

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE INGRESO A ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA DEL INAPAM

MP-DGERO-04

JUNIO, 2022



**CÉDULA DE REGISTRO**

**NOMBRE DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTO**

INGRESO A ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA DEL INAPAM

**ELABORÓ**



ANA LUISA GAMBLE SÁNCHEZ  
GAVITO

DIRECTORA DE GERONTOLOGÍA

**REGISTRÓ**



LIC. EDGAR OLIVARES AGUSTÍN

SUBDIRECTOR JURÍDICO

**AUTORIZÓ**



LIC. JORGE ALBERTO VALENCIA  
SANDOVAL

PRESIDENTE DEL COMERI

**REGISTRO**

CLAVE: MP-DGERO-04

VERSIÓN: 01

FECHA: JUNIO 2022



**ÍNDICE**

CÉDULA DE REGISTRO.....	2
ÍNDICE .....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO DEL MANUAL .....	4
BASE LEGAL .....	5
POLÍTICAS.....	7
PROCEDIMIENTO .....	8
PROPÓSITO .....	8
ALCANCE.....	8
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	9
DIAGRAMA DE FLUJO .....	13
REGISTROS .....	19
GLOSARIO.....	21
ANEXOS.....	26
CAMBIOS DE VERSIÓN .....	82

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*



## INTRODUCCIÓN

El presente Manual de procedimientos establece el mecanismo para proceso de ingreso a albergues y residencias de día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores a través de la Dirección de Gerontología.

En él se especifican las áreas responsables del proceso y las actividades que tendrán que desempeñar.

Se definen los criterios a considerar para que una persona adulta mayor interesada pueda ingresar a un albergue o residencia de día del INAPAM

Se proporciona información sobre el marco legal que sustenta el alcance y la orientación de las actividades de cada uno de los actores involucrados en el procedimiento, así como de la dinámica de las actividades y otorgamiento de servicios.

Finalmente, el manual refleja las actividades específicas que se llevarán a cabo, así como los medios utilizados para la consecución de los fines, constituyéndose en un instrumento de apoyo para las personas adultas mayores interesadas en ingresar a un albergue o residencia del, así como para el personal de la Dirección de gerontología involucrado en proceso.

## OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer el procedimiento de ingreso a albergues y residencias de día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores que sirva de guía para conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades de las personas adultas mayores y/o familia que solicitan el servicio y de las personas servidoras públicas involucradas en el procedimiento, optimizando así los recursos y el trámite que realiza la persona adulta mayor.



**BASE LEGAL**

ORDENAMIENTO	APARTADO
<b>DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES</b>	
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Última reforma publicada en el D.O.F. 28 de mayo de 2021.
<b>LEYES</b>	
Ley General de Salud	Última reforma publicada en el D.O.F. 1 de junio de 2021. Título Tercero, Capítulos I al IV.
Ley de Asistencia Social	Última reforma publicada en el D.O.F. 20 de mayo de 2021. Artículo 9.
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	Última reforma publicada en el D.O.F. 20 de mayo de 2021. Título V, Artículo 28, Fracciones XI, XII, XIII y XIV
Ley Federal de procedimiento Administrativo.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 18 de mayo de 2018
Ley General de Responsabilidades Administrativas	Última reforma publicada en el D.O.F. el 20 de mayo de 2021.
Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	Última reforma publicada en el D.O.F. el 27 de enero de 2017
Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública	Última reforma publicada en el D.O.F. el 13 de agosto de 2020
Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 11 de enero de 2020.
Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 26 de enero de 2017
Ley General de Desarrollo Social.	Última reforma publicada en el D.O.F. 23 de junio de 2018.
Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad	Última reforma publicada en el D.O.F. 12 de julio de 2018.



Código: MP-DGERO-04

Revisión 01

Página 6 de 82

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Última reforma publicada en el D.O.F. 01 de junio de 2021.

Ley General de Protección Civil

Última reforma publicada en el D.O.F. 20 de mayo de 2021.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Última reforma publicada en el D.O.F. 20 de mayo de 2021.

Ley Federal de Austeridad Republicana

Última reforma publicada en el D.O.F. el 19 de noviembre de 2019.

## OTROS

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Última reforma publicada en el D.O.F. 16 de agosto de 2019.

Programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, publicado en el D.O.F. el 16- 04- 2021.

ACUERDO por el que se determinan los criterios para la administración de los recursos humanos en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal con el objeto de reducir el riesgo de contagio y dispersión del coronavirus SARS-CoV2.

Lineamientos en Materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal.

Lineamientos Técnicos de Seguridad Sanitaria en el Entorno Laboral.

Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID- en espacios públicos cerrados.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. Publicada en el D.O.F. 14 de septiembre de 2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Publicada en el D.O.F. 12 de septiembre de 2013.



## POLÍTICAS

1. La persona encargada de la Dirección de Gerontología supervisará el procedimiento de ingreso a albergues y residencias de día del INAPAM.
2. La persona encargada de la Subdirección de Modelos Gerontológicos y Capacitación coordinará el procedimiento, solicitará al secretario del Comité de Ingresos convoque a sesión del mismo, notificará la resolución del comité a la persona adulta mayor candidata e informará a los responsables de las Unidades Gerontológicas sobre el ingreso.
3. El Equipo de valoración gerontológica Integral, conformado por un(a) Médico(a), un(a) Trabajador(a) Social y un(a) Psicólogo(a), identificará las necesidades de la persona adulta mayor interesada, brindará información sobre los criterios de ingreso o sobre otros modelos de atención del INAPAM, realizará la valoración gerontológica integral de la persona adulta mayor candidata, misma que incluye estudio socioeconómico, a partir del cual, en caso de ingreso, se determinara la cuota de recuperación de acuerdo al tabulador socioeconómico y presentará los resultados ante el Comité de Ingresos
4. El Comité de Ingresos sesionará para analizar y discutir, con base en sus manuales y procedimientos, los resultados de la valoración gerontológica integral a de la persona adulta mayor candidata y dictaminará sobre el ingreso a albergues o residencias de día.
5. Las personas designadas por la Dirección de Gerontología como enlaces administrativos de albergues y residencias de día adecuarán el espacio y prepararán las condiciones para brindar los servicios y atención a la persona adulta mayor que ingresa y mantendrán actualizado su padrón.
6. La persona adulta mayor y/o responsable de la persona adulta mayor realizará la solicitud de ingreso a los albergues o residencias de día en apego a lo establecido en el procedimiento y respetará el dictamen del Comité de Ingreso.

El incumplimiento del procedimiento regulado en este Manual, detectado con base en los reglamentos internos de albergues y residencias de día, dará origen a las responsabilidades administrativas a las que haya lugar por parte de todas las personas públicas involucradas, en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y la demás normatividad aplicable y vigente.



**PROCEDIMIENTO**

Procedimiento de Ingreso a albergues y residencias de día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

**PROPÓSITO**

Realizar el ingreso a albergues y residencias de día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de manera ordenada, guiando el desarrollo de las actividades de las personas adultas mayores y/o familia que solicitan el servicio y la atención de las personas servidoras públicas involucradas, optimizando así los recursos y el trámite que realiza la persona adulta mayor.

**ALCANCE**

Este procedimiento es aplicable y obligatorio al personal de la Dirección de Gerontología, de la Subdirección de Modelos Gerontológicos y Capacitación, al Equipo de valoración gerontológica integral, al Comité de Ingresos, así como a los Enlaces Administrativo de los albergues y residencias de día del INAPAM.





**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Solicita información para ingresar a una unidad gerontológica el INAPAM	PAM
2	Solicita la información en la unidad gerontológica Si. Continúa en actividad 3. No. Continúa en actividad 4.	PAM
3	Refiere verbalmente a la persona adulta mayor interesada en ingresar a un albergue o residencia de día con el equipo de valoración gerontológica integral proporcionado el teléfono y dirección de contacto.	Enlace administrativo de la unidad
4	Recibe de forma presencial, vía telefónica o correo electrónico, la solicitud de información de ingreso a albergues o residencias de día por parte de la persona adulta mayor interesada.	Equipo de valoración gerontológica integral
5	Informa a la PAM interesada los criterios de ingreso a albergues y residencias de día (FO-DGERO-04-01).	Equipo de valoración gerontológica integral
6	Identifica a través de una entrevista semiestructurada, realizada vía telefónica o de manera presencial las necesidades y características de la persona adulta mayor interesada en ingresar a un albergue o residencia de día (FO-DGERO-04-02).	Equipo de valoración gerontológica integral
7	Determina durante la entrevista semiestructurada, si la persona adulta mayor interesada cumple con los requisitos de ingreso a un albergue o residencia de día No. Continúa en actividad 8. Sí. Continúa en actividad 9.	Equipo de valoración gerontológica integral
8	Concluida la entrevista, informa de manera presencial, vía telefónica o correo electrónico a la persona adulta mayor interesada, que no cumple con los requisitos de ingreso y le proporciona otros modelos de atención que se ajusten a sus necesidades. <b>FINALIZA EL PROCEDIMIENTO.</b>	Equipo de valoración gerontológica integral
9	Concluida la entrevista, informa de manera presencial, vía telefónica o correo electrónico a la persona adulta mayor interesada sobre la continuidad del procedimiento para el ingreso al albergue y residencia de día.	Equipo de valoración gerontológica integral



10	Agenda de manera presencial, vía telefónica o correo electrónico con la persona adulta mayor interesada, una cita para realizar su valoración gerontológica.	Equipo de valoración gerontológica integral
11	Acude a cita para la realización de valoración gerontológica integral en el lugar que le asigne el Equipo de valoración gerontológica integral.	PAM
12	Realiza la valoración de la persona adulta mayor con apoyo de los instrumentos de valoración gerontológica integral. (FO-DGERO-04-03, FO-DGERO-04-04, FO-DGERO-04-05, FO-DGERO-04-06).	Equipo de valoración gerontológica integral
13	Sigue el instructivo para el llenado del Estudio Socioeconómico (FO-DGERO-04-07).	Equipo de valoración gerontológica integral
14	Determina la cuota de recuperación de acuerdo con el Tabulador de Estudio Socioeconómico (FO-DGERO-04-08).	Equipo de valoración gerontológica integral
15	Proporciona fecha aproximada a la personas adulta mayor para comunicación del resultado sobre su candidatura para ingresar a la unidad gerontológica	Equipo de valoración gerontológica integral
16	Analiza los resultados obtenidos en la valoración gerontológica integral de la persona adulta mayor.	Equipo de valoración gerontológica integral
17	Elabora informe de resultados de la valoración gerontológica integral de la persona adulta mayor candidata. FO-DGERO-04-09).	Equipo de Valoración gerontológica Integral
18	Entrega por escrito el informe integral para ingreso al Subdirector de Modelos Gerontológicos y Capacitación.	Equipo de Valoración gerontológica integral
19	Recibe informe integral para ingreso.	Personal la Subdirección de Modelos Gerontológicos y Capacitación
20	Integra la carpeta con el acta que se presenta al Comité de Ingresos y resguarda con base en la normatividad los archivos de la carpeta de la sesión. FO-DGERO-04-10, FO-DGERO-04-11, FO-DGERO-04-12, FO-DGERO-04-13, FO-DGERO-04-14, FO-DGERO-04-09).	Secretaria técnica del Comité de Ingresos

*[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several initials.]*



21	Convoca al Comité de Ingresos para dictaminar, con base en sus procedimientos, la factibilidad de ingreso de las personas adultas mayores candidata.	Secretaria técnica del Comité de Ingresos
22	Presenta los resultados de la valoración gerontológica integral ante el Comité de Ingresos.	Equipo de Valoración gerontológica integral
23	Determina sobre la factibilidad del ingreso de la PAM	Comité de Ingresos
24	Es factible el ingreso. No. Continúa en actividad 25. Sí. Continúa en actividad 26.	Comité de Ingresos
25	Recomienda otros espacios que se ajusten a las necesidades de la persona adulta mayor candidata. <b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>	Equipo de Gerontológica Valoración Integral
26	Notifica de manera presencial, vía telefónica o correo electrónico a la persona de Enlace administrativo de la unidad gerontológica sobre la fecha en que ingresará la persona adulta mayor.	Personal la Subdirección de Modelos Gerontológicos y Capacitación
27	Notifica vía telefónica a la persona adulta mayor la fecha en la que se presentará para ingresar a la unidad gerontológica asignada.	Equipo de Valoración gerontológica Integral
28	Se presenta acompañada de sus dos responsable a la unidad Gerontológica en la fecha asignada.	PAM
29	Da a conocer el Reglamento Interno de albergues o residencias de día a la persona adulta mayor que ingresa a la unidad (Anexo 15 y 16).	Enlace administrativo de la unidad
30	La PAM está de acuerdo con el Reglamento Interno de la unidad Sí. Continúa con la actividad 31. No. Regresa a la actividad 24.	Enlace administrativo de la unidad
31	Firma la carta de conformidad y compromiso (FO-DGERO-04-15).	PAM
32	Firma de carta de compromiso adquirido una vez que la personas adulta mayor ingresa a la unidad (FO-DGERO-04-16).	Responsable de la PAM

