

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

1. CÉDULA DE REGISTRO

NOMBRE DEL DOCUMENTO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA
DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

ELABORÓ



C. ANA LUISA GAMBLE SÁNCHEZ
GAVITO
DIRECTORA DE GERONTOLOGÍA

REGISTRÓ



LCDO. EDGAR OLIVARES AGUSTÍN
SUBDIRECTOR JURÍDICO

AUTORIZÓ



LCDO. JORGE ALBERTO SANDOVAL
VALENCIA
PRESIDENTE DEL COMERI

REGISTRO

CLAVE: MP-DGERO-04

VERSIÓN:04

FECHA: JUNIO 2024

ÍNDICE

	PÁG.
3. INTRODUCCIÓN.....	5
5. FUNDAMENTO LEGAL.....	6
6. PROCEDIMIENTO DE INGRESO A ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA	9
6.1 POLÍTICAS	9
6.2 PROPÓSITO	11
6.3 ALCANCE.....	11
6.4 CRITERIOS Y REQUISITOS	12
6.7 REGISTROS.....	24
7.PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN Y REPORTE DE INFORMES MENSUALES DE ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA DEL INAPAM.....	26
7.1 PROPÓSITO	26
7.2 POLÍTICAS	26
7.3 ALCANCE.....	27
7.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	28
7.6 REGISTROS.....	32
8.PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE COMPROBANTES DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LOS ALBERGUES Y RESIDENCIAS DÍA DEL INAPAM.....	33
8.1 POLÍTICAS	33
8.2 PROPÓSITO	33
8.3 ALCANCE.....	33
8.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	34
8.6 REGISTROS.....	36
9. QUEJAS Y/O SUGERENCIAS	36
10. GLOSARIO.....	37
11. ANEXOS DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	42
11.1 FORMATO DE ASESORÍA	42
11.2 CRITERIOS DE INGRESO	43
11.3 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	44
11.4 CITA PARA VALORACIÓN.....	45
11.5 AVISO DE PRIVACIDAD	46
11.6 CARTA CONSENTIMIENTO.....	48
11.7 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	49
11.8 VALORACIÓN MÉDICA.....	50
11.9 VALORACIÓN PSICOLÓGICA.....	68
11.10 ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	81

11.11 INFORME DE RESULTADOS	91
11.12 FORMATO PORTADA	92
11.13 FORMATO SOLICITUD DE SESIÓN	93
11.14. FORMATO LISTA DE ASISTENCIA.....	94
11.15 FORMATO ORDEN DEL DÍA	95
11. 16 FORMATO MINUTADE SESIÓN.....	96
11.17 REGLAMENTO INTERNO DE ALBERGUES.....	97
11.18 REGLAMENTO INTERNO DE RESIDENCIAS DE DÍA	98
11.19. CARTA COMPROMISO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.....	99
11.20 CARTA COMPROMISO DEL RESPONSABLES (S) DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.....	101
11.21 RELACIÓN MENSUAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES EN ALBERGUES O RESIDENCIA DE DÍA.....	103
11. 22 INFORME MENSUAL DE ALIMENTACIÓN	104
11.23. INFORME MENSUAL DE ATENCIÓN MÉDICA	105
11.24 INFORME MENSUAL DE ENFERMERÍA.....	106
11.25. INFORME MENSUAL DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	107
11.26 INFORME MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL	108
11.27 INFORME MENSUAL DE TRABAJO SOCIAL	109
11.28 INFORME DE SEGUIMIENTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.....	110
11.29 CALENDARIO DE ENTREGA INFORMES MENSUALES.....	111
11.30 INFORME MENSUAL DE ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA.....	112
11.31 REPORTE DE REQUERIMIENTOS DE MANTENIMIENTO	113
11.32 CONCENTRADO MENSUAL DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA.....	114
11.33 INFORME ESTADÍSTICO	115
11.34 RECIBO CUOTAS DE RECUPERACIÓN	116
11.35 CONCENTRADO MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN	117
ANEXO A. FORMATO DE VISTA DE SUPERVISIÓN	118
ANEXO B. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA ...	119
ANEXO C. REPORTE DE OBSERVACIÓN DE LA INTEGRACIÓN	125
12. TRANSITORIOS.....	129
13. CAMBIOS DE VERSIÓN	129
14. CONTROL DE EMISIÓN.....	129

2. INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, como órgano rector de la política nacional en favor de las personas adultas mayores tiene, dentro de las atribuciones que le confiere la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la de promover que la prestación de servicios y atención que se brinde a las personas adultas mayores en cualquier institución o centro se realice con calidad para el beneficio de su estado de bienestar.

El INAPAM cuenta con centros gerontológicos en donde se proporcionan servicios y atención en diversas modalidades a personas adultas mayores, entre los que se encuentran los Albergues y Residencias de día.

En los albergues se brindan atención en la modalidad de estancia permanente a personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad, las 24 horas del día, los 365 días del año, cuatro de ellos se ubican en la Ciudad de México (Alabama, Gemelos, Nebraska y Moras), uno en Guanajuato, Gto. (Nicéforo Guerrero Sr) y otro en Tuxtepec, Oax. (Celsa Aguirre Vda. de Bravo).

La atención gerontológica que se proporciona en estos espacios consiste en: alojamiento permanente, atención médica, servicios de cuidados, actividades físicas, recreativas, ocupacionales, culturales, estimulación cognitiva y servicio de alimentación, con el objetivo de proteger, mantener, recuperar y promover la capacidad funcional, la salud y el bienestar de las personas adultas mayores.

Por su parte, las residencias de día proporcionan atención gerontológica de estancia temporal a personas adultas mayores, que consiste en: atención médica, cuidados generales, canalización a psicología, alimentación, intervención de trabajo social, terapia ocupacional y estimulación cognitiva, de lunes de viernes de 08:00 a 15:00 horas, para favorecer la interacción social, estado de ánimo, estimulación cognitiva, capacidad funcional, independencia y autonomía de las personas adultas mayores.

Se cuenta con seis residencias, cinco se encuentran en la Ciudad de México (Cerro San Andrés, Corpus Christi, Dr. Atl, Guadalupe Proletaria y Héroes del 47) y una en Jerez, Zacatecas (Prof. Antonio de Haro Saldívar).

De manera general, ambos modelos de atención tienen el objetivo impulsar y fomentar la participación de las personas adultas mayores en un espacio digno y seguro, dentro de los ámbitos familiar y comunitario, a través de la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

Asimismo, estos espacios buscan fungir como modelo de atención replicable en las instituciones públicas, privadas y sociales de todo el país que brinden a personas adultas mayores para promover su estado de bienestar y el ejercicio de sus derechos humanos.

Por tal motivo, en el presente manual de procedimientos se establecen los controles internos empleados para la consecución de los fines, constituyéndose en un instrumento de apoyo para las personas adultas mayores y sus responsables que soliciten ingresar a algún albergue o residencias de día, así como para el personal de estos centros gerontológicos y de la Dirección de Gerontología involucrado en la atención gerontológica en los Albergues y Residencias del Día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

3. OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer un documento que sirva de guía para conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades de las personas servidoras públicas involucradas en los procedimientos de ingreso, elaboración y entrega de informes mensuales y recepción de comprobantes de cuotas de recuperación de Albergues y Residencias de Día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

La actualización del presente manual debe realizarse una vez al año, o bien cuando ocurra algún cambio funcional al interior del INAPAM, que repercuta en el proceso de Albergues y Residencias de Día, toda vez que representa un documento de consulta permanente.

4. FUNDAMENTO LEGAL

ORDENAMIENTO	APARTADO
DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES	
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Última reforma publicada en el D.O.F. el 22 de marzo de 2024
DISPOSICIONES INTERNACIONALES	
DECRETO por el que se aprueba la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada en Washington D.C., Estados Unidos de América, el 15 de junio de 2015.	Última reforma publicada en el D.O.F. 10 de enero de 2023.
DECRETO Promulgatorio de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada en Washington D.C., Estados Unidos de América, el quince de junio de dos mil quince.	Última reforma publicada en el D.O.F. 20 de abril de 2023.
LEYES GENERALES	
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	Última reforma publicada en el D.O.F. el 26 de enero de 2024.
Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres	Última reforma publicada en el D.O.F. el 29 de diciembre de 2023.
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 Responsabilidades Administrativas.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 27 de diciembre de 2022 Con sentencia de la SCJN con declaratoria de invalidez del Decreto de reforma DOF 27-12-2022, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de noviembre de 2023.
Ley General de Salud.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 01 de abril de 2024
Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública	Última reforma publicada en el D.O.F. el 20 de mayo de 2021.
LEYES FEDERAL	
Ley de Asistencia Social	Última reforma publicada en el D.O.F. el 01 de abril de 2024

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 10 de mayo de 2022
Ley Federal de austeridad Republicana.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 19 de noviembre de 2019. Declaratoria de invalidez de artículos por Sentencia de la SCJN notificada al Congreso de la Unión para efectos legales el 06-04-2022 y publicada DOF 02-09-2022.
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación,	Última reforma publicada en el D.O.F. el 01 de abril de 2024.
Ley Federal de Procedimiento Administrativo.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 18 de mayo de 2018.
Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública	Última reforma publicada en el D.O.F. el 01 de abril de 2024
Ley Orgánica de la Administración Pública	Última reforma publicada en el D.O.F. el 01 de abril de 2024.
Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 12 de julio de 2019.
Código Civil Federal.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 01 de abril de 2024.
Código Penal Federal	Última reforma publicada en el D.O.F. el 17 de abril de 2024.
LINEAMIENTOS Y REGLAMENTOS	
Lineamientos en Materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 18 de septiembre de 2020.
Lineamientos Operativos del Programa E003 "Servicios a grupos con necesidades especiales"	Última versión publicada en enero de 2018.
Lineamientos para Realizar el Servicio Social o Prácticas Profesionales en el INAPAM	Última versión publicada en septiembre de 2016.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Última reforma publicada en el D.O.F. 17 de julio de 2018
NORMAS OFICIALES MEXICANAS	
NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo.	Última reforma publicada en el D.O.F. 09 de diciembre de 2010
NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	Última reforma publicada en el D.O.F. el 30 de noviembre de 2012.
NOM 005-SSA3-2010 Requerimientos mínimos indispensables de infraestructura y equipamiento para establecimientos para la atención médica que proporcionan servicios a pacientes ambulatorios:	Última reforma publicada en el D.O.F. el 09 de julio de 2020
NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 18 de mayo de 2018.
NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 23 de noviembre de 2016.
NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y	Última reforma publicada en el D.O.F. el 31 de mayo de 2007.

