Alcaldía de PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE PEREIRA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y POLITICO

COOPERATIVA MULTISER
NIT: 900415283-4

Versión: 1	
Código: 1.1	
Vigencia: 08-2024	

LISTA DE CHEQUEO – VERIFICACION CARPETA DOCUMENTOS ADULTO MAYOR - 2024

NOMBRE ADULTO MAYOR: Fabiola Correa Giraldo

GRUPO: _____ JORNADA: P.M.

TELEFONOS: 3218396750

#	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		Pedir una mas actualizada.
	VALORACION - AREA NUTRICION			
12	Mini-Nutrition Assesment - MNA	X		
	VALORACION - AREA PSICOSOCIAL			
	Por Profesional en Psicología			
13	Minimental Test o Cuestionario Pfeiffer	X		
14	Escala de Depresión Geriátrica – Yesavage	X		
	Por Profesional en Trabajo Social			
15	Familia Apgar	X		
	Por profesional en Gerontología			
16	Cuestionario 36 preguntas – Whodas – 2.0	X		
	VALORACION – AREA ATENCION PRIMARIA EN SALUD – A.P.S			
17	Consentimiento informado	X		

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

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

18	Cuestionario - Práctica de Actividad Física PAR-Q			
19	Prueba. Detección temprana del riesgo cardiovascular			
VALORACION – AREA FISIOTERAPIA				
20	Cuestionario - Mini-BESTest	X		
21	Escala Medical Research Council (MRC)	X		
22	Cuestionario – Sobrecarga del cuidador - Zarit	—	—	No está 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	X		
26	Prueba de entrada - Área Educación	X		
27	ACTA DE COMPORTAMIENTO del Reglamento Interno y Manual de Convivencia.	X		

FECHA DE VERIFICACION DE LA INFORMACION

DIA: 4 **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 99

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

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Fabiola Correa de Giraldo

LUGAR DE NACIMIENTO: Caicedonia **FECHA: DIA** 08 **MES** 04 **AÑO** 1951

DIRECCIÓN: Cra 12 # 94E - 15 Florida

TELEFONO: 3218396750

EDAD: 73 **CATEGORIA SISBEN:** B5 **DESPLAZADO** No **EPS** Nueva Eps

RH O+

NOMBRE DE UN FAMILIAR
Martha Lucia Giraldo
DIRECCIÓN Cra 11 # 9E - 85 barrio Kennedy TELEFONO 3143510278

OBSERVACIONES:

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

Nombre del funcionario: Dona Inés Arcas Molina

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: Fabiola	Apellidos: Correa de Giraldo
Documento de identidad: 24314693	Expedida: Manizales, 22 Julio 1975

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

Requisitos Fundamentales				Factores de riesgo			
SISBEN:	A	B X	C	Enfermedad mental	—	Alcohol	—
	Inferior	Igual	Superior	Sustancias psicoactivas	—	Soledad	X
Edad superior o igual a 55 años	—	—	X	Abandono familiar	—	Sedentarismo	X
Ingresos económicos 1smlv	—	—	—	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

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: Fabiola Correa PARENTESCO — /

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR Fabiola Correa De Giraldo C.C 24314693 /

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO D08/ M04/ A1951/ Caicedonia / EDAD 73 / SEXO F /

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cra 12 # 94E - 15 / BARRIO Corregimiento Florida

EPS Nueva Eps / PUNTAJE SISBEN B5 / TIPO SANGRE O+ /

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

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

COMUNA Florida / TELÉFONO FIJO — / CELULAR 3218396750 /

OCUPACIÓN: ACTUAL Ama de casa / ANTERIOR Ama de casa /

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

CUÁL: — / NINGUNO: — /

PERSONA DE CONTACTO Martha Lucia Giraldo /

DIRECCIÓN Cra 11 #9E-85 TELÉFONO 3143510278 PARENTESCO Hija /

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

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

INCONTINENCIA VESICAL E INTESTINAL — / OTRAS CUALES: Sindrome del manguito rotatorio /

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

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

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

2. CONVIVENCIA Y REDES DE APOYO = 25%

2.1 COMPOSICIÓN FAMILIAR: (PERSONAS CON QUIEN CONVIVE)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
1	—	—	—	—
2	—	—	—	—
3	—	—	—	—
4	—	—	—	—

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR 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	—	—	—	X

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI ___/

CUÁL? — /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI ___/

CUAL? — /

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

CUAL? ___/

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACIÓN — / CULTURA — / ARTES — / MANUALIDADES — /