*[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin of the table]*

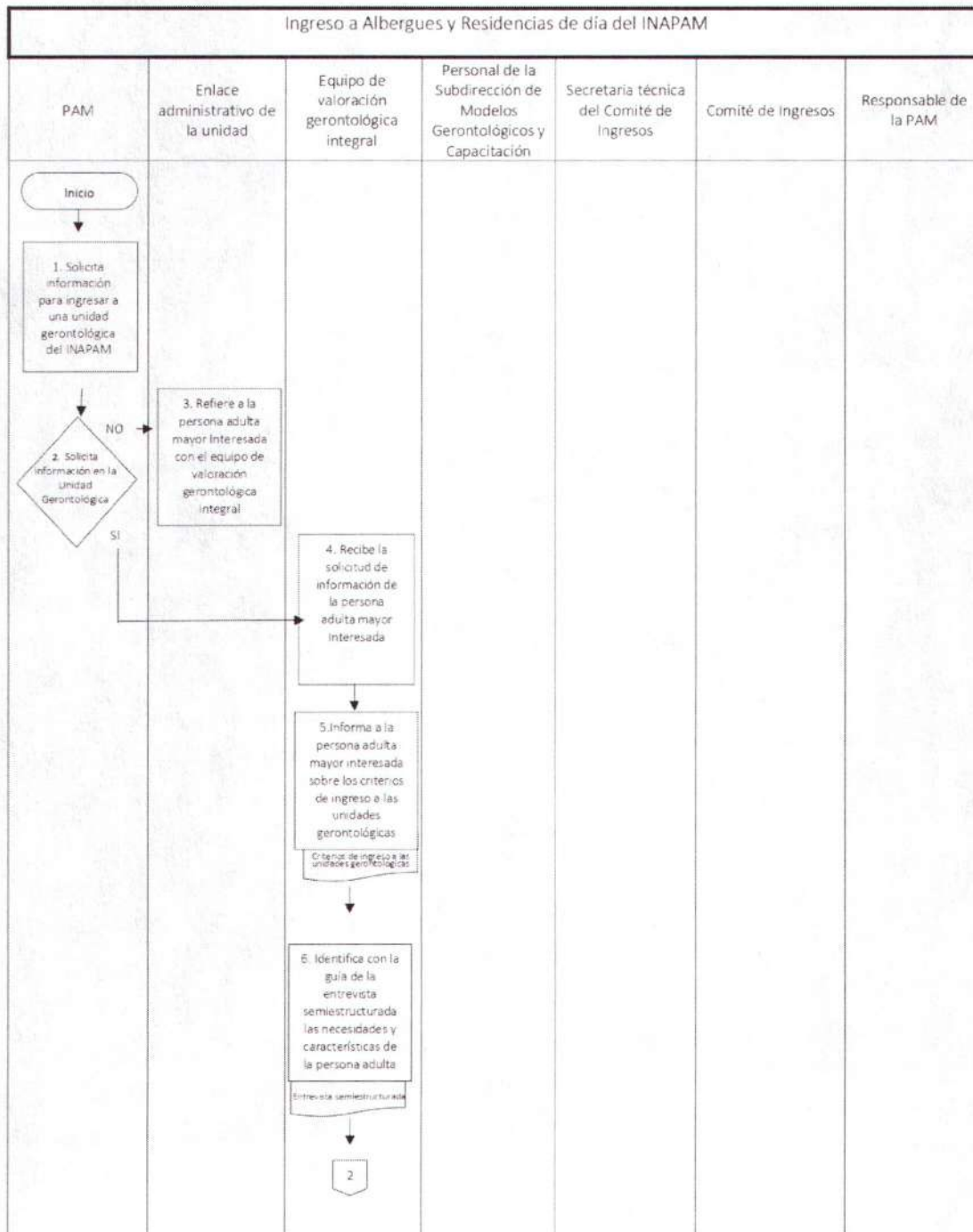


33	Supervisa de que la PAM ingrese únicamente los artículos permitidos en el reglamento de la unidad gerontológica	Enlace administrativo de la Unidad
34	Muestra los espacio dentro del albergues o residencias de día donde se brindan los servicios y atención a las personas adultas mayores que ingresan.	Enlace administrativo de la Unidad
35	Señala el espacio asignado a la PAM dentro de la unidad gerontológica acompañada de sus responsables.	Enlace administrativo de la unidad
36	Se integra al espacio asignado dentro de la unidad gerontológica .	PAM
37	Integra el expediente de la persona adulta mayor en el albergue o residencia de día asignado.	Enlace administrativo de Unidad
38	Actualiza la base de datos que contiene el padrón de la unidad (FO-DGERO-04-17). <b>FIN DEL PROCEDIMIENTO</b>	Enlace administrativo de Unidad