[Handwritten blue scribbles on the left margin]

[Handwritten blue mark on the right margin]

Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino.	
NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 23 de noviembre de 2010
NOM-015-SSA3-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 22 de mayo de 2023
NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 08 de enero de 2013
NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.	Última reforma publicada en el D.O.F. 01 de enero de 2013
NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 31 de mayo de 2010.
NOM-030-SSA3-2013. 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.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 12 de septiembre de 2013
NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 13 de septiembre de 2012
NOM-035-SSA2-2002, Prevención y Control de las Enfermedades de la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer. Criterios para Primera Atención Médica.	Última reforma publicada en el D.O.F. 18 de septiembre de 2003
NOM-037-SSA2-2012, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Dislipidemias	Última reforma publicada en el D.O.F. el 13 de julio de 2012.
NOM-041-SSA2-2002, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de Mama.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 09 de junio de 2011.
NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección Ambiental- Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico- Infecciosos. Clasificación y Especificaciones de Manejo	Última reforma publicada en el D.O.F. el 17 de febrero de 2003
DOCUMENTOS NORMATIVOS INTERNOS	
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 27 de diciembre de 2019.
Manual General de Organización del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.	Última publicación en septiembre de 2021.
Programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 2021-2024.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 16 de abril de 2021.
Reglamento Interno del Centro de Atención Integral del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.	Última actualización publicada en el SANI octubre 2023.





6. PROCEDIMIENTO DE INGRESO A ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA DEL INAPAM

6.1 POLÍTICAS

1. La Dirección de Gerontología será la responsable de supervisar la prestación de la atención gerontológica brindada en los Albergues y Residencias de día, para ello llevará a cabo visitas de supervisión trimestrales, mismas que deberán quedar registradas en el Formato de visita de supervisión destinado para tal fin (Anexo A)
2. La Dirección de Gerontología evaluará la atención gerontológica brindada en los Albergues y Residencias de día, a través de la aplicación de una Encuesta de Satisfacción a las personas adultas mayores y/o sus responsables periódicamente (Anexo B).
3. La Dirección de Gerontología integrará la carpeta de las sesiones del Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día y coordinará el procedimiento de ingreso a los Albergues y Residencias de Día del INAPAM.
4. El Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del INAPAM, dictaminará a partir del análisis de los resultados de las valoraciones gerontológicas de las personas adultas mayores candidatas la factibilidad de su ingreso a un Albergue o Residencias de Día del INAPAM, además examinará y atenderá las situaciones especiales de las personas adultas mayores albergadas y residentes.
5. El Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de día del INAPAM, tomará en cuenta la opinión de las personas Enlaces administrativos de Albergues y Residencias de día, respecto a los casos de las personas adultas mayores que se presenten ante el Comité, para analizar la viabilidad de su ingreso y la disponibilidad de los recursos de cada centro.
6. El Equipo de valoración deberá realizar las valoraciones gerontológicas y visitas domiciliarias a las personas adultas mayores candidatas de ingreso a un albergue o Residencia de día del INAPAM, así como elaborar los informes de resultados de la valoración gerontológica y presentar los casos ante el Comité de Ingreso y Casos Especiales a Albergues y Residencias de Día del INAPAM.
7. El Equipo de valoración recabará e integrará en el expediente de la persona adulta mayor candidata los documentos y datos de contacto de sus personas responsables.
8. La persona Enlace Administrativo del Albergue o Residencia de Día informará a la Dirección de Gerontología sobre cualquier anomalía que se presente con una persona adulta mayor desde ingreso y durante su estancia en el centro gerontológico.

9. Las personas adultas mayores deberán solicitar información sobre los criterios, requisitos y procedimiento de ingreso a la Dirección de Gerontología.
10. La persona adulta mayor candidata y sus responsables deberán entregar la documentación requerida por el Equipo de valoración en tiempo y forma para complementar la solicitud de ingreso a un Albergue o Residencia de Día de INAPAM.
11. Las personas responsables de una persona adulta mayor tendrán la obligación de estar al tanto y satisfacer sus necesidades materiales, médicas, físicas y sociales para su atención y desarrollo integral desde su ingreso y durante su estancia en el Albergue o Residencia de Día del INAPAM.
12. Las personas responsables de las personas adultas mayores deberán ser preferentemente personas de la primera línea consanguínea, en caso de no contar con ellas, se contemplará la posibilidad de continuar con las personas de la segunda línea consanguínea y así sucesivamente.
13. La persona adulta mayor y sus responsables, desde su ingreso a un centro gerontológico deberán cumplir con las disposiciones establecidas en el Reglamento Interno de Albergues o Residencias de Día del INAPAM
14. El Equipo multidisciplinario del Albergue o Residencia de Día del INAPAM tendrá la obligación de brindar atención gerontológica a las personas adultas mayores desde su ingreso al centro gerontológico.
15. El personal de trabajo social del albergue o residencia de día actualizará semestralmente los datos de contacto de las personas responsables de la persona adulta mayor desde su ingreso y mantendrá comunicación constante con ellas para atender y dar seguimiento a situaciones relacionadas a la atención de las necesidades de la persona adulta mayor durante su estancia en el albergue o residencia de día.
16. **La aplicación de la valoración gerontológica no garantiza el ingreso al albergue o residencia de día**, el dictamen de aceptación dependerá del análisis de los resultados de su valoración gerontológica por el Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del INAPAM.
17. Al ingreso de la persona adulta mayor se establece un periodo de 30 días para valorar la integración a las condiciones de su nuevo entorno, la convivencia y comportamiento con las demás personas mayores y el personal de la residencia de día. Posterior a este periodo, la persona Enlace Administrativo informará a la Dirección de Gerontología el seguimiento de su integración para determinar la permanencia o no de la persona adulta mayor, esto a través del Reporte de Observación de la Integración de la persona adulta mayor, en el cual para su elaboración deberá participar el equipo multidisciplinario del centro gerontológico (Anexo C).

18. El incumplimiento del procedimiento de ingreso regulados en este Manual 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.

6.2 PROPÓSITO

Establecer el procedimiento de 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 que solicitan ingresar a un albergue o residencia de día, así como de sus responsables y las personas servidoras públicas involucradas en el procedimiento, optimizando así los recursos y el trámite vigente.

6.3 ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a las personas adultas mayores, sus responsables, al Equipo de valoración, al Comité de Ingreso y Casos Especiales, las personas Enlaces administrativos y Equipo multidisciplinario de los Albergues y Residencias de Día del INAPAM, así como al personal de la Dirección de Gerontología.

El cumplimiento del procedimiento es responsabilidad de las personas servidoras públicas trabajadoras del INAPAM involucradas en el mismo, así como de las personas adultas mayores y sus responsables, en cuanto a la vigilancia le corresponde a la Dirección de Gerontología.



6.4 CRITERIOS Y REQUISITOS

Servicio: Albergues
<p>Características: Los albergues son espacios donde se brinda atención gerontológica en la modalidad de estancia permanente a personas adultas mayores, las 24 horas del día, de los 365 días del año. La atención gerontológica que se proporciona consiste en: alojamiento permanente, atención médica, servicio de alimentación, cuidados, actividades físicas, recreativas, ocupacionales, culturales y de estimulación cognitiva.</p>

Para ser persona beneficiaria del servicio

Criterios	Requisitos
<ul style="list-style-type: none"> • Tener 60 años o más. • Expresar su deseo y voluntad propia para ingresar (No sus familiares, amigos o conocidos). • Presentar dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. • Contar con insuficientes recursos económicos y redes de apoyo. • Contar con dos personas responsables. 	<p>Si la persona adulta mayor cumple con los criterios de ingreso, debe aceptar la valoración gerontológica y entregar los resultados de los estudios de laboratorio y la documentación que se solicitan a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Química sanguínea de 6 elementos. 2. Biometría hemática completa. 3. Examen general de orina. 4. Tele de tórax. 5. Electrocardiograma. 6. Historial médico 7. Recetas médicas actualizadas. 8. Comprobantes de vacunación contra COVID-19. 9. Comprobante de domicilio de la persona adulta mayor y de sus responsables. 10. Fotografía tamaño infantil o fotografía digital de la persona adulta mayor. 11. Copia credencial INE de la persona adulta mayor y de sus responsables. 12. Copia credencial INAPAM. 13. Acta de nacimiento. 14. CURP. 15. Comprobantes de ingreso de la persona mayor para la asignación de cuota de recuperación, en caso de que cuente con él. 16. Aviso de privacidad firmado 17. Carta de consentimiento firmada

Nota: La aplicación de la valoración gerontológica no garantiza el ingreso a uno de estos espacios, el dictamen de aceptación de ingreso depende del análisis de los resultados de su valoración gerontológica por parte del Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del INAPAM, así como de los recursos disponibles del Instituto.

