUCEMIA 97
CRETAINNIA 0.9
ECOCARDIOGRAMA FE 65 %
NO SIGNOS DE ISQUEMIA
Oncologicos : NO REFIERE
Antecedentes Familiares
Cardiovascul. : NO REFIERE
Cancer : NO REFIERE
Infecciosas : NO REFIERE
Neurologicos : NO REFIERE
Pulmonares : NO REFIERE
Diabetes : NO REFIERE
Gastrointest. : NO REFIERE
Signos Vitales
TA : 0 / 0 FC : 0 FR : 0 Temp : Talla : Peso : I. M. C. : 0
Ptorax : 0 Pcefa : 0
TFG: Glucometria: SatO2: Perimetro Abdominal. :
Examen Fisico
PCD : NINGUNA

DX Principal : M542 CERVICALGIA

Causa Externa : M. Enfermedad General
Conducta :
OBSERVACIONES : PACIENTE MASCULINO CON CUADRO DE DOLOR CRONICO MIXTO DE COLUMNA CERVICAL CON IRRADIACIÓN A MIEMBROS SUPERIORES
Y COLUMNA LUMBAR, ACTUALMENTE CON DOLOR CON INADECUADA MODULACIÓN. PACIENTE NARRA QUE ANTES SE ENCONTRABA EN MANEJO CON LIDOCAINA TRANSDÉRMICA Y SENTÍA MEJOR MODULACIÓN DE SUS SINTOMAS, POR LO QUE SE SUSPENDE ANALGESIA DE PRIMERA LINEA Y SE INICIA LIDOCAINA, SE ESPERARÁ RESULTADOS. APORTA IRM DE COLUMNA CERVICAL CON INFORME

CLÍNICA San Rafael

HISTORIA CLINICA

Calle 11 #24-30, Barrio
Tel. 3275710
900342064-3

No. Historia Clinica : 10087471

DESCRITO. SE SOLICITA VALORACIÓN POR GRUPO DE COLUMNA.

PLAN
LIDOCAINA PARCHES 5% 1 POR DÍA DEJAR POR 12 HORAS
VALORACION POR ESPECIALISTA EN COLUMNA
CONTROL EN 3 MESES

ESCALA NUTRICION : Riesgo bajo: Repetir screening semanal

Cristhian Velasquez M.

Factura No. 1659648

Profesional: CRISTHIAN ALEXIS VELASQUEZ M.
Resgistro: 16326
Especialidad : DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
Cedula: 9866004

CLÍNICA San Rafael

HISTORIA CLINICA

Calle 11 #24-30, Barrio
Tel. 3275710
900342064-3

Identif. : 10087471
SOTO ARIAS ELIAS
Sexo : MASCULINO Fecha de Nacimiento : 19/06/1956
Regimen : EPS PGP NUEVA EPS PRINCIPAL
Estado Civil: CASADO (A) Ocupacion: NO DEFINIDO

No. Historia Clinica : 10087471
Vinculo : COTIZANTE
Edad : 67 Años Etnia: Ninguno de los
Estrato : RANGO UNO
Fecha y Hora de Atencion : 07/05/2024 10:40

Motivo de Consulta :
CONTROL CLINICA DEL DOLOR
CABT
Enfermedad Actual :
PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS CON ANTECEDTES DE ANTECEDENTE DE LAMINECTOMIA DESCOMPRESIVA EN EL 2011 QUE REFIERE DOLOR AXIAL INTERMIENTE EL CUAL AUMENTA CON DEAMBULACION Y ACTIVIDAD FISICA.

MANEJO ACTUAL
1. ACETAMINOFEN CAFEINA 500/65 MG 1-0-1 - REFIERE MEJORIA DEL DOLOR

-TERAPIA FISICA : NO LA PUEDE REALIZAR POR DIFICULTAD PARA DESPLAZARSE AL LUGAR.
Revision por Sistema :
NIEGA SINTOMAS ADICCIONALES
Antecedentes Personales
Quirurgico : CARDIOPATIA ISQUEMICA EN FEBRERO DEL PRESENTE AÑO REVASCULARIZADO CON 2 STENT (NO TRAE ANATOMIA)
Patologicas : HTA Y CARDIOPATIA ISQUEMICA EN FEBRERO DEL PRESENTE AÑO REVASCULARIZADO CON 2 STENT (NO TRAE ANATOMIA)
Alergicos : TRAMADOL (ERITEMA FACIAL)
Inmunologicos : NO REFIERE Siquiatricos : NO REFIERE Toxicos : EXTABAQUISMO PESADO
Venereas : NO REFIERE Ginecologias : NO REFIERE Paraclinicos : HB 14.2 HTO 42
TPTPT NORMAL
GLUCEMIA 97
CRETAINNIA 0.9
ECOCARDIOGRAMA FE 65 %
NO SIGNOS DE ISQUEMIA
Oncologicos : NO REFIERE
Antecedentes Familiares
Cardiovascul. : NO REFIERE
Cancer : NO REFIERE
Infecciosas : NO REFIERE
Neurologicos : NO REFIERE
Pulmonares : NO REFIERE
Diabetes : NO REFIERE
Gastrointest. : NO REFIERE
Signos Vitales
TA : 118 / 70 FC : 72 FR : 18 Temp : 36. Talla : Peso : I. M. C. : 0
Ptorax : 0 Pcefa : 0
TFG: Glucometria: SatO2: 97 Perimetro Abdominal. :
Examen Fisico
General : BUEN ESTADO GENERAL
INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS
NO FACIES DE DOLOR
MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADA
PCD : NINGUNA