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Manualidades /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

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

4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

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

FAMILIARES — / SUBSIDIO DEL ESTADO X / 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 —/ FAMILIAR X / ARRENDADA —/ INVASIÓN —/ CEDIDA —/

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

5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:

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

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

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

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

VIVIENDA EN RUINA —/ OTRA ——— /

TODAS LAS ANTERIORES —/NINGUNA DE LAS ANTERIORES —/

LA PERSONA ADULTA MAYOR CUMPLE CON EL PERFIL EXIGIDO PARA EL PROGRAMA:

CENTRO VIDA: SI X / NO __/

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA: Gloria Inés Arias /

PROFESIÓN: Trabajadora Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 1225092595

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: Fabiola

SEGUNDO NOMBRE: —

PRIMER APELLIDO: Correa

SEGUNDO APELLIDO: De Giraldo

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: 08 abril de 1951

No. Documento 24314693

RANGO DE EDAD:

AÑOS CUMPLIDOS: 73

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

SEXO:

1 [—] HOMBRE
2 [X] MUJER
3 [—] LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta

1 [X] SI
2 [—] NO

PUNTAJE: B5

ESTADO CIVIL:

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

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

1 [X] SI
2 [—] NO

1 [—] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: Nueva EPS

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

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

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

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

2 [—] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor
2 —

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

Pintar mandalas, realizar crucigramas

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

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

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Cra 12 #94E - 15
BARRIO: Corregimiento la florida

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: — TELÉFONO MÓVIL: 3218396750 EMAIL: —

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: Martha Lucia Giraldo PARENTESCO: Hija
TELÉFONO DE CONTACTO: 3143510278

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

Interactuar con otras personas, cambiar los hábitos

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

Un bocio en la garganta —

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Gloria Inés Anas

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	1 Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Fabiola

APELLIDOS: Correa de Giraldo

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 08 **MES:** Abril **AÑO:** 1951

EDAD: 73 **SEXO** F **CÉDULA DE CIUDADANÍA:** 24314693 **TIPO SANGRE:** O+

HOJA VIDA No: __

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

DIRECCIÓN: Cra 12 # 94E - 15 **BARRIO:** —

COMUNA: Corregimiento la Florida **VEREDA:** —

TELÉFONO FIJO: — **CELULAR:** 3218396750 **PLAN FUNERARIO:** Mapfre

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / **E.P.S:** Nueva Eps **PUNTAJE SISBEN** B5

ENFERMEDADES: H.T.A: X / DIABETES: — / OSTEOPOROSIS: — / ARTRITIS: — / EPOC: — / OTRA: Sindrome de manguito Rotatorio

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Losartan

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Ninguno

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

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

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

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

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

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

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Martha Lucia Giraldo

PARENTESCO: Hija **TEL FIJO:** — **TEL CELULAR:** 3143510278

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

DIRECCIÓN: Carrera 13 # 2E-04 **TELÉFONOS:** 3127797748

CORREO ELECTRÓNICO: gloriac612008@hotmail.com

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

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

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

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

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 21 días del mes de 05 delaño 2024.

Firma: Yadira correa

Nombre: Yadira correa

Identificación: 24314693



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.314.693**

CORREA De GIRALDO

APELLIDOS

FABIOLA

NOMBRES

Fabiola Correa

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1951**
CAICEDONIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-JUL-1975 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00732506-F-0024314693-20150812 **0045**72683A 1 4543480537

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 11/04/2024

Ficha: 66001164567500029531

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: FABIOLA

Apellidos: CORREA DE GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24314693

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/06/2022

Última actualización ciudadano: 28/06/2022

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**

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

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

Fecha de consulta: 24/05/2024

Ficha: 66001164567500029531

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: FABIOLA

Apellidos: CORREA DE GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24314693

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/06/2022

Última actualización ciudadano: 28/06/2022

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**

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

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	24314693
NOMBRES	FABIOLA
APELLIDOS	CORREA DE GIRALDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/24/2024 15:03:55	**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

2023

13

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

Fecha impresión: 01/12/2023 09:09

HISTORIA CLÍNICA MEDICINA ESPECIALIZADA

890280 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	CORREA DE GIRALDO	**Nombres:**	FABIOLA
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	24314693
Fecha de Nacimiento:	08/04/1951	**Edad:**	72 Años/7 Meses/23 Dias
Género:	Femenino	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección:	carrera 12 #94 e 15 la florida	**Teléfono:**	3218396750
Nombre del Cliente:	NUEVA EPS	**Convenio:**	PGP SUB NUEVA EPS
Fecha registro :	01/12/2023 09:02	**Fecha atención:**	01/12/2023 09:02