No.	Nombre del Albergue	Ubicación
1	Alabama	Alabama núm. 17, Col. Nápoles, C. P. 03810, Alcaldía Benito Juárez CDMX
2	Celsa Aguirre Viuda de Bravo	Calle 10 esquina Calle 17, Col. Infonavit, C.P. 68370, Tuxtepec, Oaxaca.

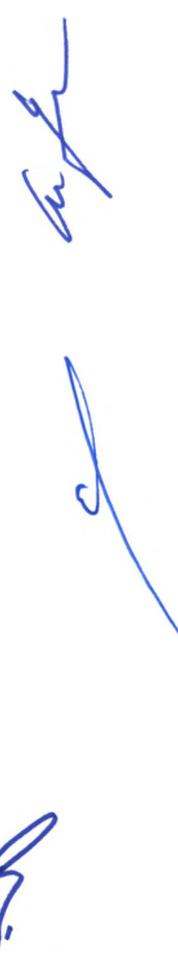
No.	Nombre del Albergue	Ubicación
3	Gemelos	Gemelos núm. 10 y 14, Col. Prado Churubusco, C. P. 04230, Alcaldía Coyoacán CDMX
4	Moras	Moras núm. 818, Col. Acacias, C. P. 03240, Alcaldía Benito Juárez, CDMX
5	Nebraska	Nebraska núm. 180, Col. Nápoles, C. P. 03810, Alcaldía Benito Juárez CDMX
6	Nicéforo Guerrero Sr	Callejón de los Hospitales núm. 8, Col. Centro, C. P. 36000, Guanajuato, Guanajuato.

Servicio: Residencias de día

Características: Las residencias de días son espacios donde se brinda atención gerontológica en la modalidad de estancia temporal a las personas adultas mayores, de lunes a viernes de 08:00 a 15:00 horas. Entre los servicios que proporcionan se encuentran: atención médica y psicológica, cuidados generales, un tiempo de comida, intervención de trabajo social, terapia ocupacional y estimulación cognitiva.

Para ser persona beneficiaria del servicio

Criterios	Requisitos
<ul style="list-style-type: none"> Tener 60 años o más. Expresar su deseo y voluntad propia para ingresar (No sus familiares, amigos o conocidos). Presentar dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Contar con insuficientes recursos económicos y redes de apoyo. Contar con una persona responsable. 	Si la persona adulta mayor cumple con los criterios de ingreso, debe aceptar la valoración gerontológica y entregar los resultados de los estudios de laboratorio y la documentación que se solicitan a continuación: <ol style="list-style-type: none"> Química sanguínea de 6 elementos. Biometría hemática completa. Examen general de orina. Tele de tórax. Electrocardiograma. Historial médico Recetas médicas actualizadas. Comprobantes de vacunación contra COVID-19. Comprobante de domicilio de la persona adulta mayor y de su responsable. Fotografía tamaño infantil o fotografía digital de la persona adulta mayor. Copia credencial INE de la persona adulta mayor y de su responsable. Copia credencial INAPAM. Acta de nacimiento. CURP. Comprobantes de ingreso de la persona adulta mayor para la asignación de cuota de recuperación, en caso de que cuente con él. Aviso de privacidad firmado Carta de consentimiento firmada



Nota: La aplicación de la valoración gerontológica no garantiza el ingreso a uno de estos espacios, el dictamen de aceptación de ingreso depende del análisis de los resultados de su valoración gerontológica por parte del Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del INAPAM, así como de los recursos disponibles del Instituto.

No.	Nombre de la Residencia de día	Ubicación
1	Antonio de Haro	Churubusco esquina. Durazno, Col. Huertas de San José, C.P. 99379, Jerez, Zacatecas.
2	Cerro San Andrés	Cerro San Andrés núm. 440, Col. Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200 CDMX
3	Corpus Christi	Sacramento núm. 25, Col. Corpus Christi, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01530 CDMX
4	Dr. Atl	Dr. Atl núm. 29, Col. Villa Coapa, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14310, CDMX
5	Guadalupe Proletaria	Calle 7 y Corona del Rosal, Col. Guadalupe Proletaria, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07600 CDMX
6	Héroes del 47	Héroes del 47 núm. 79, Col. San Diego Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04120, CDMX

6.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Solicita información ya sea de manera presencial o telefónica sobre el procedimiento de ingreso a los Albergues o Residencias de Día del INAPAM.	Persona adulta mayor
2	Solicita la información de ingreso directamente en un Albergues o Residencias de Día del INAPAM. Si. Continúa en actividad 3. No. Continúa en actividad 5.	Persona adulta mayor
3	En caso de que asesore a la persona adulta mayor y/o su responsable sobre algún espacio, ya sea del Instituto o externo que pueda atender sus necesidades de atención, o bien identifique que la persona adulta mayor podría ser candidata de ingreso deberá requisitar el Formato de asesoría y envía por correo electrónico al Equipo de valoración. El personal de trabajo social de la unidad podrá participar en esta actividad. FO-DGERO-04-01 (Formato de asesoría)	Persona Enlace administrativo
4	Refiere verbalmente a la persona a adulta mayor interesada en ingresar a un albergue o residencia de día con el Equipo de valoración de la Dirección de Gerontología, proporcionado el teléfono, correo y dirección de contacto.	Persona Enlace administrativo

NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
5	Recibe e informa vía telefónica o de manera presencial a la persona adulta mayor interesada sobre los criterios y el procedimiento de ingreso a un Albergues o Residencias de Día del INAPAM. FO-DGERO-04-02 (Criterios y requisitos de ingreso)	Equipo de valoración
6	Identifica a profundidad, con apoyo de las preguntas de la Entrevista semiestructurada, vía telefónica o de manera presencial si la persona adulta mayor cumple con los criterios de ingreso. FO-DGERO-04-03 (Entrevista semiestructurada) Si cumple con los criterios. Continúa en actividad 8. No cumple con los criterios. Continúa en actividad 7.	Equipo de valoración
7	Concluida la entrevista, informa de manera presencial o vía telefónica a la persona adulta mayor interesada, que no cumple con los criterios de ingreso y la orienta sobre otras estancias o modelos de atención que se ajusten a sus necesidades. FINALIZA EL PROCEDIMIENTO.	Equipo de valoración
8	Si la persona adulta mayor cumple con los criterios, se le proporciona por escrito la fecha, hora y lugar para llevar a cabo la valoración gerontológica y se le solicita los estudios de laboratorio, de gabinete y demás documentación oficial para complementar su valoración gerontológica, así como fecha para poder llevar a cabo una visita domiciliaria. FO-DGERO-04-04 (Cita de valoración gerontológica)	Equipo de valoración
9	Se presenta acompañada por su persona (s) responsable (s) en la fecha y lugar asignado y entrega la documentación requerida previamente para que se le realice la valoración gerontológica.	Persona adulta mayor
10	Explica y da a firmar a la persona adulta mayor el Aviso de privacidad, en el cual se le informa el propósito del tratamiento de sus datos personales y la Carta de consentimiento sobre la aplicación de la valoración gerontológica FO-DGERO-04-05 (Aviso de Privacidad) FO-DGERO-04-06 (Carta de consentimiento)	Equipo de valoración
11	Realiza la valoración gerontológica de la persona adulta mayor con apoyo de los instrumentos de valoración gerontológica integral y la visita domiciliaria en la fecha proporcionada por la persona adulta mayor y/o su responsable. FO-DGERO-04-07 (Ficha de identificación)	Equipo de valoración





NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
	FO-DGERO-04-08 (Valoración médica) FO-DGERO-04-09 ((Valoración psicológica) FO-DGERO-04-10 (Estudio socioeconómico)	
12	Asigna la cuota de recuperación de la persona adulta mayores, con base a los resultados del Estudio socioeconómico y de acuerdo con los "Tabuladores para el cobro de los servicios brindados en Albergues, Residencias de día y Centros Culturales del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores" vigentes e integra en el expediente la documentación solicitada a la persona adulta mayor y sus responsables (Identificación oficial y comprobante de domicilio).	Equipo de valoración
13	Proporciona fecha aproximada a la persona adulta mayor para comunicar el dictamen del Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del INAPAM sobre su candidatura de ingreso a un Albergue o Residencia de Día del INAPAM	Equipo de valoración
14	Elabora el informe de resultados de la valoración gerontológica de la persona adulta mayor candidata. FO-DGERO-04-11 (Informe de resultados)	Equipo de valoración
15	Entrega los informes de resultados de las personas adultas mayores candidatas para ingresar a un albergue o residencia de día, a la secretaria técnica del Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del INAPAM.	Equipo de valoración
16	Recibe los informes de resultados de las personas adultas mayores candidatas e integra la carpeta para sesionar al Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del INAPAM. FO-DGERO-04-12 (Portada acta del acta) FO-DGERO-04-13 (Oficio de solicitud sesión) FO-DGERO-04-14 (Orden del día de la sesión) FO-DGERO-04-15 (Lista de asistencia) FO-DGERO-04-16 (Minuta de sesión del Comité)	Secretaria Técnica del Comité de Ingreso
17	Convoca al Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.	Secretaria técnica del Comité de Ingreso

NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
18	Presenta los resultados de la valoración gerontológica de las personas adultas mayores candidatas ante el Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del INAPAM.	Equipo de Valoración
19	Dictamina a partir del análisis de la valoración gerontológica de la persona adulta mayor candidata la factibilidad de su ingreso a un Albergue o Residencia de Día del INAPAM y tomando en cuenta los espacios y recursos disponibles de las unidades.	Comité de Ingreso
20	Dictamen de ingreso de la persona adulta mayor candidata No admitida. Continúa en actividad 21. Admitida. Continúa en actividad 23.	Comité de Ingresos
21	Notifica a la persona adulta mayor y su responsable el dictamen del Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del INAPAM.	Equipo de valoración
22	Recomienda a la persona adulta mayor y a su responsable otros espacios que se ajusten a sus necesidades de atención FIN DEL PROCEDIMIENTO	Equipo de valoración
23	Notifica la persona Enlace Administrativo del albergue o residencia día y al Equipo de nutrición de la Dirección de Gerontología sobre la admisión de la persona adulta mayor para acordar fecha de ingreso	Equipo de valoración
24	Entrega la documentación de los resultados de la valoración gerontológica de la persona adulta mayor a la persona Enlace Administrativo del Albergue o Residencia de día para que los integre a su expediente, empleando un recibo de entrega de la documentación.	Equipo de valoración
25	Notifica a la persona adulta mayor y a su (s) responsable (s) la fecha en la que se presentarán para ingresar al albergue o residencia de día asignada y agenda una cita previa a su ingreso para que se le haga de conocimiento los alcances del Reglamento Interno de la unidad. Así como para aclarar sus dudas. La lectura del reglamento podrá llevarse a cabo en conjunto con la persona Enlace administrativo y/o personal de trabajo social del albergue o residencia de día. Debiendo firmar la persona adulta mayor y a su (s) responsable (s) de recibido con firma autógrafa FO-DGERO-04-17 (Reglamento Interno de Albergues del INAPAM) FO-DGERO-04-18 (Reglamento Interno de Residencias de día del INAPAM)	Equipo de valoración
26	Se presenta acompañada de su (s) persona (s) responsable (s) en la fecha asignada con la persona Enlace Administrativo en el	Persona adulta mayor /





NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
	albergue o residencia de día, con los artículos establecidos en el Reglamento Interno de Albergues o Residencias de Día del INAPAM.	Responsable (s)
27	Recibe junto con el personal de trabajo social de la unidad, a la persona adulta mayor y supervisa que ingrese únicamente los artículos y permitidos en el Reglamento de Albergues o Residencias de Día del INAPAM, así como que estén identificadas con su nombre.	Persona Enlace administrativo
28	Muestra junto con el personal de trabajo social los espacios de los Albergues o Residencias de Día del INAPAM a la persona adulta mayor y presenta al resto del Equipo multidisciplinario que brinda atención gerontológica.	Persona Enlace administrativo
29	<p>La persona adulta mayor y su (s) responsable (s) aceptan las disposiciones de carácter obligatorio a las que estarán sujetas desde su ingreso y durante su estancia en la unidad, las cuales se señalan en el Reglamento Interno del Albergues o Residencias de Día del INAPAM.</p> <p>Si aceptan. Continúa con la actividad 30.</p> <p>No aceptan. Regresa a la actividad 22.</p>	Persona adulta mayor / Responsable (s)
30	<p>Firman las cartas compromiso y una copia del Reglamento Interno de Albergues o Residencias de Día del INAPAM, garantizando que conocen y aceptan cumplir durante su estancia, con las disposiciones establecidas en este.</p> <p>FO-DGERO-04-19 (Carta compromiso de la persona adulta mayor)</p> <p>FO-DGERO-04-20 (Carta compromiso de la persona responsable de la persona adulta mayor)</p>	Persona adulta mayor / Responsable (s)
31	Asigna un espacio en habitación compartida (solo aplica en el caso de albergues) y un lugar en el comedor a la persona adulta mayor.	Persona Enlace administrativo
32	En caso de que la persona adulta mayor no cuente con servicio médico proporcionado por el Estado (IMSS, IMSS-BIENESTAR, ISSSTE u otro) deberá realizar el cambio de adscripción a la unidad médica más cercana al albergue o residencia de día y presentar al personal de trabajo social de la unidad la documentación que conste de la actualización, en un plazo no mayor a 30 días hábiles, a partir de la fecha de ingreso, en caso contrario no se permitirá el ingreso de la persona adulta mayor.	Persona adulta mayor / Responsable (s)
33	Realiza la revisión de la persona adulta mayor a través de exploración física y toma de signos vitales por parte del personal médico y de enfermería en turno de la unidad.	Equipo multidisciplinario del albergue o