Tiempo Total: 20 días hábiles

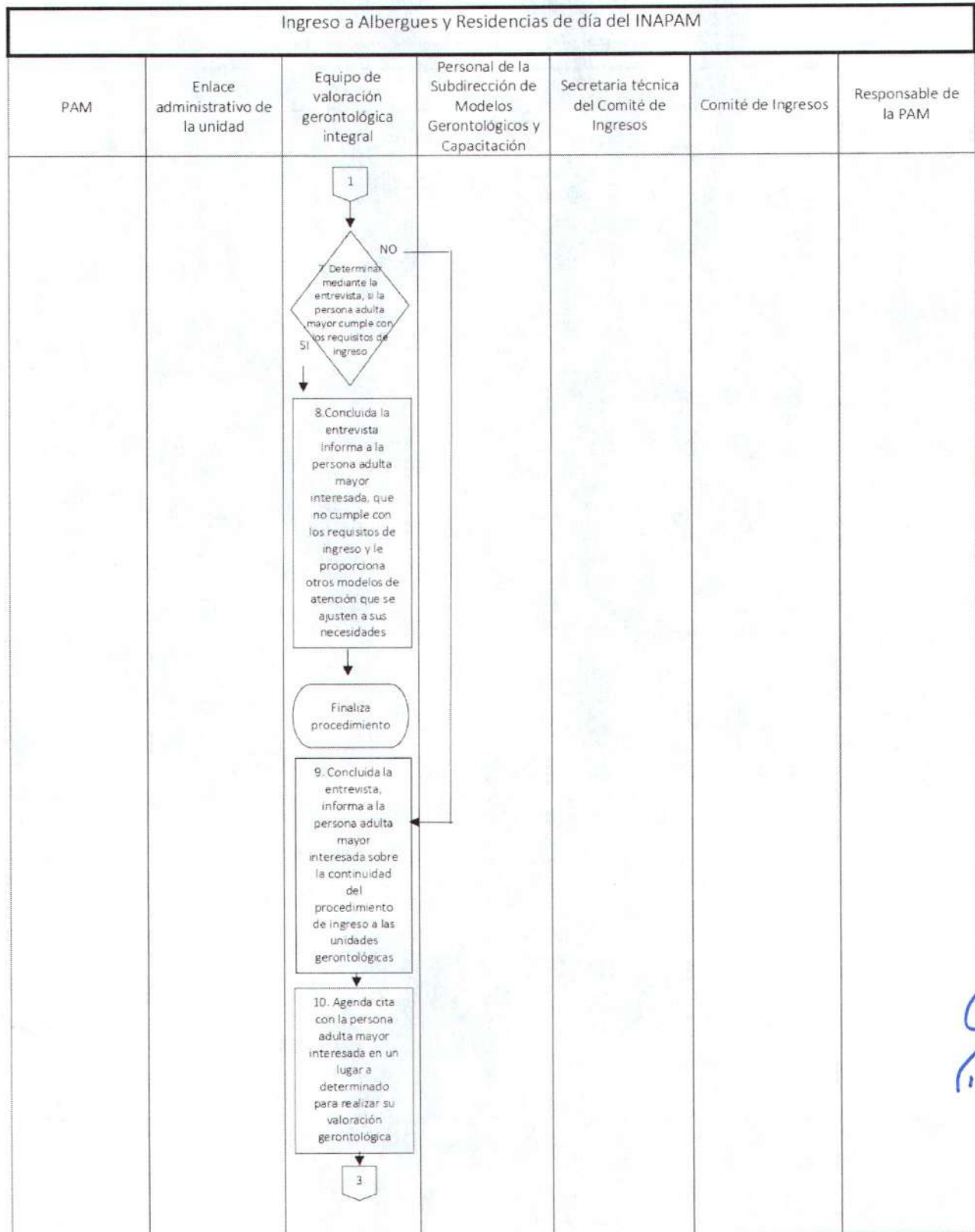


**DIAGRAMA DE FLUJO**

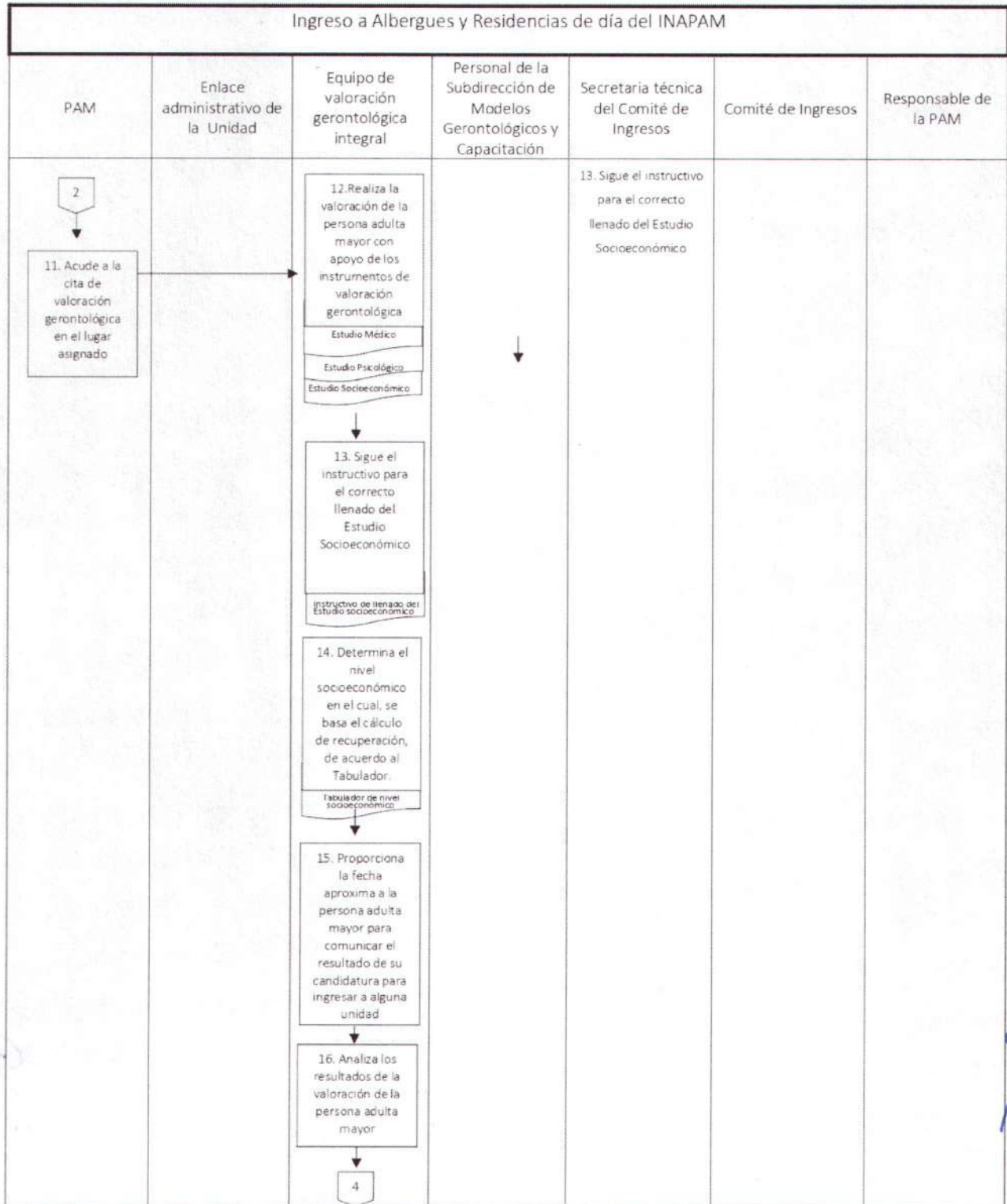


*[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]*

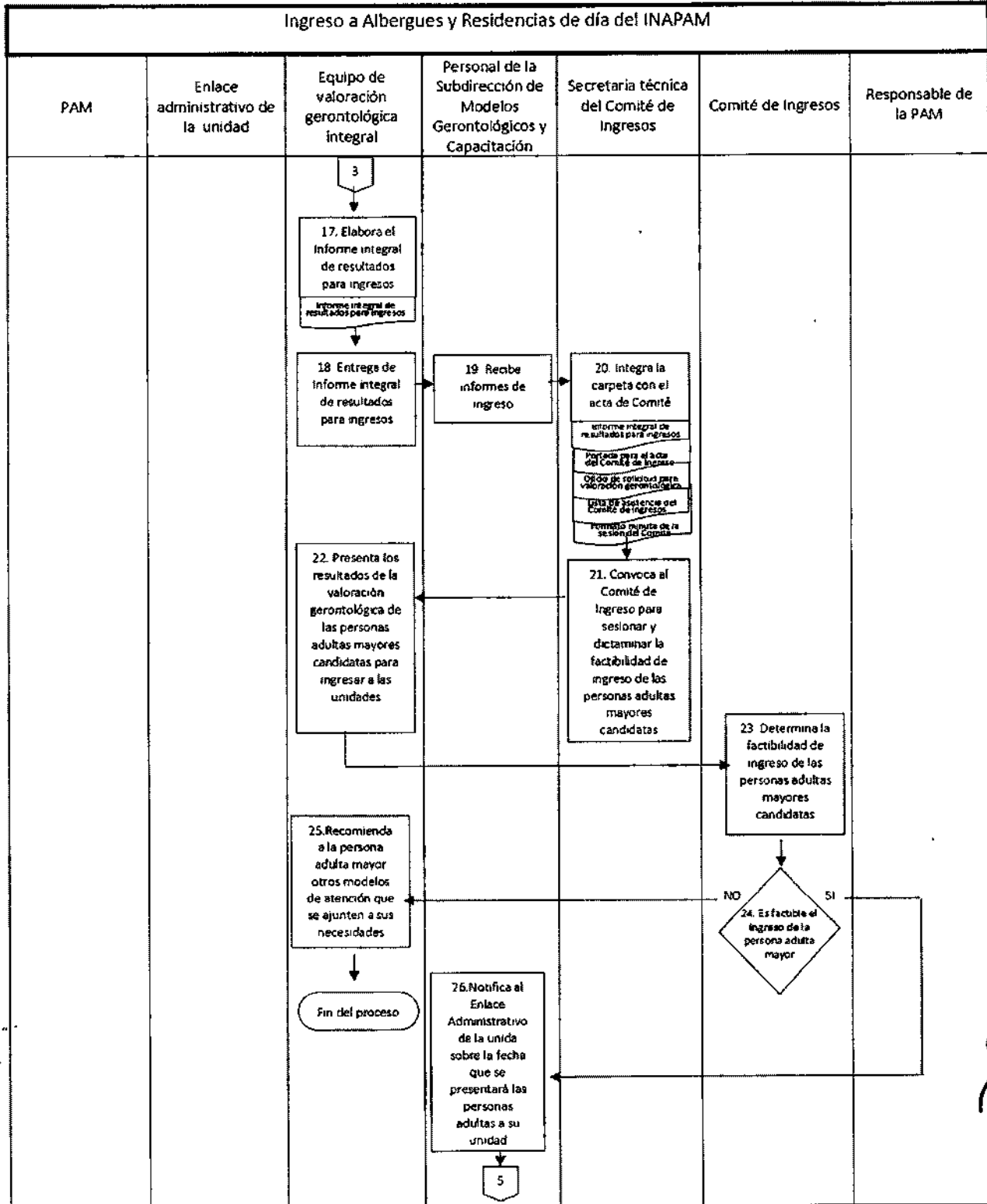




*[Handwritten signatures in blue ink]*



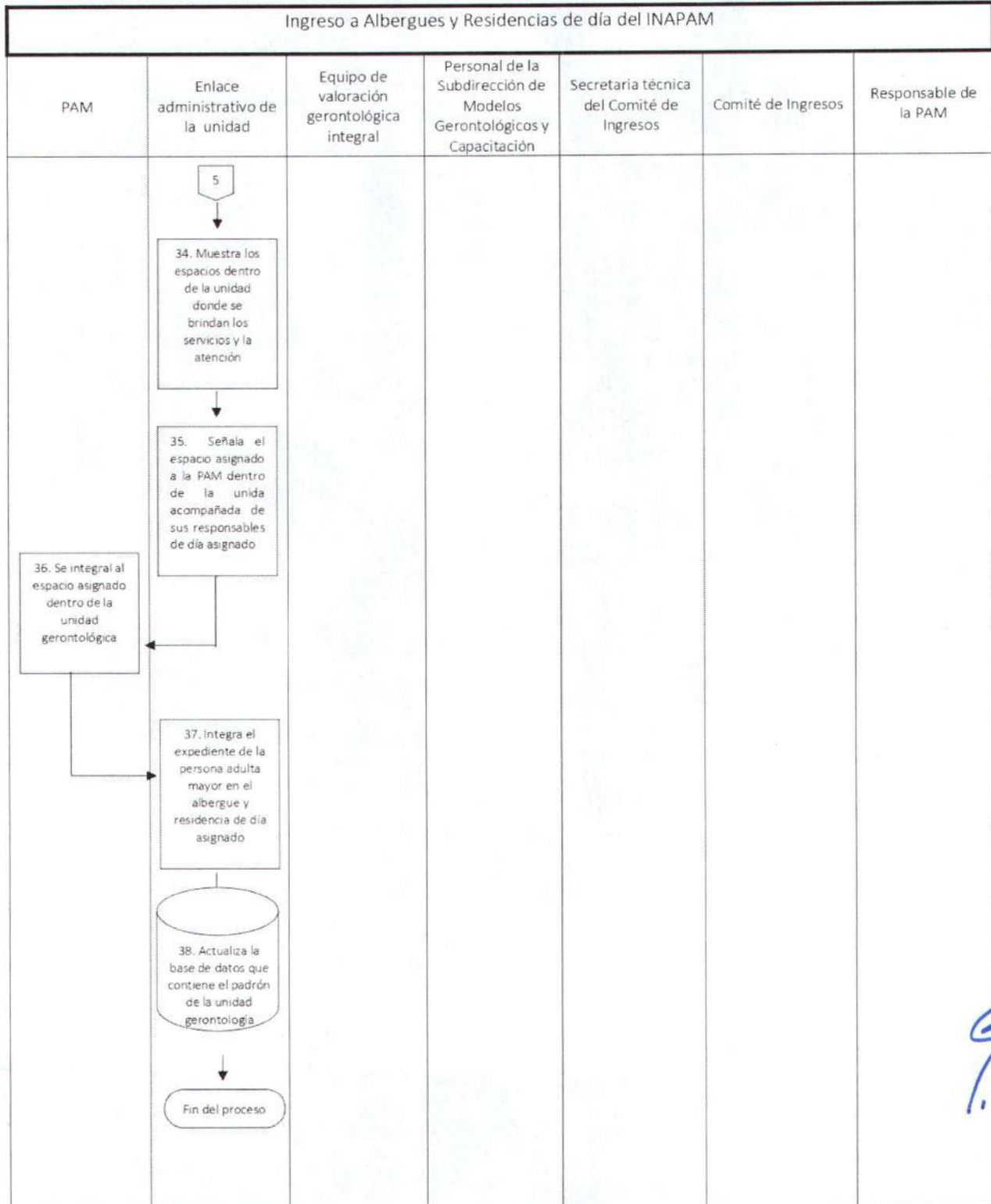
*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*



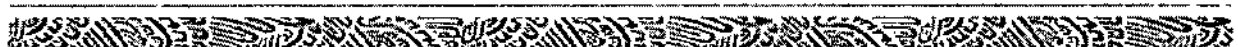




**REGISTROS**

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Criterios para ingreso a albergues y residencias de día del INAPAM	Indefinido	Personal de la Subdirección de Modelos Gerontológicos y Capacitación	FO-DGERO-04-01
Entrevista semiestructurada.	5 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Personal de la Subdirección de Modelos Gerontológicos y Capacitación	FO-DGERO-04-02
Ficha de identificación de la personas adulta mayor	5 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Enlace administrativo de Unidad Gerontológica	FO-DGERO-04-03
Estudio clínico de la persona adulta mayor	5 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Enlace administrativo de Unidad Gerontológica	FO-DGERO-04-04
Estudio psicológico de la persona adulta mayor	5 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Enlace administrativo de Unidad Gerontológica	FO-DGERO-04-05
Estudio socioeconómico	5 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio	Personal de la Subdirección de Modelos Gerontológicos y Capacitación	FO-DGERO-04-06
Instructivo de llenado de Estudio socioeconómico	Indefinido	Personal de la Subdirección de Modelos Gerontológicos y Capacitación	FO-DGERO-04-07
Tabulador de Nivel de clasificación Socioeconómica	Indefinido	Personal de la Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-08
Informe de resultados de valoración gerontológica integral para ingreso	5 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio	Enlace administrativo de Unidad Gerontológica y Capacitación	FO-DGERO-04-09

*Handwritten signature/initials on the right margin of the table.*



Portada Sesión del Comité de ingresos y casos especiales	5 años	Secretaria técnica del Comité de Ingresos	FO-DGERO-04-10
Oficio de solicitud para sesionar al Comité de ingresos y casos especiales	5 años	Secretaria técnica del Comité de Ingresos	FO-DGERO-04-11
Lista de asistencia de las sesiones del Comité de ingresos y casos especiales	5 años	Secretaria técnica del Comité de Ingresos	FO-DGERO-04-12
Orden de día de las sesiones del Comité de ingresos y casos especiales	5 años	Secretaria técnica del Comité de Ingresos	FO-DGERO-04-13
Formato de minuta de las sesiones del Comité de ingresos y casos especiales	5 años	Secretaria técnica del Comité de Ingresos	FO-DGERO-04-14
Carta de conformidad y compromiso de la persona adulta mayor	5 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Enlace administrativo de Unidad Gerontológica	FO-DGERO-04-15
Carta de Compromiso de las personas responsables de la persona adulta mayor	5 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Enlace administrativo de Unidad Gerontológica	FO-DGERO-04-16
Base de datos de padrón de beneficiarios	5 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Enlace administrativo de Unidad Gerontológica	FO-DGERO-04-17
Expediente de la personas adulta mayor	5 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Enlace administrativo de Unidad Gerontológica	



## GLOSARIO

- **Albergue:** Espacios donde se brindan servicios y atención integral a personas adultas mayores, que incluye seguimiento médico de primer nivel, alimentación, servicios de cuidados, actividades físicas, recreativas, ocupacionales, culturales y estimulación cognitiva, en la modalidad de estancia permanente, para favorecer el bienestar y el ejercicio de los derechos humanos de personas adultas mayores que se encuentran en situación de vulnerabilidad social y que necesitan de forma permanente asistencia en sus necesidades básicas, que operan de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, los cuales son:
  1. Alabama, Alabama núm. 17, Col. Nápoles, C. P. 3810, Alc. Benito Juárez. Ciudad de México. Tel: 55 9130 9890.
  2. Gemelos, Gemelos núm. 10 y 14, Col. Prado Churubusco, C. P. 04230, Alc. Coyoacán, Ciudad de México.
  3. Moras, Moras núm. 818, Col. Acacias del Valle, C. P. 03230, Alc. Benito Juárez, Ciudad de México.
  4. Nebraska, Nebraska núm. 180, Col. Nápoles, C. P. 03810, Alc. Benito Juárez, Ciudad de México. Tel: 55 5085 8551.
  5. Guanajuato, Nicéforo Guerrero Callejón de los Hospitales núm. 8, Col. Centro, C. P. 03600, Guanajuato, Guanajuato.
  6. Oaxaca, Celsa Aguirre Vda. de Bravo, Calle 10 esq. Calle 17, Col. Infonavit, C.P. 68370, Tuxtepec, Oaxaca.
- **Candidata:** Persona Adulta Mayor interesada en ingresar a una unidad gerontológica que ha cumplido con los criterios de Ingreso.
- **Comité de Ingresos:** Comisión para incorporarse a los albergues y residencias de día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, cuya función es sesionar para analizar los resultados de la valoración gerontológica integral de la persona adulta mayor candidata y dictaminar sobre su ingreso a alguna de las Unidades Gerontológicas del INAPAM; y que se compone de acuerdo con la siguiente estructura:
  - Presidente(a) Director (a) General del INAPAM
  - Secretario (a) Director (a) de Gerontología
  - Secretario (a) suplente Subdirector (a) de Modelos Gerontológicos y Capacitación
  - Coordinación de albergues y residencias de día.
  - Médico geriatra
  - Médico psiquiatra o neurólogo



- Enfermera (o)
- Trabajador (a) Social
- Psicólogo (a)
- Asimismo, durante las sesiones acudirán como invitados los responsables de los albergues, residencias de día y/o centros culturales sobre los que se dictaminará el ingreso, quienes tendrán voz y no voto; lo anterior, con la intención de que emitan su opinión con respecto de los casos.
- Criterios de Ingreso: características y requisitos establecidos por la Dirección de Gerontología que debe tener y cumplir, la persona adulta mayor interesada en ingresar a albergues y residencias de día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- Estudio médico. Valoración médica realizada por el Equipo de valoración integral a la persona adulta mayor candidata en CAI, misma que se complementa con el análisis de los resultados de estudios de laboratorio y gabinete.
- Estudio psicológico. Valoración psicológica realizada por el Equipo de valoración gerontológica a la persona adulta mayor candidata y que consta de los siguientes instrumentos: Mini-mental de Folstein, Yesavage de 30 ítems, Pffifer, Entrevista de evaluación diagnóstica: Preguntas indicadas para trastorno de ansiedad, Entrevista de evaluación diagnóstica: Preguntas indicadas para trastorno de angustia, Test frases incompletas (SSCT) de 61 ítems y Test del reloj.
- Estudio socioeconómico: El instrumento que el personal de trabajo social, que forma parte del Equipo de valoración gerontológica integral aplica a las personas adultas mayores candidatas para ingresar al algún albergue o residencia de día y que tiene por objeto identificar sus características socioeconómicas, para ubicarlo en un nivel de clasificación económica. Este mismo contiene apartados para describir sus redes de apoyo, tipo de familia, ciclo vital de la familia y APGAR Familiar.
- Entrevista semiestructurada: que el entrevistador no sigue estrictamente una lista formal de preguntas; hará más preguntas abiertas, lo que permitirá una discusión con el entrevistado en lugar de un formato sencillo de preguntas y respuesta. El entrevistador debe preparar una lista de preguntas, pero no necesariamente las hace todas, o tocarlas en un orden particular, usándolas en su lugar para guiar la conversación.
- Equipo de valoración gerontológica integral: Equipo de profesionistas trabajadores del INAPAM con formación gerontológica que se encuentra conformado por un(a) Médico(a),



un(a) Trabajador(a) Social y un(a) Psicólogo(a), todos ellos designados por la Dirección de Gerontología, cuya función es la de realizar la valoración gerontológica a la persona adulta mayor candidatas para ingresar a albergues y residencias de día y presentar los resultados de la misma al Comité de Ingresos y casos especiales.

- INAPAM: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- Informe de resultados de valoración gerontológica integral: Documento que presenta de manera integral los resultados de la valoración médica, psicológica y socioeconómica.
- Interesada: Persona adulta mayor que solicita información sobre el ingreso a los albergues y residencias de día.
- Residencia de día: Espacios donde se brindan servicios y atención integral a personas adultas mayores, que incluye dos alimentos, servicios de cuidados, actividades de prevención, promoción de la salud, actividades culturales, deportivas, recreativas y estimulación cognitiva en la modalidad de estancia temporal, de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas, con el objetivo de favorecer que las personas adultas mayores continúen integradas a su hogar y a su comunidad en el ejercicio de sus derechos humanos y que operan de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3 2012. Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, las cuales son:
  1. Cerro San Andrés, Cerro San Andrés núm. 440, Col. Campestre Churubusco, Alc. Coyoacán, C.P. 04200, Ciudad de México.
  2. Corpus Christi, Sacramento núm. 25, Col. Corpus Christi, Alc. Álvaro Obregón, C.P. 01530, Ciudad de México.
  3. Dr. Atl, Dr. Atl núm. 29, Col. Villa Coapa, Alc. Tlalpan, C.P. 14310, Ciudad de México.
  4. Guadalupe Proletaria, Calle 7 y Corona del Rosal, Col. Guadalupe Proletaria, Alc. Gustavo A. Madero, Ciudad de México.
  5. Héroe del 47, Héroe del 47 núm. 79, Col. San Mateo, Alc. Coyoacán, C.P. 4120, Ciudad de México.
  6. Zacatecas, Antonio de Haro Saldivar, Churubusco esq. Durazno, Col. Huertas San José, C.P. 99379, Jerez, Zacatecas
- Responsables de la persona adulta mayor: Personas que se asumen ante el INAPAM como las responsables de la persona adulta mayor, albergada o residente, que se compromete a estar al tanto y satisfacer sus necesidades materiales, físicas y sociales.