Grupo sanguíneo: O **R.H.:** Positivo **Estado civil:** Viudo **Nivel educación:** Básica Secundaria **Tipo de usuario:** Subsidiado **Tipo de vinculación:** Otro **Nombre responsable:** martha lucia giraldo **Parentesco responsable:** Hijo(a) **Teléfono responsable:** 3143510278

ANAMNESIS
Tipo de Atención:: Presencial
Ambito de atención: Ambulatorio
¿Sintomático Respiratorio?: NO
Nº de días de la sintomatología Respiratoria::
Motivo de consulta: DOLOR EN EL HOMBRO IZQUIERDO
Enfermedad actual: PACIENTE DE 72 AÑOS, REFIERE PRESENTAR HOMALGIA IZQUIERDA CON LIMITACION PARA LA MOVILIDAD. REFIERE ASISTIR A TERAPIA FISICA SIN MEJORIA.

ANTECEDENDES FAMILIARES
Observaciones antecedentes familiares (especifique citando numeral):

ANTECEDENTES PERSONALES
22) Consumo de cigarrillos: NO
Número de años que ha fumando:
Número de cigarrillos al día: IPA:
Riesgo de EPOC:
Observaciones antecedentes personales (especifique citando el numeral):

EXAMÉN FÍSICO

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

SIGNOS VITALES
TAS (mmHg):: 118
TAD (mmHg):: 70 **FC (xm)::** 80 **FR (xm)::** 18 **Temperatura::** 36,0 **Peso:** 60,00 Kilogramos **Talla:** 160,00 Centimetros **I.M.C::** 23,44
Clasificación riesgo IMC: <=18.5 Bajo Peso

VALORACIÓN EXAMÉN FÍSICO
18.Pulsos pedios:: Normal
Hallazgos examen físico: (Señale lo anormal): JOBE +, HAWKINS +, YOCUM +
RIPS CONSULTA Causa externa: Enfermedad general **Finalidad de la consulta:** No aplica

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

PLAN DE MANEJO Y TERAPEUTICO
Plan de manejo: PACIENTE DE 72 AÑOS, ECOGRAFIA CON DESGARRO PARCIAL DEL SUPRAESPINOSO, TENDINOSIS DEL INFRAESPINOSO Y SUBESCAPULAR, TENOSINOVITIS DEL BICEPS BRAQUIAL, SE INDICA BLOQUEO REGIONAL.
Manejo terapeutico: BLOQUEO REGIONAL.
ORDEN DE CONSULTA:

Cantidad

01/12/2023 09:09 - ORDEN DE CONSULTA - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - DANIEL FERNANDO PATIÑO ZAPATA

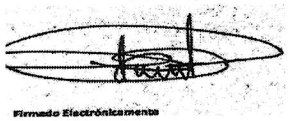
890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA — 1

ORDEN DE MEDICAMENTO:

	Cantidad	Días Tratamiento	Vía administración
01/12/2023 09:08 - ORDEN DE MEDICAMENTOS - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - DANIEL FERNANDO PATIÑO ZAPATA			
H02AB08 TRIAMCINOLONA 10mg/mL	1	1	Intramuscular

ORDEN DE PROCEDIMIENTO:

	Cantidad
01/12/2023 09:08 - ORDEN DE OTROS PROCEDIMIENTOS - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - DANIEL FERNANDO PATIÑO ZAPATA	
053113 BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	1



Firmado Electrónicamente

DANIEL FERNANDO PATIÑO ZAPATA

CC 1088537487

N° de registro: 1088537487

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

2023

47

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

Fecha impresión: 01/12/2023 09:09

Orden N°: 364313 **Orden Consulta Código:** 1777 **Fecha y hora:** 01/12/2023 09:09

Apellidos:	CORREA DE GIRALDO	**Nombres:**	FABIOLA
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	24314693
Fecha de Nacimiento:	08/04/1951	**Edad:**	72 Años/7 Meses/23 Dias
Género:	Femenino	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección:	carrera 12 #94 e 15 la florida	**Teléfono:**	3218396750
Nombre del Cliente:	NUEVA EPS	**Convenio:**	1207-1 PGP SUB NUEVA EPS
Fecha registro :	01/12/2023 09:09	**Fecha atención:**	01/12/2023 09:09