Código: MP-DGERO-04

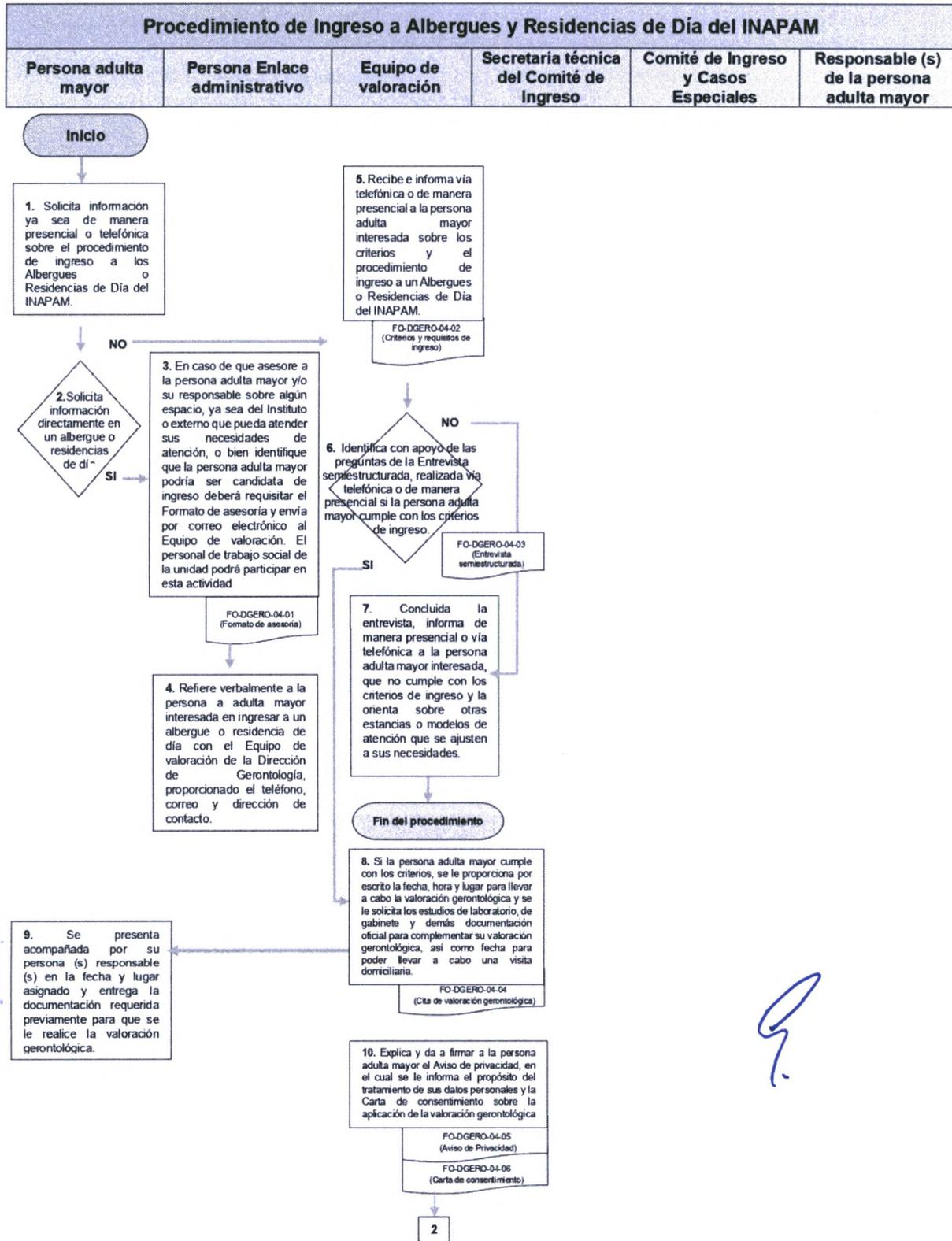
Revisión: 04

19 de 129

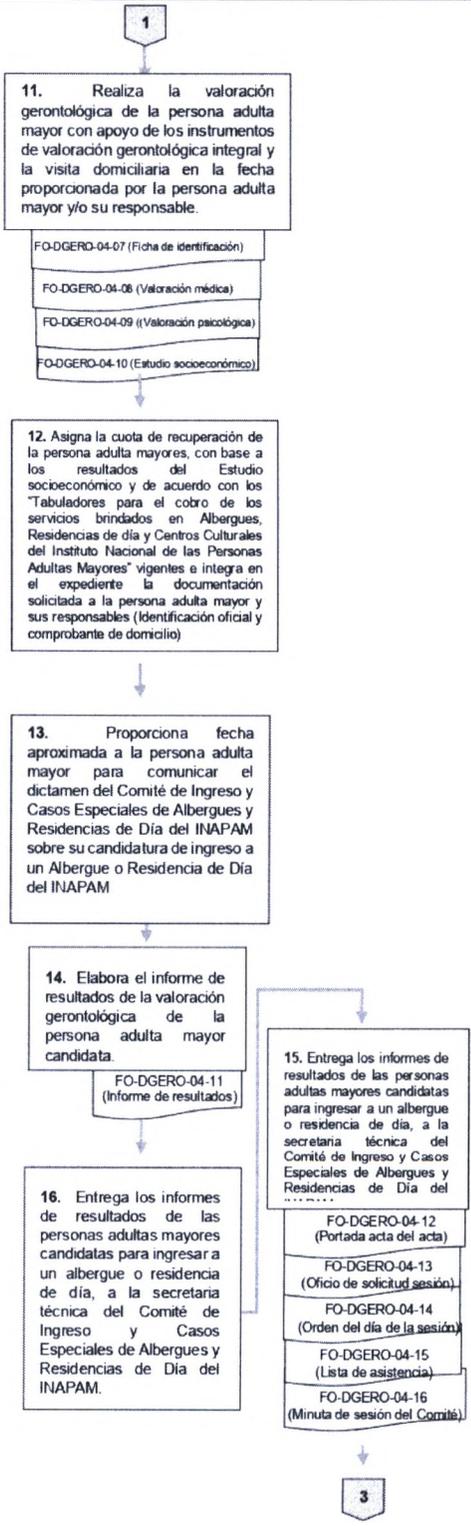
NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
		residencia de día
34	Proporciona junto con el personal de trabajo social de la unidad, a la (s) persona (s) responsable (s) las indicaciones finales, resuelve las dudas que se puedan presentar y comparte el número de contacto de la unidad para mantener comunicación.	Persona Enlace administrativo
35	Apertura en colaboración con el personal médico de la unidad el expediente de la persona adulta mayor, asignándole un número e integra la documentación resultante de la valoración gerontológica de ingreso a su expediente.	Persona Enlace administrativo
36	Elabora sus notas de ingreso de acuerdo con su intervención, registra e integra a su expediente, de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y demás disposiciones aplicables.	Equipo multidisciplinario del albergue o residencia de día
37	Resguarda el expediente en el lugar asignado para tal fin.	Persona Enlace administrativo
38	Registra los datos de la persona adulta mayor y su (s) responsable (s) en el formato Relación mensual de personas adulta mayores usuarias de Albergues o Residencias de día, misma que se reportará al finalizar el mes, junto con los Informes mensuales a la Dirección de Gerontología. FO-DGERO-04-21 (Relación mensual de personas adultas mayores del Albergue o Residencia de día) FIN DEL PROCEDIMIENTO	Persona Enlace administrativo

Tiempo Total: 90 días hábiles

6.6 DIAGRAMA DE FLUJO



Procedimiento de Ingreso a Albergues y Residencias de Día del INAPAM					
Persona adulta mayor	Persona Enlace administrativo	Equipo de valoración	Secretaría técnica del Comité de Ingreso	Comité de Ingreso y Casos Especiales	Responsable (s) de la PAM

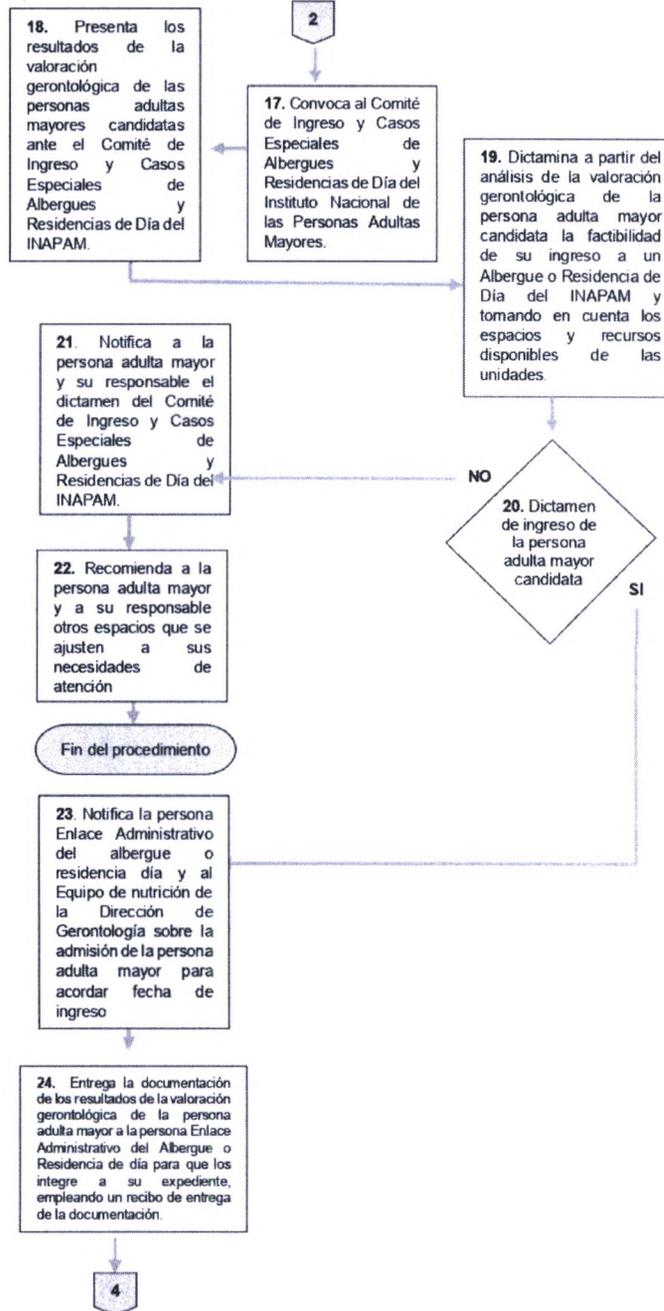


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

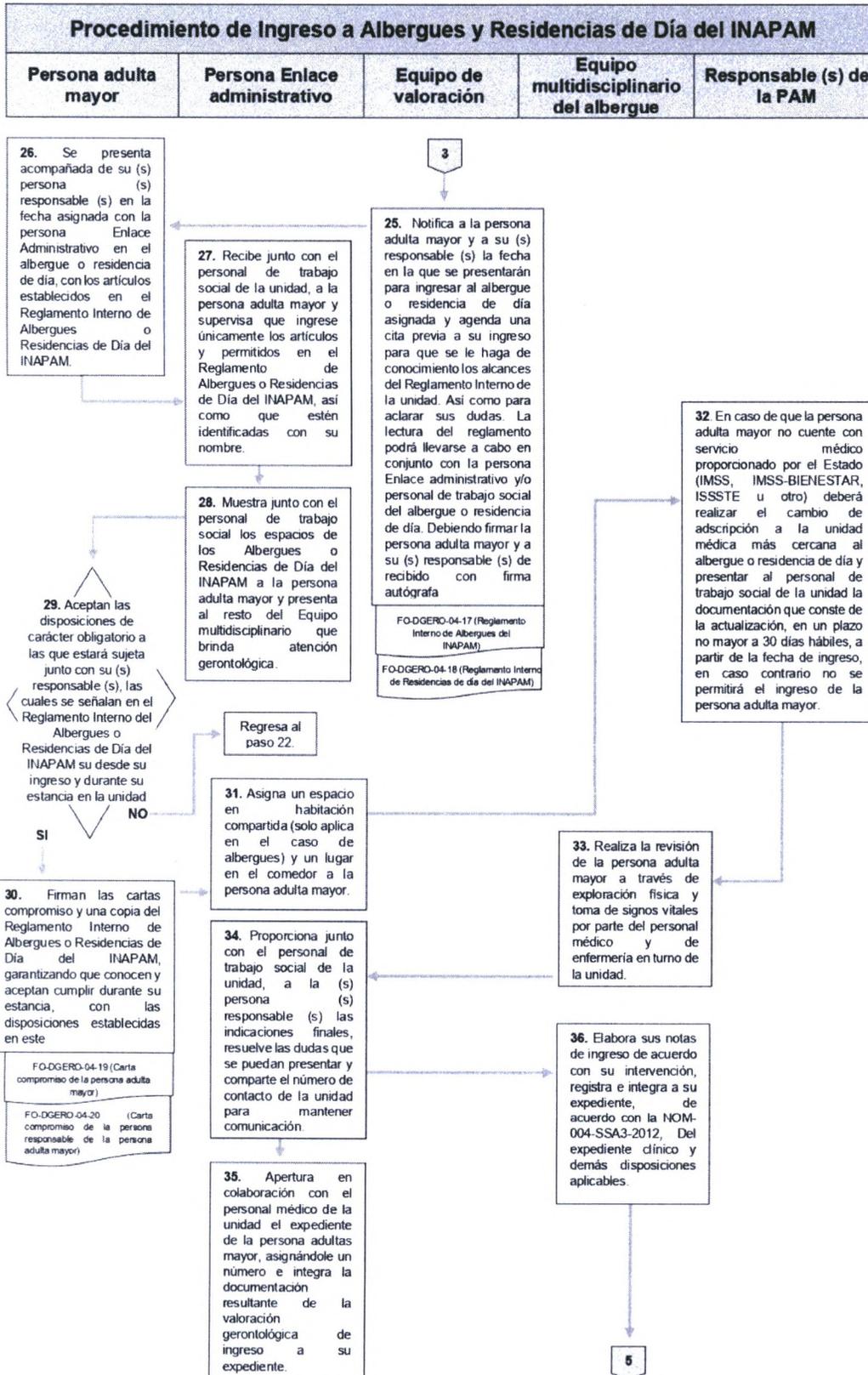
[Handwritten signature]