- SMGC: Subdirección de Modelos Gerontológicos y Capacitación.
- Unidad Gerontológica: Albergue o Residencia de día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
- Valoración gerontológica integral. Valoración realizada por el Equipo Multidisciplinario a la persona adulta mayor candidata y que consta de Estudio médico, Estudio psicológico y Estudio socioeconómico de la persona adulta mayor candidata.

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*





# ANEXOS

*Handwritten signature in blue ink, oriented vertically on the right side of the page.*

*Handwritten mark or signature in blue ink at the bottom right corner.*






**ANEXO 1****Requisitos para ingreso a Albergues y Residencias de día del INAPAM**

FO-DGERO-04-01

Serán sujetas de los servicios y atención gerontológica brindada en los Albergues y Residencias de día de INAPAM, las personas adultas mayores que cumplan con los siguientes criterios:

- Expresen su deseo de ingresar por voluntad propia
- Tener 60 años o más
- Constar con una identificación oficial.
- Valerse física y mentalmente por si misma
- No contar con enfermedades psiquiátricas o infecciosas que puedan poner en riesgo las personas adultas mayores usuarias al personal de la unidad.
- Preferentemente contar con una persona responsable.

## ANEXO 2

## Entrevista semiestructurada

FO-DGERO-04-02

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Nombre de la persona adulta mayor:	Se señala el nombre de la persona adulta mayor.
2. Edad:	Se indica la edad de la persona adulta mayor.
3. Patologías diagnosticadas:	Se identifican las patologías que cursa la persona adulta mayor.
4. Funcionalidad para las actividades diarias:	Se identifica el grado de funcionalidad física y cognitiva de la persona adulta mayor para realizar sus actividades de la vida diaria.
5. Razones que motivan a ingresar a albergue o residencia de día:	Se identifican las razones que motivan a la persona adulta mayor a ingresar a un albergue o residencia de día.
6. La persona adulta mayor desea ingresar a albergue o residencia de día:	Se identifica si la persona adulta mayor desea por voluntad propia ingresar a un albergue o residencia de día.
7. Con quien vive:	Se identifica las principales redes que apoyo con las que cuenta en su domicilio.
8. Cumple o no con los requisitos de ingreso:	Se señala si cumple o no con los requisitos de ingreso a albergues o residencias de día de INAPAM.
9. Conclusión:	Se señala si la persona adulta mayor interesada cumple, o no, con los criterios de ingreso.
10. Elaboró:	Nombre de La persona que realizó la entrevista.

**ANEXO 3**



Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

Ficha de identificación

FO-DGERO-04-03

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

DERECHOHABIENTE DE: \_\_\_\_\_

¿CUENTA CON SERVICIO FUNERARIO? \_\_\_\_\_

**EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



**ANEXO 4**



Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

Estudio médico

FO-DGERO-04-04

**I. Ficha de Identificación**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Residencia \_\_\_\_\_  
Religión \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación anterior \_\_\_\_\_  
Ocupación actual \_\_\_\_\_

**II. Antecedentes Hereditarios y Familiares**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. Antecedentes Personales No Patológicos**

Habitación: \_\_\_\_\_  
Alimentos \_\_\_\_\_ Aseo bucal al día \_\_\_\_\_  
Baño General \_\_\_\_\_ Inmunizaciones \_\_\_\_\_ Alcoholismo \_\_\_\_\_  
Tabaquismo \_\_\_\_\_ Otras adicciones \_\_\_\_\_ Ejercicio \_\_\_\_\_  
Servicio médico con el que cuenta \_\_\_\_\_

**IV. Antecedentes Personales Patológicos**

EU-3



*[Handwritten signatures in blue ink on the right margin]*



HISTORIA CLÍNICA

Enfermedades

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cirugías

\_\_\_\_\_

Traumatismos

\_\_\_\_\_

Transfusiones

\_\_\_\_\_

Alergias

\_\_\_\_\_

**V. Antecedentes Ginecobstétricos**

Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_

Menopausia \_\_\_\_\_ Papanicolau \_\_\_\_\_ Mastografía \_\_\_\_\_

**VI. Medicación Actual**

Nombre y Presentación	Dosis	Tiempo de Duración	
		Desde	Hasta

HISTORIA CLÍNICA

**VII. Padecimiento Actual**

---

---

---

---

**VIII. Síntomas Generales**

---

---

---

---

**IX. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas**

Respiratorio \_\_\_\_\_

Cardiovascular \_\_\_\_\_

Musculoesquelético \_\_\_\_\_

Nervioso \_\_\_\_\_

Digestivo \_\_\_\_\_

Endocrino \_\_\_\_\_

Piel y Anexos \_\_\_\_\_

Genitourinario \_\_\_\_\_

Órganos de los sentidos \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

HISTORIA CLÍNICA

**X. Exploración Física**

T/A BD \_\_\_\_\_ BI \_\_\_\_\_ ACOSTADO \_\_\_\_\_

FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

Temperatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

Inspección General \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cabeza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuello \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tórax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Genitales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Extremidades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



HISTORIA CLÍNICA

**XI. Instrumentos de Evaluación Resultados:**

ÍNDICE DE KATZ	_____
ESCALA DE BARTHEL	_____
ESCALA DE LAWTON Y BRODY	_____
ESCALA DE EQUILIBRIO Y MARCHA (TINETTI)	_____
MÍNI VALORACIÓN NUTRICIONAL (MNA)	_____
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (YESAVAGE)	_____
MINI- EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (FOLSTEIN)	_____
INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR	_____

**XII. Estudios de gabinete y laboratorio**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**XIII. Diagnósticos Clínicos**

**Nosológicos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Síndromes Geriátricos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*[Handwritten signatures in blue ink on the right margin]*

HISTORIA CLÍNICA

**XIV. Comentarios**

---

---

---

---

---

**XV. Manejo Diagnóstico**

---

---

---

---

**XVI. Manejo Terapéutico**

---

---

---

---

Nombre de la (del) médica(o): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



HISTORIA CLÍNICA

**ÍNDICE DE KATZ**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación \_\_\_\_\_ Control \_\_\_\_\_

Examinador \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Evaluar el nivel de autonomía o dependencia funcional de una persona mayor para la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): baño, vestido, uso de retrete, movilización, incontinencia y alimentación.

**Estructura:** Consta de 6 funciones en las que se evalúan las actividades de la vida diaria proporcionando un índice de autonomía-dependencia.

**Puntuación:** El resultado se obtiene sumando el total de los valores y se clasifica de acuerdo a la puntuación.

- |                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 6 puntos = independiente            | 5 puntos = muy levemente incapacitado |
| 4 puntos = levemente incapacitado   | 3 puntos = moderadamente incapacitado |
| 2 puntos = severamente incapacitado | 1 punto = incapacitado                |
| 0 puntos = dependiente              |                                       |

**Baño**

- |  |          |
|--|----------|
| No recibe asistencia   | 1 Punto  |
| Recibe asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo   | .5 Punto |
| Recibe asistencia durante el baño en mas de una parte del cuerpo | .5 Punto |
| No se baña   | 0 Punto  |

**Vestido** Que tome del closet o cajones la ropa, que se vista y se abroche.

- |  |          |
|--|----------|
| Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente sin asistencia          | 1 Punto  |
| Que pueda tomar las prendas y vestirse solo, excepto en abrochar los zapatos | .5 Punto |
| Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse                      | .5 Punto |
| No se viste  | 0 Punto  |

**Ir al baño**

- |  |          |
|--|----------|
| Limpiarse y arreglar su ropa                                 | 1 Punto  |
| Sin ninguna asistencia o manejar por si mismo pañal o cómodo | .5 Punto |
| Que reciba asistencia para ir o limpiarse                    | .5 Punto |
| No va al baño  | 0 Punto  |

**Levantarse**

- |   |          |
|---|----------|
| Moverse dentro y fuera de la cama y silla sin asistencia (con objeto soporte) | 1 Punto  |
| Se levanta y acuesta con ayuda  | .5 Punto |
| No puede salir de la cama   | 0 Punto  |

HISTORIA CLÍNICA

**Continencia**

Control total de esfínteres	1 Punto
Que tenga accidentes ocasionales	.5 Punto
Incontinente permanente	0 Punto

**Alimentación**

Que se alimente por si solo, sin asistencia alguna	1 Punto
Que se alimente solo y sea asistido para cortar carne	.5 Punto
Que reciba asistencia o se alimente parcial o totalmente por sonda	0 Punto

Total (      )

**Nota: Normal**

- 6 Independiente
- 5 Muy levemente incapacitado
- 4 Levemente incapacitado
- 3 Moderadamente incapacitado
- 2 Severamente incapacitado
- 1 Incapacitado
- 0 Dependiente

HISTORIA CLÍNICA

**ESCALA DE BARTHEL**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación \_\_\_\_\_ Control \_\_\_\_\_

Examinador \_\_\_\_\_

Evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

**Objetivo:** Monitorizar la funcionalidad física a través del tiempo y evaluar la eficacia de las medidas preventivas o de rehabilitación.

**Estructura:** El cuestionario está conformado por 10 parámetros. Cada uno de ellos mide la capacidad de la persona para su independencia o dependencia.

**Puntuación:** Se puntúa cada actividad de 5 en 5 (0, 5, 10, 15). La puntuación máxima será de 100, e indica independencia para los cuidados personales; pero no quiere decir que el paciente pueda vivir sólo

**COMER**

10 INDEPENDIENTE. Capaz de comer por si solo y en tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

5 NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo.

0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona.

**LAVARSE**

5 INDEPENDIENTE. Entra y sale solo del baño.

0 DEPENDIENTE.

**VESTIRSE**

10 INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.

5 NECESITA AYUDA. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0 DEPENDIENTE.

**ARREGLARSE**

5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.

**DEPOSICIÓN**

10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.

5 ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.

EU-3

HISTORIA CLÍNICA

0 INCONTINENTE.

**MICCIÓN** (Valorar la situación en la semana anterior)

10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por si solo.

5 ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.

0 INCONTINENTE.

**IR AL BAÑO**

10 INDEPENDIENTE. Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona.

5 NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.

0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.

**TRASLADO SILLÓN-CAMA** (Transferencias)

15 INDEPENDIENTE. No precisa ayuda.

10 MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o mínima ayuda física.

5 GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.

0 DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

**DEAMBULACIÓN**

15 INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.

10 NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.

5 INDEPENDIENTE. En silla de ruedas, en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.

0 DEPENDIENTE.

**SUBIR Y BAJAR ESCALERAS**

10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.

5 NECESITA AYUDA o supervisión para hacerlo

0 DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.

**Puntuación:**

<20: Dependencia total

21-60: Dependencia severa

61-90: Dependencia moderada

91-99: Dependencia escasa

100: Independiente

HISTORIA CLÍNICA

**ESCALA DE LAWTON Y BRODY**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación \_\_\_\_\_ Control \_\_\_\_\_

Examinador \_\_\_\_\_

Índice para evaluar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Este instrumento valora la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día, a través de 8 ítems: cuidar la casa, lavado de ropa, preparación de la comida, ir de compras, uso del teléfono, uso del transporte, manejo del dinero, responsable de los medicamentos. Se puntúa si el individuo realiza la tarea, no si declara que puede hacerla, desde la máxima dependencia (0 puntos) a la independencia total (8 puntos). La dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa entre 4 y 7 y severa cuando la puntuación es inferior a 4.

Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación; no obstante, evalúa la capacidad para realizar una tarea en una circunstancia determinada. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.

**Objetivo:** Monitorizar la capacidad del adulto mayor para llevar a cabo actividades que le garantizan la independencia física y social para establecer programas para fortalecerlas o recuperarlas.

**Estructura:** El cuestionario está conformado por 8 parámetros.

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

Aspecto a evaluar	Puntuación
<b>Capacidad para usar el teléfono</b>	
• Utilizar el teléfono por iniciativa propia, marca sin problema	1
• Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
• Es capaz de contestar el teléfono, pero no marcar	1
• No es capaz de usar el teléfono	0
<b>Hacer compras</b>	
• Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1
• Realiza independientemente pequeñas compras	0
• Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
• Incapaz de realizar cualquier compra	0

HISTORIA CLÍNICA

**Preparación de la comida**

- Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente 1
- Prepara los alimentos sólo si se provee de lo necesario 0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas 0

**Cuidado de la casa**

- Mantiene la casa sin ayuda o con ayuda ocasional 1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas 1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza 1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa 0
- No puede participar en ninguna labor de la casa 0

**Lavado de la ropa**

- Lava por sí solo toda su ropa 1
- Lava por sí solo pequeñas prendas 1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona 0

**Uso de medios de transporte**

- Viaja solo en transporte Público o conduce su propio coche 1
- Es capaz de tomar un taxi, pero puede usar otros recursos 1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona 1
- Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros 0
- No viaja 0

**Responsabilidad respecto a su medicación**

- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta 1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente 0
- No es capaz de administrarse su medicación 0

**Manejo de sus asuntos económicos**

- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo 1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos, etc. 1
- Incapaz de manejar dinero 0

Total ( )

**Puntuación:**

8	Independencia Total
4-7	Dependencia Moderada
3-1	Dependencia Severa
0	Máxima Dependencia



HISTORIA CLÍNICA

**ESCALA DE TINETTI**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación \_\_\_\_\_ Control \_\_\_\_\_

Examinador \_\_\_\_\_

Escala de valoración del equilibrio y marcha de Tinetti. Esta escala permite evaluar el equilibrio y la marcha a través de movimientos sencillos.