Vigencia: 01/12/2023 - 01/03/2024
Tipo de usuario: Subsidiado
Vía de ingreso: Consulta externa
Categoria: NIVEL 1

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

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

Especialidad solicitada: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Comentario:
Observaciones:

Firmado Electrónicamente

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

Firma usuario

6 diciembre 10:30 AM
1 hora antes facturar

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

Fecha impresión: 06/12/2023 10:45

HISTORIA CLÍNICA MEDICINA ESPECIALIZADA

890380 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	CORREA DE GIRALDO	**Nombres:**	FABIOLA
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	24314693
Fecha de Nacimiento:	08/04/1951	**Edad:**	72 Años/7 Meses/28 Dias
Género:	Femenino	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección:	carrera 12 #94 e 15 la florida	**Teléfono:**	3218396750
Nombre del Cliente:	NUEVA EPS	**Convenio:**	PGP SUB NUEVA EPS
Fecha registro :	06/12/2023 10:41	**Fecha atención:**	06/12/2023 10:41

Grupo sanguíneo: O **R.H.:** Positivo **Estado civil:** Viudo **Nivel educación:** Básica Secundaria **Tipo de usuario:** Subsidiado **Tipo de vinculación:** Otro **Nombre responsable:** martha lucia giraldo **Parentesco responsable:** Hijo(a) **Teléfono responsable:** 3143510278

ANAMNESIS

Tipo de Atención:: Presencial
Ambito de atención: Ambulatorio
¿Sintomático Respiratorio?: NO
N° de días de la sintomatología Respiratoria::
Motivo de consulta: BLOQUEO REGIONAL
Enfermedad actual: PACIENTE CON SINDROME DE MANGUITO ROTADOR IZQUIERDO, ACUDE PARA REALIZACION DE BLOQUEO REGIONAL.

ANTECEDENDES FAMILIARES

Observaciones antecedentes familiares (especifique citando numeral):

ANTECEDENTES PERSONALES

22) Consumo de cigarrillos: NO
Número de años que ha fumando:
Número de cigarrillos al día: IPA:
Riesgo de EPOC:
Observaciones antecedentes personales (especifique citando el numeral):

EXAMÉN FÍSICO

REVISIÓN POR SISTEMAS

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

SIGNOS VITALES

TAS (mmHg):: 125
TAD (mmHg):: 74 **FC (xm)::** 74 **FR (xm)::** 18 **Temperatura::** 36,0 **Peso:** 60,00 Kilogramos **Talla:** 160,00 Centimetros **I.M.C::** 23,44
Clasificación riesgo IMC: <=18.5 Bajo Peso

VALORACIÓN EXAMÉN FÍSICO

18.Pulsos pedios:: Normal
Hallazgos examen físico: (Señale lo anormal): JOBE +, HAWKINS +, YOCUM +
RIPS CONSULTA Causa externa: Enfermedad general **Finalidad de la consulta:** No aplica

DIAGNÓSTICOS

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

PLAN DE MANEJO Y TERAPEUTICO

Plan de manejo: SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE YESO, SE REALIZ ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE HOMBRO IZQUIERDO, SE REALIZA BLOQUEO REGIONAL CON KENACORT + LIDOCAINA, SIN COMPLICACIONES
Manejo terapeutico: CONTROL EN 2 MESES
ORDEN DE CONSULTA:

Cantidad

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

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

NOMBRES – APELLIDOS: FABIOLA CORREA

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 Fabiola Correa. **CERTIFICO**, que mis respuestas son correctas, ciertas y apegadas a la verdad.

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

Camila Cantero

FIRMA - DE QUIEN APLICA EL CUESTIONARIO

Fabiola Correa.