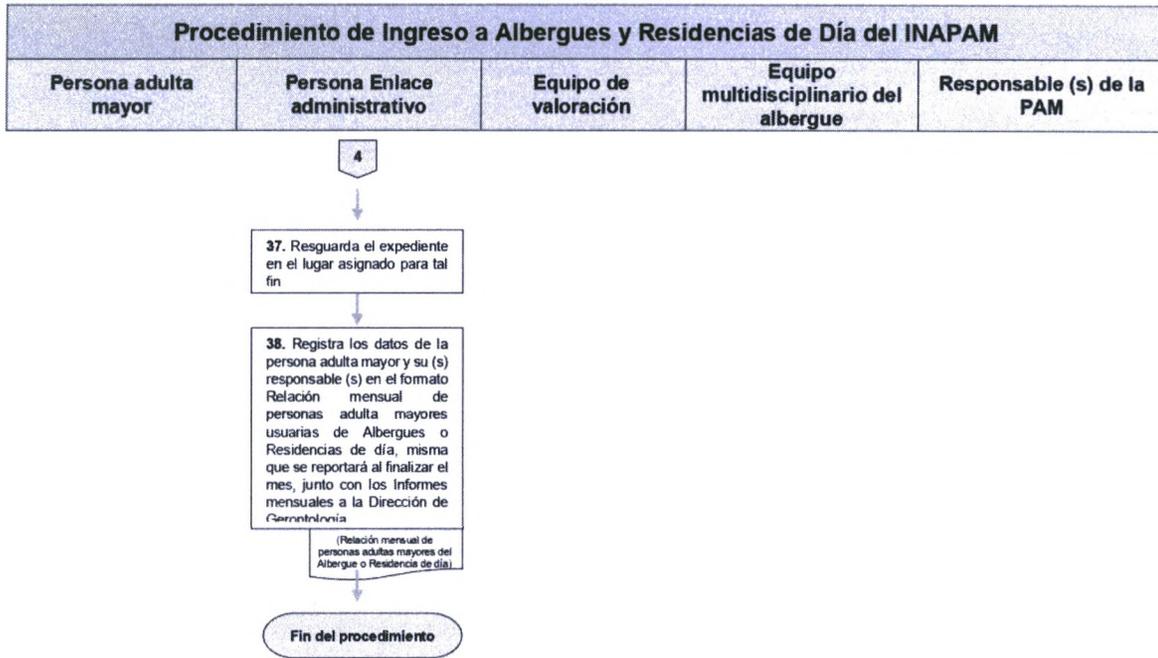
Procedimiento de Ingreso a Albergues y Residencias de Día del INAPAM					
Persona adulta mayor	Persona Enlace administrativo	Equipo de valoración	Secretaría técnica del Comité de Ingreso	Comité de Ingreso y Casos Especiales	Responsable (s) de la PAM



[Handwritten signatures and initials in blue ink]

[Handwritten signature in blue ink]





6.7 REGISTROS.

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN De acuerdo con al Catálogo de Disposición Documental del INAPAM 2024.	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Formato de asesoría	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-01
Criterios de ingreso a Albergues y Residencias de Día del INAPAM	Indefinido	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-02
Entrevista semiestructurada.	Indefinido	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-03
Cita de valoración gerontológica	Indefinido	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-04
Aviso de Privacidad	Indefinido	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-05
Carta de Consentimiento	7 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-06

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

25 de 129

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN De acuerdo con al Catálogo de Disposición Documental del INAPAM 2024.	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Ficha de identificación de la persona adulta mayor	7 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Persona Enlace administrativo del albergue o residencia de día	FO-DGERO-04-07
Valoración médica de la persona adulta mayor	7 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Persona Enlace administrativo del albergue o residencia de día	FO-DGERO-04-08
Valoración psicológica de la persona adulta mayor	7 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio.	Persona Enlace administrativo del albergue o residencia de día	FO-DGERO-04-09
Estudio socioeconómico	7 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio	Persona Enlace administrativo del albergue o residencia de día	FO-DGERO-04-10
Informe de resultados de valoración gerontológica de para ingreso	7 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio	Enlace Administrativo del albergue o residencia de día	FO-DGERO-04-11
Portada Sesión del Comité de Ingreso y Casos Especiales	7 años	Persona Enlace administrativo del albergue o residencia de día	FO-DGERO-04-12
Oficio de solicitud para sesionar al Comité de Ingreso y Casos Especiales	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-13
Orden de día de las sesiones del Comité de Ingreso y Casos Especiales	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-14
Lista de asistencia de las sesiones del Comité de Ingreso y Casos Especiales	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-15
Formato de minuta de las sesiones del Comité de Ingreso y Casos Especiales	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-16
Reglamento Interno de los Albergues del INAPAM	Indefinido	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-17

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN De acuerdo con al Catálogo de Disposición Documental del INAPAM 2024.	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Reglamento Interno de los Residencias de Día del INAPAM	Indefinido	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-18
Carta de compromiso de la persona adulta mayor	7 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio	Persona Enlace administrativo del albergue o residencia de día	FO-DGERO-04-019
Carta de compromiso de las personas responsables de la persona adulta mayor	7 años después de que la persona adulta mayor deja el servicio	Persona Enlace administrativo del albergue o residencia de día	FO-DGERO-04-020
Relación de personas adultas mayores usuarias de Albergues o Residencias de Día del INAPAM	7 años	Persona Enlace administrativo del albergue o residencia de día	FO-DGERO-04-021

7. PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN Y REPORTE DE INFORMES MENSUALES DE ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA DEL INAPAM

7.1 PROPÓSITO

Establecer el procedimiento de elaboración y reporte de los servicios de la atención gerontológica brindada mensualmente por el Equipo multidisciplinario a las personas adultas mayores en los Albergues y Residencias de Día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

7.2 POLÍTICAS

1. La Dirección de Gerontológica supervisará de manera aleatoria los expedientes clínicos y demás documentación, donde se registre y compruebe la atención gerontológica brindada a las personas adultas mayores, para ello llevará a cabo visitas periódicamente, mismas que deberán quedar registradas en el Formato de visita de supervisión (Anexo A).
2. La Dirección de Gerontología establecerá a inicio de cada año, las fechas de entrega de los informes mensuales, a través de un Calendario, para que tanto el Equipo multidisciplinario como la persona Enlace administrativo entregue sus informes en tiempo y forma, el cual puede estar sujeto a modificarse, de acuerdo con la solicitud de información de las áreas competentes.

3. El personal designado por la Dirección de Gerontología recibirá, revisará, analizará y cotejará los informes mensuales que contienen el reporte de los servicios de la atención gerontológica brindada a las personas adultas mayores en los Albergues y Residencias de Día del INAPAM, así como las anomalías que estos puedan presentar.
4. El personal designado por la Dirección de Gerontología concentrará la información de los servicios que la persona Enlace administrativo reportará en los Informes mensuales de los Albergues y Residencias de día del INAPAM
5. La persona Enlace administrativo del Albergue o Residencia de día de revisará, concentrará y reportará mensualmente los servicios brindados por el Equipo multidisciplinario a las personas adultas mayores albergada o residentes y entregará en las fechas señaladas por la Dirección de Gerontología.
6. La persona Enlace administrativo del Albergue o Residencia de día, informará a la Dirección de Gerontología sobre cualquier anomalía relacionada a la atención gerontológica brindada a las personas adultas mayores albergadas o residente por el Equipo multidisciplinario.
7. El Equipo multidisciplinario brindará los servicios a las personas adultas mayores que comprenden la atención gerontológica en un albergue o residencia de día, registrará y reportará mensualmente a la persona Enlace administrativo de la unidad gerontológica en tiempo y forma.
8. El Equipo multidisciplinario registrará y requisitará el formato correspondiente a su Informe mensual con letra legible, sin abreviaturas, enmendaduras, ni tachaduras y lo entregará firmado a la persona Enlace administrativo de cada turno en buen estado en tiempo y forma, con la sumatoria tota.
9. El incumplimiento de los procedimientos regulados en este Manual 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.

7.3 ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a las personas servidoras públicas de la Dirección de Gerontología, las personas Enlaces administrativos y al Equipo multidisciplinario de los Albergues y Residencias de Día del INAPAM.

El cumplimiento del procedimiento es responsabilidad de las personas servidoras públicas trabajadoras del INAPAM involucradas en el mismo, así como de las personas adultas mayores y sus responsables, en cuanto a la vigilancia le compete a la Dirección de Gerontología.

7.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Brinda los servicios de la atención gerontológica a la persona adulta mayor en un Albergues o Residencias de Día del INAPAM	Equipo multidisciplinario
2	Registra mensualmente los servicios brindados a las personas adultas mayores en el informe que le corresponde según su área de trabajo. FO-DGERO-04-22 (Informe mensual de alimentación) FO-DGERO-04-23 (Informe mensual de atención médica) FO-DGERO-04-24 (Informe mensual de enfermería) FO-DGERO-04-25 (Informe mensual de atención psicológica) FO-DGERO-04-26 (Informe mensual de terapia ocupacional) FO-DGERO-04-27 (Informe mensual de trabajo social) FO-DGERO-04-28 (Informe mensual de seguimiento de cuotas de recuperación)	Equipo multidisciplinario
3	Solicita al equipo multidisciplinario los informes en la fecha de corte asignada en el Calendario de recepción de informes mensuales compartido a principio del año por la Dirección de Gerontología. FO-DGERO-04-29 (Calendario de recepción de Informes mensuales)	Persona Enlace administrativo
4	Entrega a la persona Enlace administrativo en tiempo y formar, con letra legible y firmado el informe llenado con las actividades correspondientes de su área.	Equipo multidisciplinario
5	Recibe los informes del equipo multidisciplinario	Persona Enlace administrativo
6	Los informes presentan errores de llenado o inconsistencias en la información reportada Si. Continúa con la actividad 7 No. Continúa con la actividad 8	Persona Enlace administrativo
7	Revisa, corrige y/o sustenta la información que presenta errores o inconsistencias en el informe con el Enlace Administrativo Actividad 5.	Equipo multidisciplinario
8	Integra y concentra la información de los informes de cada una de las áreas en el Informe mensual del Albergue o Residencia de día.	Persona Enlace administrativo

Handwritten blue scribbles and lines on the left margin of the table.

Handwritten blue scribble on the right margin of the table.