**Objetivo:** evaluar el riesgo de caídas.

**Estructura:** Para valorar el equilibrio, la escala observa los siguientes aspectos del paciente: el equilibrio sentado, como se levanta, intentos de levantarse, equilibrio inmediato al levantarse, equilibrio en pie, equilibrio tras un empujón, equilibrio con los ojos cerrados en un giro de 360° y como se sienta.

Para valorar la marcha la escala observa el inicio de la misma, la longitud y la altura, la simetría del paso, su continuidad, su trayectoria y la postura en la marcha.

**Puntuación:** Se puntúan según tres valores: normal, adaptado y anormal.

La suma total de la puntuación de los parámetros máxima es de 28; máximo 16 para la puntuación de equilibrio y 12 máximo para la puntuación de marcha.

**Instrucciones**

**EQUILIBRIO**

El paciente debe estar sentado en una silla rígida y sin apoyar brazos. A partir de la postura se realizan las siguientes maniobras:

**1. Sentado**

Se va de lado o desliza en la silla

( 0 )

Firme y seguro

( 1 )

**2. Levantarse**

Incapaz sin ayuda

( 0 )

Capaz usa los brazos como ayuda

( 1 )

Capaz sin utilizar los brazos

( 2 )

**3. Intentos para levantarse**

Incapaz sin ayuda

( 0 )

Capaz en más de un intento

( 1 )

Capaz en el primer intento

( 2 )

**4. Equilibrio inmediato al levantarse (5 segundos)**

Inestable: se tambalea, mueve los pies, marcando balanceo del tronco

( 0 )

Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte

( 1 )

Estable sin apoyo

( 2 )

HISTORIA CLÍNICA

<b>5. Equilibrio en pie</b>	
Inestable	( 0 )
Estable con apoyo amplio (talones separados mas de 10 cm.) o usa bastón, andador u otras ayudas	( 1 )
Base de sustentación normal, no requiere de ayuda	( 2 )
<b>6. Empujón (el paciente con los pies juntos, empujar ligeramente con la palma de la mano tres veces sobre el esternón)</b>	
Este tiende a caerse	( 0 )
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo	( 1 )
Esta firme	( 2 )
<b>7. Ojos cerrados (en la posición número 6)</b>	
Inestable	( 0 )
Estable	( 1 )
<b>8. Giro de 360°</b>	
Pasos discontinuos	( 0 )
Pasos continuos	( 1 )
Inestable (se tambalea, se agarra)	( 0 )
Estable	( 1 )
<b>9. Al sentarse</b>	
Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla)	( 0 )
Usa sus brazos o esta inseguro	( 1 )
Seguro	( 2 )
<b>Total</b>	( )

**Equilibrio:** \_\_\_\_\_ **Normal 16 puntos**

**MARCHA**

**Instrucciones:**

El paciente se pone de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación, primero con su paso habitual, regresando con paso "rápido pero con precaución" (usando apoyo habitual).

<b>10. Inicio de marcha</b> (inmediatamente de decirle camine)	
Duda o intenta arrancar mas de una vez	( 0 )
No titubea	( 1 )
<b>11. Longitud y elevación del paso</b>	
<b>a) Movimiento pie derecho</b>	
No rebasa el pie izquierdo con el paso	( 0 )
Rebasa el pie izquierdo	( 1 )
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	( 0 )
El pie derecho se separa completamente del suelo	( 1 )

	HISTORIA CLÍNICA
<b>b) Movimiento pie izquierdo</b>	
No rebasa el pie derecho con el paso	( 0 )
Rebasa el pie derecho al dar el paso	( 1 )
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	( 0 )
El pie izquierdo se separa completamente del suelo	( 1 )
<b>12. Simetría de los pasos entre el pie derecho e izquierdo</b>	
Desigual	( 0 )
Igual	( 1 )
<b>13. Continuidad de los pasos</b>	
Discontinuos	( 0 )
Los pasos son continuos	( 1 )
<b>14. Trayectoria</b> (observar el trazo que realiza uno de los pies en tres metros de recorrido)	
Marcada desviación de la trayectoria	( 0 )
Desviación moderada o leve o utiliza ayuda para mantener la trayectoria	( 1 )
Sin desviación o ayuda	( 2 )
<b>15. Tronco</b>	
Marcado balanceo o usa ayuda para caminar	( 0 )
No balancea, pero hay flexión de rodillas o espalda, o separa los brazos	( 1 )
No balancea, no flexiona ni utiliza otras ayuda	( 2 )
<b>16. Postura al caminar</b>	
Talones separados	( 0 )
Talones se tocan al caminar	( 1 )
<b>Total</b>	( )

**Marcha:** \_\_\_\_\_ **Normal 12 puntos**

**Puntuación:** Suma Total de Equilibrio y Marcha

<b>26 a 28</b>	Normal
<b>20 a 25</b>	Riesgo moderado de caídas
<b>&lt; 19</b>	Riesgo severo de caídas

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

HISTORIA CLÍNICA

**MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL (MNA) (modificado)**

**INSTRUCCIONES**

Llene los datos que se le solicitan sin dejar ninguna pregunta sin contestar.

En la primera sección de datos generales, complete con letra legible lo que se le pregunta.

En las siguientes secciones, anote en el cuadro el número que corresponda de acuerdo a la respuesta. Es un dígito por cuadro, de tal forma que en los que tienen puntuación, anote el primer dígito antes del punto y el segundo después del mismo.

De las letras **A** a la **F** es la parte de **TAMIZAJE**, por lo que al finalizar dichas preguntas debe hacer la suma de los puntos para determinar si se continúa con el cuestionario o no.

En la letra **E** en la respuesta 0, las alteraciones de memoria se refiere a si se le ha olvidado comer o desayunar algún día.

Si continúa con el cuestionario, en la parte de **VALORACIÓN**, en la pregunta **K**, marque con una **X** la respuesta correcta en el cuadro pequeño y posteriormente anote cuántas respuestas fueron "sí" para calificar la pregunta, de igual forma que las anteriores.

En la parte final, en los cuadros que se encuentran enseguida de la palabra **VALORACIÓN** debe sumar el número de puntos obtenidos en las letras de la **G** a la **R**.

En los cuadros enseguida de la palabra **TAMIZAJE**, repita la puntuación obtenida para las letras de la **A** a la **F**.

En **TOTAL**, sume todos los puntos de los apartados **VALORACIÓN** y **TAMIZAJE**, incluyendo los decimales.

**INTERPRETACIÓN**

Sumar inicialmente los puntos de la etapa de Tamizaje.

Los valores de corte utilizados para la clasificación son:

12 puntos: normal/buena nutrición, no requiere de continuar con la etapa de Valoración.

11 puntos: continuar con la etapa de Valoración.

La suma de la **Valoración** más el Tamizaje nos dan la **puntuación total** teniéndose como puntos de corte:

17 – 23 puntos: riesgo de desnutrición.

< 17 puntos: desnutrición calórico - protéica.

**MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL**  
(MNA ) modificado

HISTORIA CLÍNICA

Unidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre completo: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Estatura (cm) \_\_\_\_\_  
Evaluador: \_\_\_\_\_

**TAMIZAJE**

**A.** ¿Ha disminuido su ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o tragar?

0 = pérdida severa de apetito   
1 = pérdida moderada de apetito  
2 = no ha perdido el apetito

**B.** Pérdida de peso durante los últimos 3 meses

0 = peso perdido > 3 Kg   
1 = no sabe  
2 = peso perdido entre 1 y 3 Kg  
3 = no ha perdido peso

**C.** Movilidad

0 = limitado a una silla o cama   
1 = se mueve de la cama/silla pero no sale  
2 = puede salir

**VALORACION**

**G.** ¿Tiene vida independiente?

0 = no   
1 = si

**H.** ¿Toma más de tres medicamentos (por día)?

0 = no  1 = si

**D.** En los pasados tres meses ¿ha sufrido de angustia, nerviosismo o alguna enfermedad aguda?

0 = sí 1 = no

**E.** Problemas neuropsicológicos

0 = depresión o alteración de la memoria  
1 = tristeza   
2 = sin problemas psicológicos

**F.** IMC (peso / (talla)<sup>2</sup> en Kg/m<sup>2</sup>)

0 = IMC < 19   
1 = 19 IMC < 21  
2 = 21 IMC < 23  
3 = IMC > 23

Puntuación de Tamizaje (máx. 13 pts.)  
12 puntos: normal, no riesgo, no necesita completar el cuestionario.  
<11 puntos: posible mala nutrición, complete el cuestionario.

**I.** Úlceras de presión o en la piel

0 = sí 1 = no

**J.** ¿Cuántas comidas completas hace al día?

0 = 1 comida   
1 = 2 comidas  
3 = 3 comidas

**K. ¿Qué consume?**

- ¿Al menos una porción de leche, queso, yoghurt por día?

si  no

- ¿Dos o más porciones de frijoles o huevos por semana?

si  no

- ¿carne, pescado o pollo todos los días?

si  no

0.0 = si hay 0 o 1 si

0.5 = si hay 2 si

1.0 = si hay 3 si

.

**L. ¿Consume dos o más porciones de vegetales o frutas por día?**

0 = no      1 = sí

**M. ¿Cuántas tazas/vasos de bebidas (agua, jugo, café, té, leche, vino, cerveza, etc.) consume por día?**

0.0 = menos de 3 vasos

0.5 = 3 a 5 vasos

1.0 = más de 5 vasos

.

**N. Modo de alimentación**

0 = requiere de asistencia para hacerlo

1 = se alimenta solo con alguna dificultad

2 = se alimenta solo sin ningún problema

VALORACIÓN (máximo 16 puntos)

TAMIZAJE

TOTAL (máximo 30 puntos)

**HISTORIA CLÍNICA**

**O. ¿Considera que tiene algún problema de nutrición?**

0 = principalmente malnutrición

1 = no sabe o moderada malnutrición

2 = no tiene problema nutricional

**P. En comparación con otras personas de su misma edad, ¿Cómo considera que es su estado de salud?**

0.0 = no es bueno

0.5 = no sabe

1.0 = bueno

2.0 = mejor

.

**Q. Circunferencia media del brazo (CMB en cm)**

0.0 = CMB < 21

0.5 = 21 CMB 22

1.0 = CMB > 22

.

**R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)**

0 = CP < 31      1 = CP > 31

.

.

.

*Handwritten signature in blue ink.*

*Handwritten signature in blue ink.*

**ANEXO 5**



**Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores**

**Estudio psicológico**

FO-DGERO-04-05

Unidad gerontológica \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Acude de manera: ( ) VOLUNTARIA ( ) INVOLUNTARIA

( ) FORZADA ( ) CONDICIONADA

Motivo de valoración o consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Padecimiento actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: (X) Inicio tardío ( ) Inicio juvenil  
Forma de Inicio: ( ) Súbita (X) Insidiosa ( ) incierta  
Forma de padecimientos: ( ) Inicio tardío ( ) Leve (X) moderado

Factores desencadenantes y eventos coincidentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*Handwritten signature in blue ink.*

*Handwritten signature in blue ink.*



VALORACIÓN PSICOLÓGICA

---

---

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Dinámica familiar actual: \_\_\_\_\_

---

---

Antecedentes laborales: \_\_\_\_\_

---

---

Estado mental: \_\_\_\_\_

---

---

Respuesta emocional: \_\_\_\_\_

---

---

Cambios de humor: \_\_\_\_\_

---

---

Lenguaje: \_\_\_\_\_

---

---

Auto concepto:

---

---

---

---

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*



VALORACIÓN PSICOLÓGICA

	Disminuidas Notablemente	Disminuidas	Conservadas
Funciones cognitivas:	( )	( )	( )
Memoria reciente:	( )	( )	( )
Memoria remota:	( )	( )	( )
Atención y concentración:	( )	( )	( )

Personalidad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vida sexual: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	Baja mínima	Media normal	Alta máxima
Necesidades de protección:	( )	( )	( )
Agresividad:	( )	( )	( )
Pautas de conducta explosiva:	( )	( )	( )
Inhibición:	( )	( )	( )
Sentimientos de abandono:	( )	( )	( )
Dependencia física:	( )	( )	( )
Dependencia emocional:	( )	( )	( )
Angustia de muerte:	( )	( )	( )
Adecuación social:	( )	( )	( )
Control de impulsos:	( )	( )	( )

Diagrama de Angustia

\_\_\_\_\_ Muy alta  
 \_\_\_\_\_ Alta  
 \_\_\_\_\_ Media  
 \_\_\_\_\_ Bajo

Comportamiento durante la entrevista: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Grado de cooperatividad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20      40      60  
 Min.    Min.    Min.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Vida Social y hábitos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Red de apoyo socio-familiar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripción del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SINTOMATOLOGÍA

(1) Síntoma esporádico	(2) Síntoma frecuente	(3) Síntoma central del cuadro
Insomnio ( )	Claustrofobia ( )	Oleadas de frío o calor ( )
Preocupación ( )	Pensamientos obsesivos ( )	Prurito ( )
Rencor ( )	Sueño interrumpido ( )	Palpitaciones ( )
Temor anticipado ( )	Espasmos musculares ( )	Desmayos ( )
Depresión ( )	Sueño insatisfactorio ( )	Opresión torácica ( )
Fatiga ( )	Calambres ( )	Disnea ( )
Ansiedad ( )	Pesadillas ( )	Suspiros ( )
Temblores ( )	Rigidez ( )	Flatulencia ( )
Ira ( )	Sueños repetitivos ( )	Nauseas ( )
Llanto fácil ( )	Tics ( )	Vómitos ( )
Alucinaciones ( )	Visión borrosa ( )	Eyacuación precoz ( )
Agorafobia ( )	Impotencia ( )	Sequedad bucal ( )
Delirios ( )	Voz vacilante ( )	Cataleas ( )
Pérdida de peso ( )	Frigidez ( )	
Pérdida de líbido ( )	Rubor ( )	
Sudoración ( )	Vértigo ( )	
( )	( )	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Código: MP-DGERO-04