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: Correa de Giraldo Nombre: Fabiola

Sexo: F Edad: 73 Peso, kg: 73.9 Altura, cm: 153 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) → 12

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 ☐

ECV ✓

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación del estado nutricional

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

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

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

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

NOMBRE Fabiola Correa. **FECHA** 7/06/24

PESO 73.9 **TALLA:** 153 **IMC:** 31

Obesidad grado I // Riesgo ECV
PP: 46.5
PB: 31

FIRMA USUARIO: Fabiola Correa

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

FECHA SEGUIMIENTO _____

PESO_____ **TALLA:** _____ **IMC:**_____

FIRMA USUARIO

2024

18

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

Fecha impresión: 06/12/2023 10:44

Orden N°: 366158 **Orden Consulta Código:** 1777 **Fecha y hora:** 06/12/2023 10:44

Apellidos:	CORREA DE GIRALDO	**Nombres:**	FABIOLA
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	24314693
Fecha de Nacimiento:	08/04/1951	**Edad:**	72 Años/7 Meses/28 Dias
Género:	Femenino	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección:	carrera 12 #94 e 15 la florida	**Teléfono:**	3218396750
Nombre del Cliente:	NUEVA EPS	**Convenio:**	1207-1 PGP SUB NUEVA EPS
Fecha registro :	06/12/2023 10:44	**Fecha atención:**	06/12/2023 10:44

Vigencia: 06/12/2023 - 06/03/2024
Tipo de usuario: Subsidiado
Vía de ingreso: Consulta externa
Categoria: NIVEL 1

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

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

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

Firmado Electrónicamente

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

Firma usuario

Fecha Actual : martes, 21 mayo 2024

Hospital Universitario San Jorge Pereira

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA
NIT: 800231235
CARRERA 4 N° 24-88 TEL 3151880
HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA - CONSULTA EXTERNA

N° Historia Clínica:	**24314693**	**Edad En El Momento De La Atención**	73 Años

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	FABIOLA CORREA			**Identificación:**	24314693 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	08/abril/1951	**Edad Actual:**	73 Años / 1 Meses / 13 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	CONJUNTO ARBOLEDA DEL RIO CASA 1			**Teléfono:**	3313312
Procedencia:	PEREIRA			**Ocupación:**	HOGAR

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO		
Plan Beneficios:	NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO (PITP)	**Nivel - Estrato:**	SISBEN I

DATOS DEL INGRESO	**FOLIO N° 1**	**21/05/2024 3:15:40 p. m.**	
Fecha:	21/05/2024 14:55	**Ingreso:**	2279237
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General_Adulto
Motivo de Consulta	ASISITE 20 MIN TARDE Y FUE FACTURADA SIN CONSIENTIMIENT LA PRECER LA ENVIA POR IVCTRAE DIPPLER CON CON IVC CRONICA		
Enfermedad General	APROTA ECO DOPLER DE VENOSOS DE MIMI02/01/24 IVC SUPERFICIAL DE MII--- ECOCARDIOGRMA TT DEL 28/02/232 VI DE FOMA TAMÑO Y COJNTRACTILIDA NORMAL FE 64%, TAOSE 22 MMHG		

REVISION POR SISTEMAS

CF IINO ANGFINA NO DINEDA

EXAMEN FISICO

Aspecto y Estado Genral del Paciente

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA HIDRATADO SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, ORL SIN ALTERACIONES, CUELLO MÓVIL, NO DOLOROSO, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR. TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, RSRS NORMALES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, BUENA INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS NI SOBREAGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES REGULARES Y DE BUENA INTENSIDAD, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS FLEBOECTAIAS CEAP2 . NEUROLÓGICO PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, LENGUAJE CONSERVADO, PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES, FUERZA 5/5, ROT 2+/4+, TAXIAS CONSERVADA, NO REFLEJOS PATOLÓGICOS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA

FC	74,00	FR	17,00	TA.S	1.117,00	TA.D	70,00	TAM	419,00	PESO	72,00	Kg	TALLA	164,00	cms	IMC	26,77	SOBREPES O

SINTOMATICO RESPIRATORIO NO **ASC** 1,81 m2

VICTIMA VIOLENCIA SEXUAL NO **VICTIMA VIOLENCIA FISICA** NO **VICTIMA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR** NO

CONDUCTA

PAICENT ECON IVC QUE POR EL MOMNENTO SOLO REQUIERE SOPPOR ESASLTICO. SEDERIVA CX VASCULAR SE DAN EXPLICACIONES, RECOMENDACIONES GENERALES, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DOSIFICO EJERICIO, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE RECOEMIENDA USO DE MEDIA PANTALON O DE ELASTOCOMEPRESION CON GRADIENTE DE DE PRESION DE 20 -30 MMHG

ANTECEDENTES

FECHA	TIPO	OBSERVACION

DIAGNOSTICOS	**Dx PRINCIPAL**
I872 - INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	☑

PROFESIONAL RESPONSABLE
387 - 329-MEDICINA INTERNA
RIOS GUIRALES CARLOS MAURICIO
ID 10013361
Tarjeta P rofesional 15892-06

Alcaldía de PEREIRA

TEST MINIMENTAL - CENTRO VIDA

Version: 01

Fecha de Vigencia: Julio 05 de 2019

FECHA:

Nombre completo Fabiola Correa	Documento de identidad 24376493
Grupo Centro vida Oriente	Examinado por Yamara Quintero

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, mes, estación, año

5 **5**

- Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, Provincia, Nación

3 **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

3 **3**

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?