Código: MP-DGERO-04

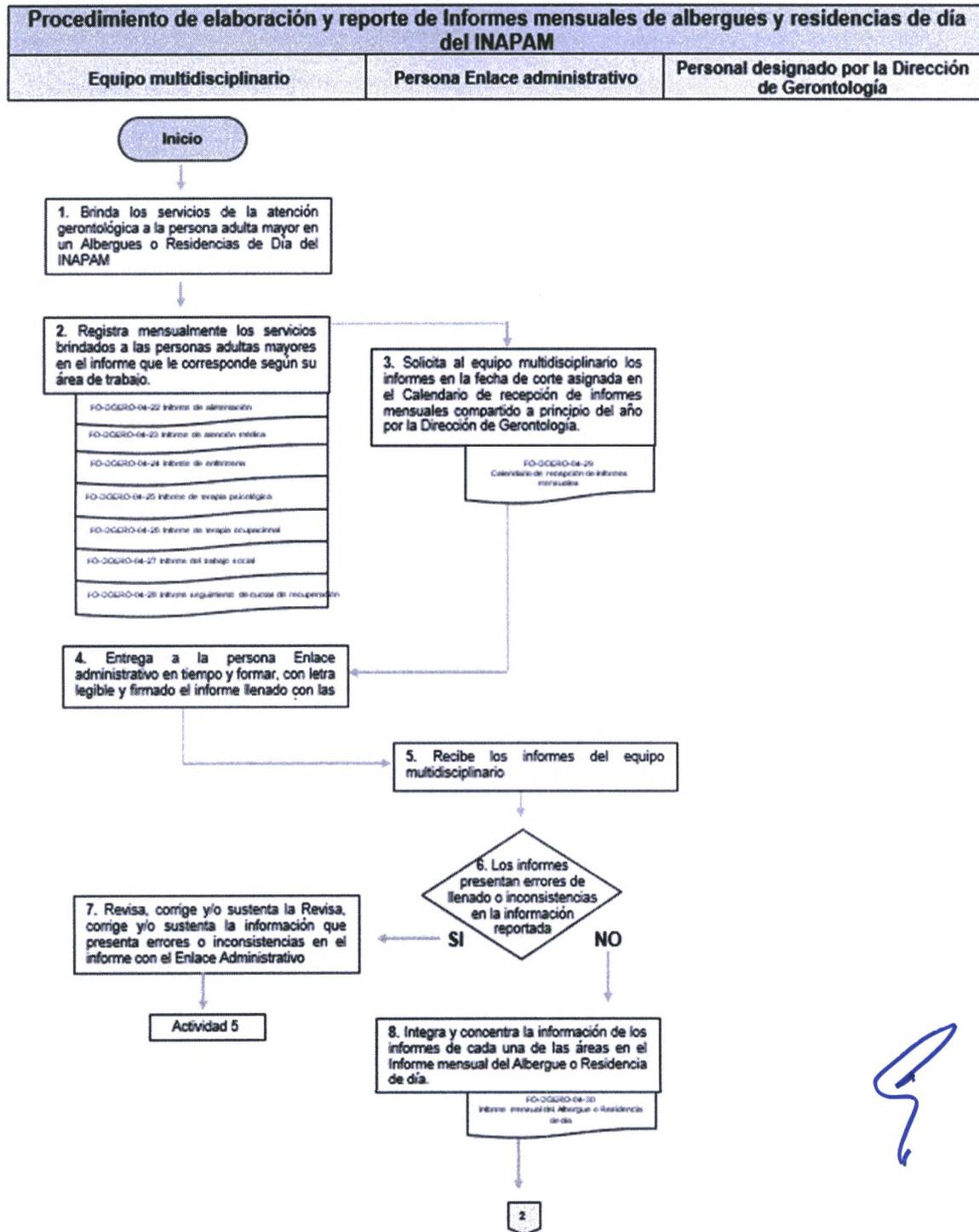
Revisión: 04

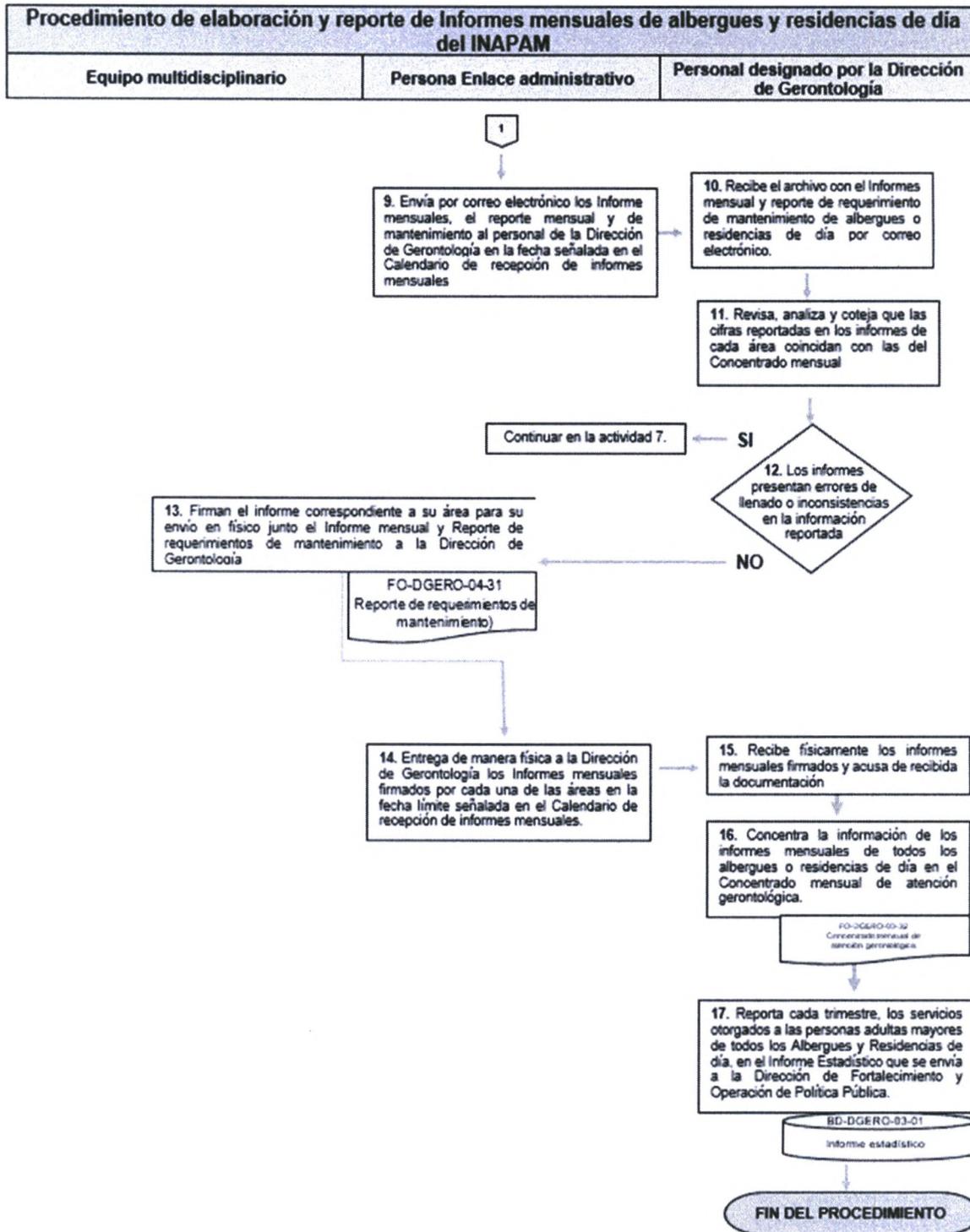
29 de 129

NO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
	FO-DGERO-04-30 (Informe mensual del Albergue o Residencia de día)	
9	Envía por correo electrónico los Informe mensuales, el reporte mensual y de mantenimiento al personal de la Dirección de Gerontología en la fecha señalada en el Calendario de recepción de informes mensuales.	Persona Enlace administrativo
10	Recibe el archivo con el Informes mensual y reporte de requerimiento de mantenimiento de albergues o residencias de día por correo electrónico.	Personal designado de la Dirección de Gerontología
11	Revisa, analiza y coteja que las cifras reportadas en los informes de cada área coincidan con las del Concentrado mensual	Personal designado de la Dirección de Gerontología
12	Los informes presentan errores o inconsistencias en la información reportada Si. Continúa con la actividad 7 No. Continúa con la actividad 19	Personal designado de la Dirección de Gerontología
13	Firman el informe correspondiente a su área para su envío en físico junto el Informe mensual y Reporte de requerimientos de mantenimiento a la Dirección de Gerontología FO-DGERO-04-31 (Reporte de requerimientos de mantenimiento)	Equipo multidisciplinario y Persona Enlace administrativo
14	Entrega de manera física a la Dirección de Gerontología los Informes mensuales firmados por cada una de las áreas en la fecha límite señalada en el Calendario de recepción de informes mensuales.	Persona Enlace administrativo
15	Recibe físicamente los informes mensuales firmados y acusa de recibida la documentación	Personal designado de la Dirección de Gerontología
16	Concentra la información de los informes mensuales de todos los albergues o residencias de día en el Concentrado mensual de atención gerontológica. FO-DGERO-03-32 (Concentrado mensual de atención gerontológica)	Personal designado de la Dirección de Gerontología
17	Reporta cada trimestre, los servicios otorgados a las personas adultas mayores de todos los Albergues y Residencias de día, en el Informe Estadístico que se envía a la Dirección de Fortalecimiento y Operación de Política Pública. BD-DGERO-03-01 (Informe estadístico) FIN DEL PROCEDIMIENTO	Personal designado de la Dirección de Gerontología