Revisión 01

Página 51 de 82

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

RESUMEN CLÍNICO

Área Funcional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área Socio-Familiar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área Afectiva GDS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área Cognoscitiva MMS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Impresión Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comentarios clínicos y plan terapéutico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha

Nombre y Firma de la (del)  
Psicóloga (o)

Cédula Profesional

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

**MINI-MENTAL FOLSTEIN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad en años: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

**1. Orientación**

	1a evaluación	2a evaluación	3a evaluación
Fecha:	_____	_____	_____
<b>Tiempo</b>			
¿En qué año estamos?	1 _____	1 _____	1 _____
¿En qué mes estamos?	2 _____	2 _____	2 _____
Día del mes que es hoy	3 _____	3 _____	3 _____
Día de la semana que es hoy	4 _____	4 _____	4 _____
¿Qué hora es aproximadamente?	5 _____	5 _____	5 _____

Total \_\_\_\_\_

<b>Espacio</b>			
¿En dónde estamos ahora?	1 _____	1 _____	1 _____
¿En qué país estamos?	2 _____	2 _____	2 _____
¿Qué ciudad es ésta?	3 _____	3 _____	3 _____
¿En qué calle y número vive?	4 _____	4 _____	4 _____
¿Cuál es su colonia?	5 _____	5 _____	5 _____

Total \_\_\_\_\_

**2. Memoria reciente**

Le voy a decir tres palabras, repítalas y apréndalas: papel, bicicleta, cuchara, repítalas

1	3	1	3	1	3
2	Total	2	Total	2	Total

**3. Atención y Cálculo**

Escolaridad mayor a 8 años	1 _____	1 _____	1 _____
Reste de 7 en 7 a partir de 100	2 _____	2 _____	2 _____
93-86-79-72-65	3 _____	3 _____	3 _____
	4 _____	4 _____	4 _____
Escolaridad menor a 8 años	5 _____	5 _____	5 _____
Reste de 4 en 4 a partir de 36			

32-28-24-20-16  
Total \_\_\_\_\_

**4. Memoria diferida**

1	3	1	3	1	3
---	---	---	---	---	---

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Pida que mencione las palabras del punto 2 2\_\_\_ Total\_\_\_ 2\_\_\_ Total\_\_\_ 2\_\_\_ Total\_\_\_

**5. Lenguaje**

Enseñar al paciente un lápiz y un reloj.

1\_\_\_ 2\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_

Pregunte ¿Cómo se llama esto?

Total\_\_\_ Total\_\_\_ Total\_\_\_

Repetición  
Repita lo siguiente:  
"Ni no, ni si, ni pero."

1\_\_\_ 1\_\_\_ 1\_\_\_  
Total\_\_\_ Total\_\_\_ Total\_\_\_

Comprensión verbal

1. Tome este papel con la mano derecha
2. Dóblelo por la mitad con las dos manos
3. Déjelo en el suelo.

1\_\_\_ 1\_\_\_ 1\_\_\_  
2\_\_\_ 2\_\_\_ 2\_\_\_  
3\_\_\_ 3\_\_\_ 3\_\_\_  
Total\_\_\_ Total\_\_\_ Total\_\_\_

Lea y realice  
Haga lo siguiente  
("cierre los ojos")

1\_\_\_ 1\_\_\_ 1\_\_\_  
Total\_\_\_ Total\_\_\_ Total\_\_\_

Escritura

Escriba una oración gramatical

1\_\_\_ 1\_\_\_ 1\_\_\_  
Total\_\_\_ Total\_\_\_ Total\_\_\_

Copia

Enseñe la tarjeta de los "PENTÁGONOS"  
Pida que los dibuje en el siguiente espacio

1\_\_\_ 1\_\_\_ 1\_\_\_  
Total\_\_\_ Total\_\_\_ Total\_\_\_

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

**Prueba del reloj**

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

Escala 30	Calificación	1ª evaluación	2ª evaluación	3ª evaluación
20 a 24 puntos	<i>Deterioro leve</i>			
16 a 19 puntos	<i>Deterioro Moderado</i>			
15 o menos puntos	<i>Deterioro Severo</i>			

Fecha: \_\_\_\_\_

**PRUEBA DE RELOJ**  
Sunderlan-Hill Mellow

Calificación: \_\_\_\_\_

- 1 Dibuje la carátula de un reloj con los números solamente
- 2 Coloque las manecillas a las 2.45 hrs.

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA VALORACIÓN PSICOLÓGICA**  
(J.A. YESAVAEGE, 1983)

UNIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

SÍNTOMAS: \_\_\_\_\_

--	--	--

FECHA: \_\_\_\_\_

1. ¿Está básicamente satisfecha (o) con su vida?
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?
3. ¿Siente que su vida está vacía?
4. ¿Se encuentra frecuentemente aburrida (o)?
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?
6. ¿Tiene molestias (malestar, mareos) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?
7. ¿Tiene frecuentemente buen ánimo?
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?
9. ¿Se siente feliz muchas veces?
10. ¿Se siente frecuentemente abandonada (o)?
11. ¿Se siente frecuentemente intranquila (o) o inquieta (o)?
12. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer otras actividades?
13. ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?
14. ¿Tiene más problemas de memoria que otros?
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?
16. ¿Está frecuentemente desanimada (o) o melancólica (o)?
17. ¿Se siente inútil en dónde está?
18. ¿Está preocupada (o) por el pasado?
19. ¿Encuentra la vida muy estimulante?
20. ¿Le es difícil realizar nuevos proyectos?
21. ¿Se siente llena (o) de energía?
22. ¿Siente que su situación es desesperada?
23. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?
24. ¿Frecuentemente está preocupado por situaciones sin importancia?
25. ¿Frecuentemente tiene ganas de llorar?
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?
27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?
28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?
30. ¿Su mente está tan clara como antes?

SI	NO	SI	NO	SI	NO

*Amor*

*d*

*S*

Escala: 0-10 Normal.  
11-20 Depresión leve a moderada.  
21-31 Depresión moderada a severa.

Puntaje total: \_\_\_\_\_

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

**ESCALA DE PFIFFER**

Objetivo: se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo.

**Puntuación:**

0-2 errores: Funcionamiento intelectual normal

3-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario; Sospecha de deterioro.

8-10 errores: déficit intelectual severo.

En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más.

En los de nivel de estudios superior un error menos.

1. ¿En qué día estamos? Fecha completa  
( ) Acierto  
( ) Error
2. ¿En qué día de la semana estamos?  
( ) Acierto  
( ) Error
3. ¿En qué sitio nos encontramos?  
( ) Acierto  
( ) Error
4. ¿Cuál es su número de teléfono o dirección?  
( ) Acierto  
( ) Error
5. ¿Qué edad tiene?  
( ) Acierto  
( ) Error
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?  
( ) Acierto  
( ) Error
7. ¿Cómo se llama el presidente actual?  
( ) Acierto  
( ) Error
8. ¿Cómo se llamaba el presidente anterior?  
( ) Acierto  
( ) Error
9. ¿Cuál era el nombre completo de su madre?  
( ) Acierto  
( ) Error
10. ¿Si a 20 le quitamos 3, quedan... Y si le quitamos 3, quedan... Y si le quitamos 3... quedan...  
( ) Acierto  
( ) Error

Total de errores \_\_\_\_\_





VALORACIÓN PSICOLÓGICA

ENTREVISTAS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: PREGUNTAS INDICADAS PARA  
TRANSTORNO DE ANSIEDAD

1. ¿Se siente nerviosa (o) la mayoría de los días?

\_\_\_\_\_

2. La mayoría de los días ¿Se siente excesivamente preocupada (o)?

\_\_\_\_\_

3. ¿Puede evitar estar preocupada (o)?

\_\_\_\_\_

4. La mayor parte de las veces ¿Le resulta muy difícil controlar preocupaciones?

\_\_\_\_\_

5. ¿Se siente inquieta (o) o intranquila (o)?

\_\_\_\_\_

6. ¿Se cansa fácilmente?

\_\_\_\_\_

7. ¿Tiene problemas para concentrarse o para mantener la atención?

\_\_\_\_\_

8. ¿Se irrita/enfada fácilmente?

\_\_\_\_\_

9. ¿Nota los músculos tensos o agarrotados?

\_\_\_\_\_

10. ¿Tiene problemas de sueño?

\_\_\_\_\_

11. Los síntomas sobre los que acabo de preguntar ¿afectaron su vida diaria? ¿Le provocan malestar.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**ANEXO 6**



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES  
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA  
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO  
PARA INGRESO A ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA DEL INAPAM



**I. DATOS GENERALES**

Complete con los datos correspondientes.

\* TIPO DE VIALIDAD refiere a Calle, Avenida, Carretera, etc. VIALIDAD refiere al nombre de la misma.

\* TIPO DE ASENTAMIENTO refiere a Colonia, Unidad Habitacional, Fraccionamiento, etc. ASENTAMIENTO refiere al nombre del mismo.

FECHA DE APLICACIÓN	UNIDAD GERONTOLÓGICA SOLICITADA	FECHA DE INGRESO
<input type="text"/>	TIPO DE UNIDAD <input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA UNIDAD <input type="text"/>		
NOMBRE <input type="text"/>		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	<input type="text"/>
EDAD <input type="text"/>	GÉNERO <input type="text"/>	RELIGIÓN <input type="text"/>
GRADO DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN ANTERIOR	OCUPACIÓN ACTUAL
DOMICILIO		
TIPO DE VIALIDAD <input type="text"/>	VIALIDAD <input type="text"/>	
NO. EXT. <input type="text"/>	NO. INT. <input type="text"/>	TIPO DE ASENTAMIENTO <input type="text"/>
ASENTAMIENTO <input type="text"/>		MUNICIPIO <input type="text"/>
ENTIDAD <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>	TEL. FIJO <input type="text"/>
TEL. MÓVIL <input type="text"/>	CORREO E. <input type="text"/>	
DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> SENSORIALES Y DE LA COMUNICACIÓN	<input type="checkbox"/> MOTRICES
	<input type="checkbox"/> MENTALES	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDADES MÚLTIPLES
		<input type="checkbox"/> NINGUNA
VIVE CON: <input type="text"/>		
SEGURIDAD SOCIAL	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE
	<input type="checkbox"/> PEMEX	<input type="checkbox"/> ISSFAM
	<input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> OTRA
CLÍNICA QUE LE CORRESPONDE <input type="text"/>		
TIPO DE AFILIACIÓN	PENSIÓN	PERSONA QUE ADMINISTRA LA PENSIÓN
<input type="checkbox"/> AFILIADA (O)	<input type="checkbox"/> CONTRIBUTIVA	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> BENEFICIARIA (O)	<input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVA (BIENESTAR)	
Por parte de:	<input type="checkbox"/> NO CONTRINUTIVA (VIUDEZ)	<b>PARENTESCO</b>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVA (OTRA)	<input type="text"/>

*Amf...*  
*ep*

*[Signature]*



**2. MOTIVO DE INGRESO**

[Empty text box for Motivo de Ingreso]

**3. RESPONSABLES DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ANTE EL INAPAM**

**RESPONSABLE 1**

NOMBRE  EDAD   
PARENTESCO  GÉNERO   
ESTADO CIVIL  NUMERO DE HIJOS  ESCOLARIDAD  OCUPACIÓN   
DOMICILIO  
TIPO DE VIALIDAD  VIALIDAD   
NO. EXT.  NO. INT.  TIPO DE ASENTAMIENTO   
ASENTAMIENTO  MUNICIPIO   
ENTIDAD  C.P.  TEL. FIJO   
TEL. MÓVIL  CORREO E.