1 **3**

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj

2 **2**

- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros

1 **1**

- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?
¿Qué son el rojo y el verde?

0 **2**

- ¿Que son un perro y un gato?

0 **3**

- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa

1 **1**

- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

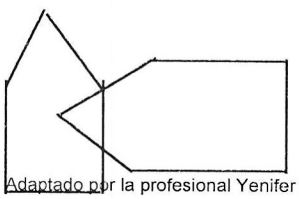
1 **1**

- Escriba una frase

0 **1**

- Copie este dibujo

1 **1**



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

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

FECHA:

Nombre completo: Fabiola Correa	Documento de identidad: 24314693
Grupo: Centro Vida Oriente.	Examinado por: Yumara Quintero

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: CUESTIONARIO CORTO

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

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

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

CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN TOTAL
Un puntaje entre 0 y 4 puntos se encuentra en un rango **saludable**.	1
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: 18 / MES: Octubre / AÑO: 2024 /

NOMBRES Y APELLIDOS: Fabiola Correa Giraldo / C.C: 24314693 /

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 20 indica buena función familiar, señalando un alto nivel de apoyo y satisfacción en su núcleo familiar, contribuyendo a su salud mental y emocional, ya que la persona mayor se siente incluida en la toma de decisiones y en las actividades conjuntas, y al haber un buen canal de comunicación puede manifestar con tranquilidad su sentir, sus pensamientos y necesidades, promoviendo una buena calidad de vida.

Gloria Inés Arias Molina

PROFESIONAL QUE APLICA EL INSTRUMENTO

TARJETA O REGSITRO PROFESIONAL N° 1225092595

Buena Función Familiar	18 - 20 Puntos	Disfunción Familiar Leve	14 - 17 Puntos
Disfunción Familiar Moderada	10 - 13 Puntos	Disfunción Familiar Severa	09 o menos Puntos

C.T.A. MULTISER	PROGRAMA ADULTO MAYOR COOPERATIVA MULTISER CENTRO VIDA ORIENTE FICHA DE VALORACIÓN CAPACIDAD FÍSICA	Alcaldía de PEREIRA
Versión: 0		Vigencia: 05-2017

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 12-preguntas, Administrada-proxy

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud que tiene la persona sobre la que usted está respondiendo en su papel de amigo, pariente o cuidador. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido o tiene su amigo, o la "persona" sobre la que usted está respondiendo, para realizar las siguientes actividades Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

H4*	Yo soy _____(seleccione) de esa persona Fabiola Correa de Giralda 73 años	1 =	Esposo o esposa	5 =	Otro relacionado
		2 =	Padres	6 =	Amigo
		3 =	Hijo o Hija	7 =	Cuidador profesional
		4 =	Hermano o hermana	8 =	Otro (especifique)

* Preguntas H1-H3 aparecen al final del cuestionario.

	En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido la "persona" para:					
S1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S2	Cumplir con sus quehaceres de la casa?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S3	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S4	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)?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
S5	Cuánto le ha afectado a la "persona" emocionalmente su "condición de salud"?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente

https://piadmin.cibersam.es/intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_fa797e01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documenta.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyYZDiPVvag/content/?c=force&a=false

13-06-2024

Powered by CamScanner

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

12

Proxy

	En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido la "persona" para:						
1	S6	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
2	S7	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
3	S8	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
3	S9	Vestirse?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
u	S10	Relacionarse con personas que no conoce?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
c	S11	Mantener una amistad?	Ninguna 1	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
¿	S12	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	Ninguna	Leve 2	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo

H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	*Anote el número de días* 20
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	*Anote el número de días* 0
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	*Anote el número de días* 2

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

https://biadmin.cibersam.es/intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_fa797e01-21d5-4751-a29f-7996a9183187.pdf
https://documenta.unizar.es/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/EJUQXKFVQrKcyYZDiPVvag/content/?c=force&a=false

Powered by CamScanner