DX Principal : M624 CONTRACTURA MUSCULAR
1er. DX Relacionado : M190 ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONES

Causa Externa : M. Enfermedad General
Conducta :
OBSERVACIONES : PACIENTE MASCULINO CON CUADRO DE DOLOR CRONICO MIXTO DE COLUMNA CERVICAL CON IRRADIACIÓN A MIEMBROS SUPERIORES
Y COLUMNA LUMBAR, ACTUALMENTE CON DOLOR MODULADO. SE INDICA:

PLAN
ACETAMINOFEN CAFEINA 500/65 MG 1-0-1
NO SE LOGRA REALIZAR RNM COLUMNA CERVICAL POR LO CUAL SE REENVIA CON SEDACION
CONTROL EN 6 MESES

ESCALA NUTRICION : Riesgo bajo: Repetir screening semanal

CLÍNICA San Rafael

HISTORIA CLINICA

Calle 11 #24-30, Barrio
Tel. 3275710
900342064-3

Identif. : 10087471
SOTO ARIAS ELIAS
Sexo : MASCULINO Fecha de Nacimiento : 19/06/1956
Regimen : EPS PGP NUEVA EPS PRINCIPAL
Estado Civil: CASADO (A) Ocupacion: NO DEFINIDO

No. Historia Clinica : 10087471
Vinculo : COTIZANTE
Edad : 67 Años Etnia: Ninguno de los
Estrato : RANGO UNO
Fecha y Hora de Atencion : 07/05/2024 10:40

Motivo de Consulta :
CONTROL CLINICA DEL DOLOR
CABT
Enfermedad Actual :
PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS CON ANTECEDTES DE ANTECEDENTE DE LAMINECTOMIA DESCOMPRESIVA EN EL 2011 QUE REFIERE DOLOR AXIAL INTERMIENTE EL CUAL AUMENTA CON DEAMBULACION Y ACTIVIDAD FISICA.

MANEJO ACTUAL
1. ACETAMINOFEN CAFEINA 500/65 MG 1-0-1 - REFIERE MEJORIA DEL DOLOR

-TERAPIA FISICA : NO LA PUEDE REALIZAR POR DIFICULTAD PARA DESPLAZARSE AL LUGAR.
Revision por Sistema :
NIEGA SINTOMAS ADICCIONALES
Antecedentes Personales
Quirurgico : CARDIOPATIA ISQUEMICA EN FEBRERO DEL PRESENTE AÑO REVASCULARIZADO CON 2 STENT (NO TRAE ANATOMIA)
Patologicas : HTA Y CARDIOPATIA ISQUEMICA EN FEBRERO DEL PRESENTE AÑO REVASCULARIZADO CON 2 STENT (NO TRAE ANATOMIA)
Alergicos : TRAMADOL (ERITEMA FACIAL)
Inmunologicos : NO REFIERE Siquiatricos : NO REFIERE Toxicos : EXTABAQUISMO PESADO
Venereas : NO REFIERE Ginecologias : NO REFIERE Paraclinicos : HB 14.2 HTO 42
TPTPT NORMAL
GLUCEMIA 97
CRETAINNIA 0.9
ECOCARDIOGRAMA FE 65 %
NO SIGNOS DE ISQUEMIA
Oncologicos : NO REFIERE
Antecedentes Familiares
Cardiovascul. : NO REFIERE
Cancer : NO REFIERE
Infecciosas : NO REFIERE
Neurologicos : NO REFIERE
Pulmonares : NO REFIERE
Diabetes : NO REFIERE
Gastrointest. : NO REFIERE
Signos Vitales
TA : 118 / 70 FC : 72 FR : 18 Temp : 36. Talla : Peso : I. M. C. : 0
Ptorax : 0 Pcefa : 0
TFG: Glucometria: SatO2: 97 Perimetro Abdominal. :
Examen Fisico
General : BUEN ESTADO GENERAL
INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS
NO FACIES DE DOLOR
MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADA
PCD : NINGUNA

DX Principal : M624 CONTRACTURA MUSCULAR
1er. DX Relacionado : M190 ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONES

Causa Externa : M. Enfermedad General
Conducta :
OBSERVACIONES : PACIENTE MASCULINO CON CUADRO DE DOLOR CRONICO MIXTO DE COLUMNA CERVICAL CON IRRADIACIÓN A MIEMBROS SUPERIORES
Y COLUMNA LUMBAR, ACTUALMENTE CON DOLOR MODULADO. SE INDICA:

PLAN
ACETAMINOFEN CAFEINA 500/65 MG 1-0-1
NO SE LOGRA REALIZAR RNM COLUMNA CERVICAL POR LO CUAL SE REENVIA CON SEDACION
CONTROL EN 6 MESES

ESCALA NUTRICION : Riesgo bajo: Repetir screening semanal

CLÍNICA San Rafael

HISTORIA CLINICA

Calle 11 #24-30, Barrio
Tel. 3275710
900342064-3

No. Historia Clinica : 10087471

Cristian Velasquez M.