**RESPONSABLE 2**

NOMBRE  EDAD   
PARENTESCO  GÉNERO   
ESTADO CIVIL  ESCOLARIDAD  OCUPACIÓN  PARENTESCO   
DOMICILIO  
TIPO DE VIALIDAD  VIALIDAD   
NO. EXT.  NO. INT.  TIPO DE ASENTAMIENTO   
ASENTAMIENTO  MUNICIPIO   
ENTIDAD  C.P.  TEL. FIJO   
TEL. MÓVIL  CORREO E.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

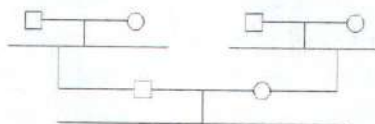
*[Handwritten signature]*



**4. DATOS FAMILIARES Y REDES SOCIALES DE APOYO**

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ENFERMEDADES	NOTAS

**FAMILIOGRAMA**

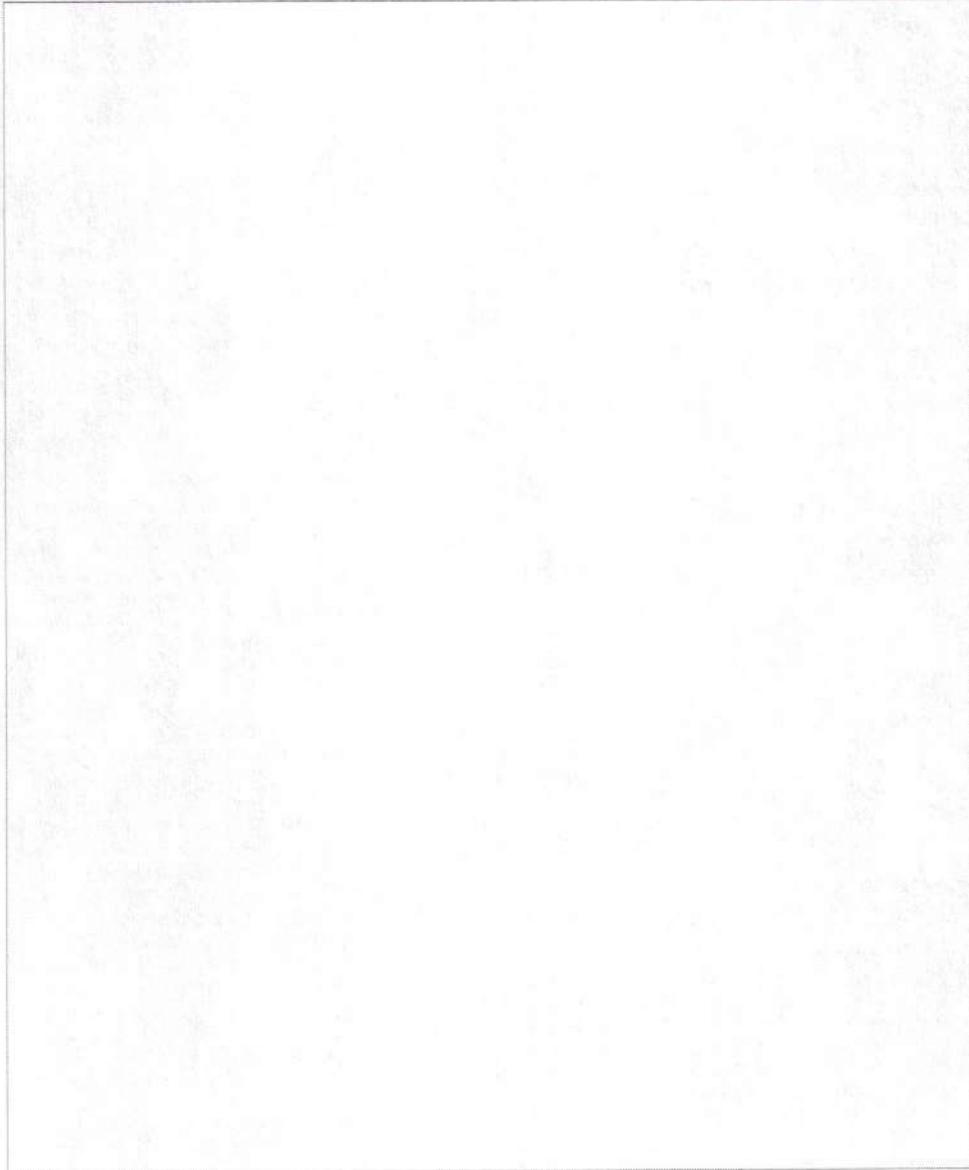


*Handwritten signature/initials in blue ink, written vertically on the right side of the page.*



*Handwritten signature/initials in blue ink at the bottom right corner.*

**5. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR**



*Handwritten signature in blue ink, possibly reading 'Angela'.*

*Handwritten signature in blue ink.*



6. SITUACIÓN ECONÓMICA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR

¿CÓMO OBTIENE SUS INGRESOS LA PERSONA ADULTA MAYOR?

7. EVALUACIÓN ECONÓMICA

VIVIENDA

- NO CUENTA CON VIVIENDA.....(0 puntos)
- PRESTADA / VIVE CON UN FAMILIAR.....(1 punto)
- RENTADA.....(2 puntos)
- IRREGULAR (INTESTADA / HIPOTECADA).....(3 puntos)
- PROPIA Y LA ESTÁ PAGANDO.....(4 puntos)
- PROPIA, PAGADA Y SIN ESCRITURAS.....(5 puntos)
- PROPIA, PAGADA Y CON ESCRITURAS.....(6 puntos)

Puntuación

CUENTA CON LOS SIGUIENTES APARATOS ELÉCTRICOS

- LAVADORA
- REFRIGERADOR                    0 A 1 APARATOS
- T.V.                                    (0 puntos)
- TELÉFONO FIJO                    2 APARATOS
- TELÉFONO MÓVIL                (1 punto)
- HORNO DE MICROONDAS        3 APARATOS
- RADIO / ESTÉREO                (2 puntos)
- DVD / BLURAY                    4 O MÁS APARATOS
- COMPUTADORA                    (3 puntos)

Puntuación

SERVICIOS PÚBLICOS

- NINGUNO.....(0 puntos)
- DRENAJE.....(1 punto)
- AGUA POTABLE.....(1 puntos)
- RECOLECCIÓN DE BASURA.....(1 puntos)

Puntuación

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

- 1 PLANTA.....(1 punto)
- 2 PLANTAS.....(2 puntos)
- SALA.....(1 punto)
- COMEDOR/ COCINA.....(1 punto)
- 1 A 2 BAÑOS.....(0 puntos)
- 3 A 4 BAÑOS.....(1 punto)
- 5 O MÁS BAÑOS.....(2 puntos)
- 1 A 2 DORMITORIOS.....(0 puntos)
- 3 A 4 DORMITORIOS.....(1 punto)
- 5 O MÁS DORMITORIOS.....(2 puntos)
- PATIO/ COCHERA.....(2 puntos)
- USO COMPARTIDO, SOLO EN CASO DE SER TEMPORAL.....(2 puntos)

Puntuación

MATERIAL DE LA VIVIENDA

- NO APLICA.....(0 puntos)
- LÁMINA/ CEMENTO.....(1 punto)
- CONCRETO/ LOSETA.....(2 puntos)
- LADRILLO/LOSETA.....(3 puntos)

Puntuación

COCINA CON

- NINGUNO.....(0 puntos)
- LEÑA.....(1 punto)
- GAS.....(2 puntos)
- COMPRA ALIMENTOS PREPARADOS....(2 puntos)

Puntuación

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



**AUTOMÓVIL**

- NO TIENE.... (0 puntos)       PROPIO.....(2 puntos)  
 PRESTADO.....(1 punto)      PUNTUACIÓN

**OCUPACIÓN**

- SIN OCUPACIÓN.....(0 puntos)  
 JUBILADOS / PENSIONADOS.....(1 punto)  
 COMERCIANTE.....(2 puntos)  
 OPERARIO / ARTESANO / OTRO OFICIO.....(3 puntos)  
 OPERADORES DE MAQUINARIA O MONTADORES.....(4 puntos)  
 AGRICULTORES, AGROPECUARIOS O PESQUEROS.....(5 puntos)  
 TÉCNICO PROFESIONISTA.....(6 puntos)  
 PROFESIONISTA / CIENTÍFICO.....(7 puntos)  
 FUERZAS ARMADAS, EJECUTIVOS E INVERSIONISTAS.....(8 puntos)

PUNTUACIÓN

**TABULADOR DE INGRESOS (MENSUAL)**

- |                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
|                               | <b>1 A 2 DEPENDIENTES</b>                 | <b>3 A 4 DEPENDIENTES</b>                 |
| DE \$0.00 A \$2568.50.....    | <input type="checkbox"/> .....(0 puntos)  | <input type="checkbox"/> .....(0 puntos)  |
| DE \$2568.51 A \$3852.75..... | <input type="checkbox"/> .....(10 puntos) | <input type="checkbox"/> .....(5 puntos)  |
| DE \$3852.76 A 7705.05.....   | <input type="checkbox"/> .....(15 puntos) | <input type="checkbox"/> .....(10 puntos) |
| DE \$7705.06 A 11558.25.....  | <input type="checkbox"/> .....(20 puntos) | <input type="checkbox"/> .....(15 puntos) |
| DE \$11558.26 A \$15411.00... | <input type="checkbox"/> .....(25 puntos) | <input type="checkbox"/> .....(20 puntos) |
| DE \$15411.01 A 20548.00....  | <input type="checkbox"/> .....(30 puntos) | <input type="checkbox"/> .....(25 puntos) |

**PORCENTAJE DE EGRESOS RESPECTO AL INGRESO FAMILIAR**

- 71% O MÁS.....(0 puntos)  
 61% A 70%.....(2 puntos)  
 51% A 60%.....(4 puntos)  
 41% A 50%.....(6 puntos)  
 31% A 40%.....(8 puntos)  
 MENOR A 30%(10 puntos)

PUNTUACIÓN

**EGRESOS**

- ALIMENTACIÓN   
 VIVIENDA   
 LUZ   
 AGUA   
 COMBUSTIBLE   
 TELÉFONO   
 TRANSPORTE   
 INTERNET   
 TELEVISIÓN DE PAGA   
 MEDICAMENTOS   
 OTROS GASTOS   
**TOTAL**

PUNTUACIÓN

**PUNTUACIÓN TOTAL**

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**8. DIAGNÓSTICO SOCIAL**

**DIAGNÓSTICO SOCIAL**

[Empty box for Social Diagnosis]

**9. PLAN SOCIAL Y SUGERENCIAS**

**PLAN SOCIAL Y SUGERENCIAS**

[Empty box for Social Plan and Suggestions]

EN CASO DE SER ACEPTADA, LA PERSONA ADULTA MAYOR PAGARÁ UNA CUOTA DE RECUPERACIÓN DE

(CANTIDAD EN NÚMERO)

(CANTIDAD EN LETRAS)

NOMBRE Y FIRMA DE LA (DEL) TRABAJADORA (OR) SOCIAL

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





## ANEXO 7

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores  
Instructivo de llenado del Estudio Socioeconómico

FO-DGERO-04-07

El presente instructivo es una herramienta de apoyo para el llenado del Estudio Socioeconómico.

Se sugiere leer y analizar antes de responder, así como en caso de ser necesario, imprimir el instructivo para que se apoye en él, al momento de llenado.

La información que se recabe será utilizada de forma confidencial por la Dirección de Gerontología y en caso de que se detecten datos falsos y/o utilización de un documento apócrifo, se reservará el derecho de ingreso de la persona adulta mayor a una de las unidades gerontológicas del INAPAM.

El Estudio Socioeconómico, se encuentra sustentado en el "Acuerdo por lo que se emiten los criterios generales y la metodológica a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de los pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y las entidades coordinadas por dicha Secretaría", así como en el "Formato oficial de Estudio Socioeconómico" elaborado por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Estudio Socioeconómico elaborado por Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

La bibliografía y documentos son fuentes confiables y no tienen condicionamiento alguno para ser revisados.

## INSTRUCCIONES GENERALES

1. Lea cuidadosamente este instructivo.
2. Una vez concluida esta actividad, lea cada pregunta.
3. Conteste cada una de las preguntas con la alternativa que más se asemeje a la realidad de la persona adulta mayor.
4. En caso de que desconozca alguna o varias respuestas, recabe la información correspondiente y regrese a completar el cuestionario.
5. Se recomienda contestar el cuestionario con ayuda de los proveedores económicos de la persona adulta mayor, con la finalidad de constar con los datos exactos y verídicos.
6. Todos los campos son obligatorios.

**INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:**

APARTADO	INSTRUCCIÓN
<b>I. DATOS GENERALES DE LA PERSONA ADULTA MAYOR</b>	Anotar fecha en que se aplica el Estudio socioeconómico, el tipo y nombre de la unidad gerontológica solicitada
	Anotar nombre completo, fecha y lugar de nacimiento, edad, género, religión, estado civil, grado de escolaridad, ocupación anterior y actual.
	Anotar el domicilio donde vive
	Marcar si presenta alguna (s) discapacidad (es).
	Especificar con quien vive ( Nombre completo de la persona y parentesco)
	Marcar el tipo de seguridad social con que cuenta.
	En caso, de que alguna clínica le brinde cobertura, anotar cuál es.
	Marcar tipo de afiliación; en caso de ser otro, especificar en el espacio en indicado "por parte de"
	Señalar si cuenta con algún tipo de pensión.
<b>II. PERSONA QUE SOLICITA EL INGRESO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR</b>	Anotar a la persona que administra la pensión y el parentesco.
	Especificar nombre completo de la persona que solicita el ingreso de la persona adulta mayor, así como su parentesco, edad, estado civil, género, teléfono fijo, móvil y correo electrónico.
<b>III. RESPONSABLES DE LA PERSONA ADULTA MAYOR ANTE EL INAPAM</b>	Anotar nombre completo, parentesco, edad, género, estado civil, número de hijos, grado de escolaridad, ocupación actual, domicilio, teléfono, fijo y móvil y correo electrónico del Responsable 1 y 2.
<b>IV. DATOS FAMILIARES Y REDES SOCIALES DE APOYO</b>	En la tabla que se presenta el nombre de cada persona que forme parte de la red de apoyo de las personas adulta mayor evaluada.
	Es importante recabar la información básica como parentesco, edad, enfermedades, genero, ocupación y notas adicionales. Familiograma.
<b>V. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE LA PERSONA ADULTA MAYOR</b>	Realizar una breve descripción de la historia de vida de la persona adulta mayor. Explicar la dinámica social que vive y mencionar las redes de apoyo con las cuentas. En caso de No contar con familiares o amistades, especificar su situación social actual y el motivo por el cual se encuentra en estado de soledad.
<b>VI. SITUACIÓN ECONÓMICA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR</b>	Anotar como obtiene sus ingresos; detallar si es pensionado, jubilado o pensión federal.
	Mencionar las aportaciones (monetarias) de familiares o amistades, anotar las cantidades específicas.
<b>VII. EVALUACIÓN ECONÓMICA</b>	

*Angela*

*g*

*g*

En el siguiente apartado se pide marcar la información que describa las características de la vivienda, automóvil, ocupación, ingreso y egresos de la persona adulta mayor.  
Es importante que, al finalizar cada rubro, se coloque el número de puntos que corresponda a dicha descripción en el espacio disponible.

VIVIENDA	Marca la descripción de la vivienda que más de asemeje a la del hogar en que habita la persona adulta mayor.
	Indicar los aparatos electrónicos con que cuenta en su domicilio
	Selecciona los servicios públicos con que cuenta en su domicilio
	Marca las características de la vivienda. Indica el número de plantas (planta alta o planta baja) con el que se describe la vivienda de la persona adulta mayor Señalar si cuenta con comedor, cocina, cantidad de baños, así como patio y cochera.
	Seleccionar el material con el que esta construido el techo de la vivienda o en su defecto, el material que se asemeje.
	Marcar el tipo de combustible que utiliza para cocinar la persona adulta mayor en su vivienda o en su defecto, el que se asemeje.
AUTOMÓVIL	Mencionar si la persona adulta mayor, cuenta con automóvil que se ocupe para sus necesidades básica o en su defecto si es prestado o no tiene.
OCUPACIÓN ACTUAL	Seleccionar el tipo de ocupación que describe la situación actual de la persona adulta mayor que está siendo valorada.
INGRESO	Con base en los ingresos mencionados en el Apartado 6. Situación económica. Señalar la cantidad que más se acerque a la descripción promedio mensual.
EGRESOS	Escribir la cantidad que la persona adulta mayor y/o sus responsables gastan de manera mensual en: alimentación, vivienda, luz, agua, combustible, teléfono, transporte, internet, televisión de paga y medicamentos.
	En caso de tener otros gastos que no se encuentren en esta lista, mencionar la cantidad que se gasta de manera mensual e indicar en el espacio disponible, cuáles son esos gastos.  Al terminar, escribir la suma total de todos los servicios y tener a la mano la cantidad responder la siguiente tabla (Tabulador de egresos).
TABULADOR DE EGRESOS (MENSUAL)	Marcar el cuadro que indique la cantidad que más se asemeje al total de egresos de la persona adulta mayor, familiar o responsable.
VIII. DIAGNÓSTICO SOCIAL	A partir de las evidencias reales y la situación actual de la persona adulta mayor en su entorno, aunado a los problemas y necesidades que presenta, realizar una descripción de la situación que requiere atención.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	Fundamentar los acontecimientos sociales que identifican la problemática que presenta la persona adulta mayor solicitante, considerando tanto las potencialidades y medios disponibles, con los factores sociales involucrados en las mismas .
<b>IX.PLAN SOCIAL Y SUGERENCIAS</b>	Describir el plan de intervención que permita elaborar y formular objetivos, estableciendo un orden de prioridad. La planificación debe ser un proceso continuo, no termina con su formulación y se prolonga en la fase de ejecución Contemplar recursos, temporalización y la participación de los familiares o amistades responsables de la persona adulta mayor.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**ANEXO 8**



Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores  
Tabulador de Estudio Socioeconómico.

FO-DAG-04-08

TABULADOR DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.	
Nivel Socioeconómico	Puntaje de ingresos y egresos de la Persona Adulta Mayor
Nivel 0:	Persona adulta mayor exenta de pago. Este nivel se asigna a las personas adultas mayores que carecen de recursos económicos o que el Responsable o familiar, acredite la imposibilidad de cubrir la cuota de recuperación. La comprobación será mediante estudios socioeconómico, visita domiciliaria con familiares, vecinos y amigos.
Nivel 1:	Persona adulta mayor que de acuerdo a sus ingresos y egresos obtuvo una puntuación de 11 a 20 puntos en la Evaluación Económica del Estudio socioeconómico.
Nivel 2:	Persona adulta mayor que de acuerdo a sus ingresos y egresos obtuvo una puntuación de 21 a 30 puntos en la Evaluación Económica del Estudio socioeconómico.
Nivel 3:	Persona adulta mayor que de acuerdo a sus ingresos y egresos obtuvo una puntuación de 31 a 40 puntos en la Evaluación Económica del Estudio socioeconómico.
Nivel 4:	Persona adulta mayor que de acuerdo a sus ingresos y egresos obtuvo una puntuación de 41 a 50 puntos en la Evaluación Económica del Estudio socioeconómico.
Nivel 5:	Persona adulta mayor que de acuerdo a sus ingresos y egresos obtuvo una puntuación de 51 a 60 puntos en la Evaluación Económica del Estudio socioeconómico.
Nivel 6:	Persona adulta mayor que de acuerdo a sus ingresos y egresos obtuvo una puntuación de 61 a 70 puntos en la Evaluación Económica del Estudio socioeconómico.
Nivel 7:	Persona adulta mayor que de acuerdo a sus ingresos y egresos obtuvo una puntuación de 71 a 80 puntos en la Evaluación Económica del Estudio socioeconómico.

*Amfren*  
*[Signature]*

*[Signature]*

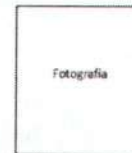
**ANEXO 9**



**Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores**

**Informe de resultados integral**

FO-DGERO-04-09



FECHA: \_\_\_\_\_

UNIDAD GERONTOLÓGICA SOLICITADA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR: \_\_\_\_\_

GÉNERO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA (DEL) RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Delegación: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono Domicilio: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

LA CUOTA DE RECUPERACIÓN ASIGNADA SERÁ DE:

**\$ 000.00** ( \_\_\_\_\_ ).

AUTORIZADA POR EL "COMITÉ DE INGRESOS PARA UNIDADES GERONTOLÓGICAS DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES", DE ACUERDO A LA MINUTA

DE LA REUNIÓN EFECTUADA EL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

ANEXA.

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*Amf...*

*[Signature]*

*[Signature]*





REPORTE SOCIO-ECONÓMICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ELABORADO POR: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

REPORTE MÉDICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ELABORADO POR: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

REPORTE PSICOLÓGICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ELABORADO POR: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

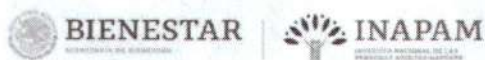
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**ANEXO 10**



**Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores  
Portada Acta de Sesión del Comité de Ingresos**

FO-DGERO-04-10

**Comité de Ingresos y casos especiales para Albergues y  
Residencias de Día del Instituto Nacional de las Personas  
Adultas Mayores (INAPAM)**

**XXX SESIÓN XXXXXX XXX**

XXXXDE 20XX





**ANEXO 11**



**Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores  
Oficio de solicitud para sesionar al Comité de Ingresos**

FO-DGERO-04-11

**Oficio número: INAPAM/DGERO/XXXX/XXX  
Ciudad de México, XX de XXX de XXX**

**Nombre(s) Apellido Apellido**  
Cargo  
Presente.

Por este medio, presento a usted la carpeta de la XXXX Sesión Ordinaria XXX el Comité de Ingresos para Albergues y Residencias de Día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Por tal motivo, pongo a su consideración el contenido de la carpeta en comento, en la que se incluyen los resultados de las valoraciones de las personas adultas mayores candidatas a ingresar a los albergues y a las residencias de día...

Por último, quedo a sus órdenes para sus comentarios y sugerencias, así como para la confirmación de la fecha y hora que se determine.

Atentamente

**Nombre(s) Apellido Apellido**  
Cargo

c. c. p. Nombre(s) Apellido Apellido.- Cargo.- Presente.



**ANEXO 12**



**Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores**

**Lista de asistencia**

FO-DGERO-04-12

Ciudad de México, XXXXX de 20XX.

**Comité de Ingresos para albergues y residencias de día del Instituto Nacional de las Personas  
Adultas Mayores ( I N A P A M )**

**XXXX SESIÓN XXXX**

Lista de asistencia

Nombre	Firma
Nombre(s) Apellido Apellido Cargo	
Nombre(s) Apellido Apellido Cargo	
Nombre(s) Apellido Apellido Cargo	
Nombre(s) Apellido Apellido Cargo	
Nombre(s) Apellido Apellido Cargo	



**ANEXO 13**



**Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores**

**Orden del día de la XXXX del Comité de Ingresos para albergues y residencias de Día del  
INAPAM**

FO-DGERO-04-13

XXX SESIÓN XXXX XXX

1. Registro de asistencia y declaración de Quórum.
2. Lectura y aprobación del orden del día.
3. Lectura y aprobación de la minuta de la XXX Sesión XX XXX.
4. Presentación de casos para análisis de ingreso.
5. Asuntos generales
6. Acuerdos

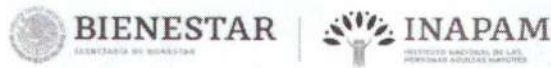
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**ANEXO 14**



**Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores**

**Minuta de la XXXX sesión XXXX XXX del Comité de Ingresos para albergues y residencias de día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)**

FO-DGERO-04-14

- 1- Introducción**
  - Asistentes (Miembros del Comité e invitados)
  - Lugar y fecha de la sesión
  - Dinámica de la sesión
- 2- Desarrollo**

Dictamen de los casos de las personas adultas mayores candidatas presentados en la sesión

**Caso 1...**

Propuestas para ingresar al XXXXXXXX

El Comité de Ingresos determinó que su ingreso a la unidad...

Dictamen:

**Caso 2...**

Propuestas para ingresar al XXXXXXXX

El Comité de Ingresos determinó que su ingreso a la unidad...

Dictamen:

- 3- Acuerdos**
- 4- Asuntos generales**
- 5- Firmas de los miembros del Comité de Ingresos y casos especiales e invitados**

*[Handwritten signatures in blue ink]*

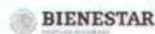


**ANEXO 15**

**REGLAMENTO INTERNO DE  
RESIDENCIAS DE DÍA DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE LAS PERSONAS  
ADULTAS MAYORES.**



**ANEXO 16**



REGLAMENTO INTERNO DE RESIDENCIAS DE DÍAS  
DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
ADULTAS MAYORES



1 de 26

**REGLAMENTO INTERNO DE  
ALBERGUES DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE LAS PERSONAS  
ADULTAS MAYORES.**

SEPTIEMBRE, 2021



Código: MP-DGERO-04

Revisión 01

Página 79 de 82

**ANEXO 17**



Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

Carta de conformidad y compromiso de la persona adulta mayor  
albergada o residente

FO-DGERO-04-15

Nombre(s) Apellido Apellido  
Cargo  
Presente..

Por este conducto informo a usted que estoy completamente de acuerdo en acatar el Reglamento que marcan los albergues y residencias de día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores al ingresar en forma voluntaria a esta Unidad Gerontológica, a partir del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**COMPROMETIENDOME A:**

- Cubrir mensualmente la cuota de recuperación fijada, durante los primeros días de cada mes, conforme al Estudio Socioeconómico, en el entendido que está se modificará anualmente en el mes de junio para aplicarse en el mes de agosto de acuerdo a la revisión de dicho estudio.
- Acatar la decisión sobre mi permanencia en la unidad, la cual estará sujeta al cumplimiento de las disposiciones del Reglamento y/o conducta que presente en la misma.
- Participar en paseos, eventos culturales y otro tipo de actividades de esparcimiento proporcionadas por el INAPAM, previa anuencia de la (del) Responsable y/o Trabajadora (or) Social de la Unidad Gerontológica.
- Respetar el manejo que el personal encargado disponga en caso de enfermedad y colaborar en las situaciones que requieran de estudios de laboratorio y/u hospitalización.
- Mantener una conducta apropiada y de respeto hacia las (os) compañeras (os) y el personal adscrito a la Unidad Gerontológica.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de persona adulta mayor albergada o residente

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la (del) Trabajadora (or) Social que recibió

Fecha: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_:

MIRa 73, Col. Vértiz Nanwarfe, CP. 03020, Alc. Benito Juárez, Ciudad de México.



**ANEXO 18**



Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

**Carta de compromiso del responsable de la persona adulta mayor  
albergada o residente**

FO-DGERO-04-16

Al enlace administrativo de la unidad gerontológica

INAPAM  
Presente.

Por este conducto informo a usted que estoy completamente de acuerdo en asumir la responsabilidad en mi \_\_\_\_\_ la (el) Sra. (Sr.) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con número de afiliación \_\_\_\_\_, quien ingresa a esta Unidad Gerontológica, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Comprometiéndome a:**

- Cubrir mensualmente durante los primeros días de cada mes la cuota de recuperación que se le asigne conforme al Estudio Socioeconómico, bajo conocimiento de que ésta será modificada anualmente en el mes de junio para aplicarse en el mes de agosto de acuerdo a la revisión de dicho estudio.
- Hacerme cargo del traslado y atención médica u hospitalaria de mi familiar cuando se requiera.
- Acatar la decisión que se tome en caso de alguna urgencia médica o que requiera hospitalización deslindando de toda responsabilidad al personal de la Unidad Gerontológica, hasta el momento de estar yo presente.
- Estar al pendiente y apoyar en los requerimientos de material para terapia ocupacional, recreativa y gastos personales para paseos que realice la Unidad Gerontológica.
- Participar y colaborar con el personal de la Unidad en los programas que requieran de mi presencia, así mismo como conocer y acatar el Reglamento que marca la Unidad.
- Aceptar que su estancia está sujeta al cumplimiento de las disposiciones del Reglamento y/o a la conducta que presente mi familiar y/o representado.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Firma  
Sra. (Sr.) \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono fijo: \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma  
Sra. (Sr.) \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono fijo: \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Miité 73, Col. Vértiz Narvarte, CP. 03020, Alc. Benito Juárez, Ciudad de México.



*[Handwritten signatures in blue ink]*

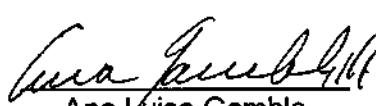
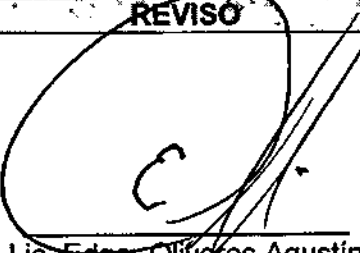







**CAMBIOS DE VERSIÓN**

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE LA ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1	JUNIO 2022	NOMENCLATURA Y ACTUALIZACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN		
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
 Ana Luisa Gamble Sánchez Gavito  Directora de Gerontología	 Lic. Edgar Oliveres Agustín  Subdirector Jurídico	 Lic. Jorge Alberto Valencia Sandoval  Presidente del COMERI
Junio, 2022	Junio, 2022	Junio, 2022