Factura No. 1560693

Profesional: CRISTHIAN ALEXIS VELASQUEZ M.
Resgistro: 16326
Especialidad : DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
Cedula: 9866004

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

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

NOMBRES – APELLIDOS: ELIAS SOTO

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

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

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

INTERPRETACION

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

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

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

Yo he leído, comprendido y completado este cuestionario. Todas las preguntas han sido contestadas con mi completa satisfacción. Con mi Nombre – Apellido y Firma _____. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

ANALISIS DEL RESULTADO: Usuaria en buen estado de salud

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Elvy Soto Arias

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO ***FIRMA – DEL USUARIO ENTREVISTADO***

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

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Apellidos: Soto Nombre: Elias

Sexo: M Edad: 67 Peso, kg: 86,4 Altura, cm: 168 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 → 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 → 34 ☐.☐

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31 → 42.3 ☐

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 Elias Soto. **FECHA** _____

PESO 86,4 **TALLA:** 168 **IMC:** 30,6

Obesidad grado I
PP: 42.3
PB: 34

FIRMA USUARIO:

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 Elian Soto Arias.	Documento de identidad 1008747471.
Grupo Centro Vida Oriente	Examinado por Yomara Quintero

ORIENTACIÓN

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

FIJACIÓN

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

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

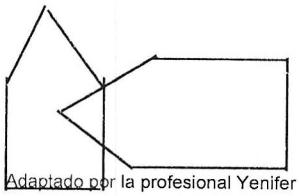
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? 5 **5**
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás 2 **3**

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



30-27 sin deterioro 32
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: Elias Soto.	Documento de identidad: 10087471
Grupo: Centro Vida Oriente	Examinado por: Vianeura Montero

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

Escoja la respuesta adecuada según como se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI**/NO
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI**/NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI**/NO
4. ¿Se aburre a menudo? **SI**/NO
5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI**/NO
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI**/NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI**/NO
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI**/NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI**/NO
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI**/NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI**/NO
12. ¿De la forma como se siente usted en este momento, se siente usted inútil? **SI**/NO
13. ¿Se siente usted con mucha energía? SI/**NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI**/NO
15. ¿Piensa usted que la mayoría de personas está en mejores condiciones que usted? **SI**/NO

Las respuestas en ***negrita*** indican depresión. Asigne un punto por cada respuesta en negrita.

CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	2
Un puntaje mayor o igual a 5 puntos parece indicar depresión o en **riesgo** y por lo tanto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.	
Un puntaje mayor o igual a 10 puntos es casi siempre un indicador de **depresión**.	

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

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

FECHA DE EVALUACION: **DIA:** 24 / **MES:** Septiembre / **AÑO:** 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Elias Soto Anas / **C.C:** 1008741I /

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 16 refleja disfunción familiar leve, es importante fortalecer los aspectos: Participación y Resolución. Se brindaron pautas de comunicación bidireccional y asertiva, asegurando que todos los miembros puedan expresar su sentir y llegar a acuerdos. Tambien se enfatizo en la importancia de pasar tiempo de calidad para fortalecer los lazos familiares. Por otro lado, se evidencia capacidad de adaptación, entorno seguro y de afecto y de crecimiento.

Gloria Inés Añar Molina

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 12250925 95

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

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

36
Entrevista

AÑOS ESTUDIO: 3	**DX: HTA, CARDIOPATIA, DOS STEND, ESFINTER, CX COLUMNA**	**IMC: FE**	
NOMBRE: ELIAS SOTO ARIAS			
1. independiente_X__necesita asistencia___Hospitalizada___			
2. independiente___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 ?	1	
D1.5	Entender en general lo que dice la gente?	0	
D1.6	Comenzar y mantener una conversacion?	3	
	Domain Score	%	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?	4	
D2.2	Pararse luego de estar sentado?	1	
D2.3	Moverse dentro de su casa	2	
D2.4	Salir de su casa ?	0	
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	3	
	Domain Score	%	0%
Dominio 3 CUIDADO PERSONAL o AUTOCUIDADO			
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse) ?	1	
D3.2	Vestirse ?	0	
D3.3	Comer?	0	
D3.4	Quedarse solo(a) durante unos días?	0	
	Domain Score	%	0%
Dominio 4 RELACIONARSE con otras personas, hacer nuevos amigos			
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce ?	1	
D4.2	Mantener una amistad ?	2	
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted ?	0	
D4.4	Hacer nuevos amigos?	1	
D4.5	Tener relaciones sexuales?	0	
	Domain Score	%	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 ?	1	
	Domain Score	%	0%
Dominio 6. PARTICIPACION EN SOCIEDAD			