Tiempo Total: 25 días

7.5 DIAGRAMA DE FLUJO





Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

32 de 129

7.6 REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN De acuerdo con al Catálogo de Disposición Documental del INAPAM 2024.	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Informe mensual alimentación (F1)	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-22
Informe mensual atención médica (F2)	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-23
Informe mensual enfermería (F3)	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-24
Informe mensual terapia psicológica (F4)	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-25
Informe mensual trabajo social (F5)	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-26
Informe mensual terapia ocupacional (F6)	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-27
Informe mensual de seguimiento de cuotas de recuperación (F7)	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-28
Calendario de recepción de Informes mensuales	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-29
Reporte mensual (F8)	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-30
Reporte de requerimientos de mantenimiento (F9)	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-31
Concentrado mensual de Albergues y Residencias de día	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-32
Informe estadístico	7 años	Dirección de Gerontología	BD-DGERO-04-01

8. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE COMPROBANTES DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LOS ALBERGUES Y RESIDENCIAS DÍA DEL INAPAM

8.1 POLÍTICAS

1. La Dirección de Gerontología recibirá y revisará la documentación resultante del pago de cuotas de recuperación recibidas en los Albergues y Residencias de Día del INAPAM.
2. La Subdirección de Recursos Humanos y Financieros del INAPAM verificará que no existan diferencias entre el concentrado de ingresos por cuotas de recuperación y el monto depositado en la cuenta bancaria establecida para ingresos propios del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
3. La Subdirección de Recursos Humanos y Financieros verificará la concentración y resguardo de los documentos correspondientes del cobro de las cuotas de recuperación.
4. La persona Enlace administrativo recibirá y reportará los comprobantes de las cuotas de las cuotas de recuperación en las personas adultas mayores de un Albergues y Residencias de Día del INAPAM.
5. La persona Enlace administrativo informará a las personas adultas mayores y/o su (s) responsables, sobre los montos establecidos en los tabuladores de cuotas de recuperación de albergues o residencias de día que envió la Dirección de Gerontología, proporcionará el número de la cuenta bancaria establecida para ingresos propios del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores y verificará todos los datos de los recibos de cuotas de aportación.
6. La persona adulta mayor y/o su responsable tienen la responsabilidad de cubrir de manera mensual la cuota de recuperación y entregará el comprobante de pago en los primeros cinco días hábiles del mes.

8.2 PROPÓSITO

Establecer el procedimiento de recepción, registro, control y conservación de los comprobantes de las cuotas de recuperación por concepto de la atención gerontológica brindada a las personas adultas mayores en los Albergues y Residencias de Día del INAPAM, determinando y especificando las acciones y responsabilidades de las personas que interviene en el procedimiento con el fin de que, se lleven a cabo dentro de la normatividad vigente en la materia.

8.3 ALCANCE

Este Procedimiento es aplicable y obligatorio para las personas adultas mayores y/o sus responsables, a las y los Enlaces administrativos de los Albergues y Residencias de Día del INAPAM, donde se reciben las cuotas de recuperación, así de las personas servidoras públicas de la Dirección de Gerontología y del Departamento de Presupuesto y Contabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos y Financiero del INAPAM.

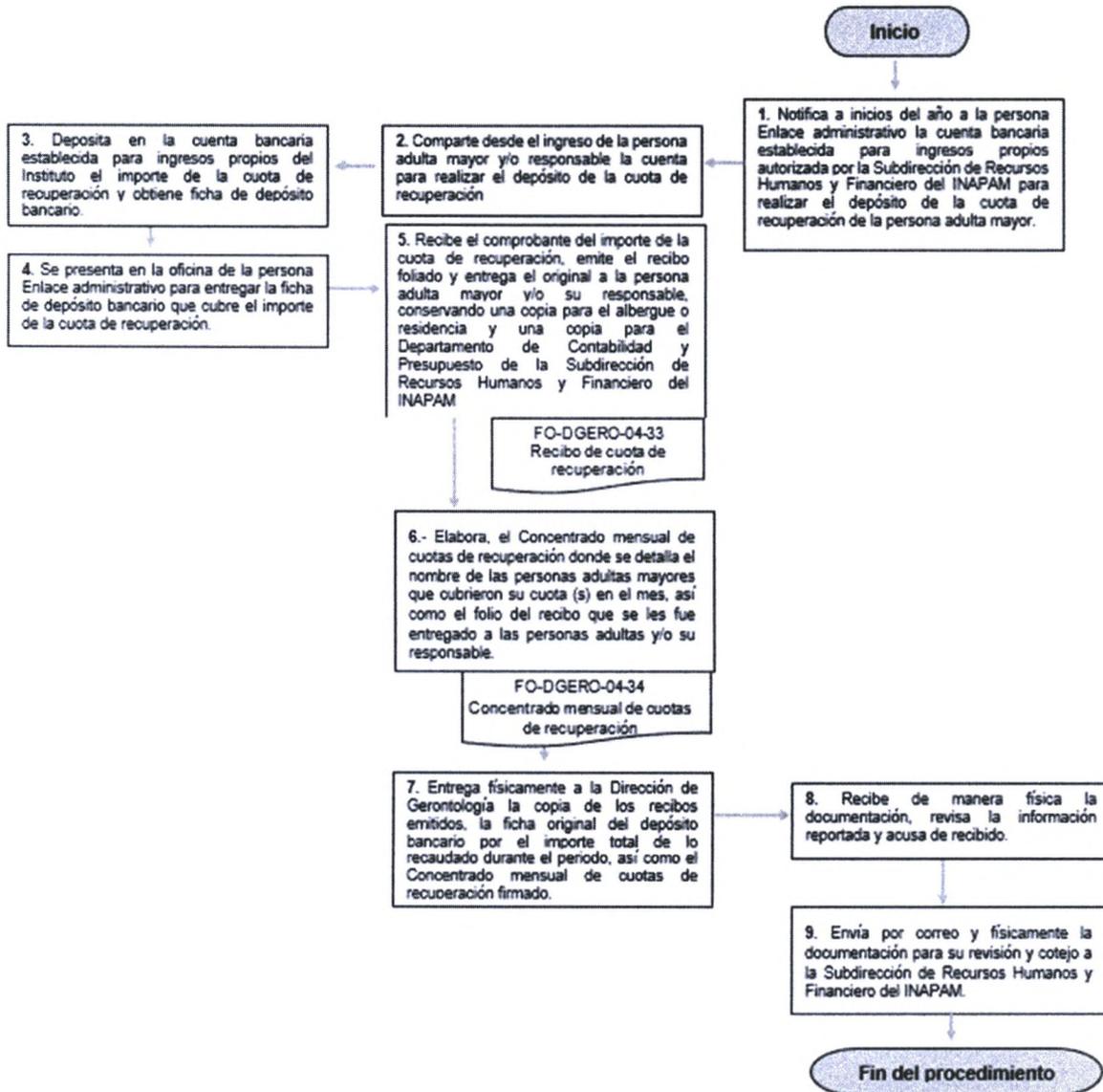
8.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Notifica a inicios del año a la persona Enlace administrativo la cuenta bancaria establecida para ingresos propios autorizada por la Subdirección de Recursos Humanos y Financiero del INAPAM para realizar el depósito de la cuota de recuperación de la persona adulta mayor.	Personal designado por la Dirección de Gerontología
2	Comparte desde el ingreso de la persona adulta mayor y/o responsable la cuenta para realizar el depósito de la cuota de recuperación	Persona Enlace administrativo
3	Deposita en la cuenta bancaria establecida para ingresos propios del Instituto el importe de la cuota de recuperación y obtiene ficha de depósito bancario.	Persona adulta mayor/Responsable
4	Se presenta en la oficina de la persona Enlace administrativo para entregar la ficha de depósito bancario que cubre el importe de la cuota de recuperación.	Persona adulta mayor/Responsable
5	Recibe el comprobante del importe de la cuota de recuperación, emite el recibo foliado y entrega el original a la persona adulta mayor y/o su responsable, conservando una copia para el albergue o residencia y una copia para el Departamento de Contabilidad y Presupuesto de la Subdirección de Recursos Humanos y Financiero del INAPAM FO-DGERO-04-33 (Recibo de cuota de recuperación)	Persona Enlace administrativo
6	Elabora, el Concentrado mensual de cuotas de recuperación donde se detalla el nombre de las personas adultas mayores que cubrieron su cuota (s) en el mes, así como el folio del recibo que se les fue entregado a las personas adultas y/o su responsable. FO-DGERO-04-34 (Concentrado mensual de cuotas de recuperación)	Persona Enlace administrativo
7	Entrega físicamente a la Dirección de Gerontología la copia de los recibos emitidos, la ficha original del depósito bancario por el importe total de lo recaudado durante el periodo, así como el Concentrado mensual de cuotas de recuperación firmado.	Persona Enlace administrativo
8	Recibe de manera física la documentación, revisa la información reportada y acusa de recibido.	Personal designado por la Dirección de Gerontología
9	Envía por correo y físicamente la documentación para su revisión y cotejo a la Subdirección de Recursos Humanos y Financiero del INAPAM. Fin del procedimiento	Personal designado por la Dirección de Gerontología

Tiempo Total: 30 días hábiles

8.5 DIAGRAMA DE FLUJO

Procedimiento de elaboración y reporte de Informes mensuales de albergues y residencias de día del INAPAM		
Persona adulta mayor/Responsable	Persona Enlace administrativo	Personal designado por la Dirección de Gerontología



8.6 REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN De acuerdo con al Catálogo de Disposición Documental del INAPAM 2024.	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Recibo de cuota de recuperación	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-34
Concentrado mensual de cuotas de recuperación	7 años	Dirección de Gerontología	FO-DGERO-04-35
Ficha de depósito bancario	7 años	Dirección de Gerontología	No aplica

9. QUEJAS Y/O SUGERENCIAS

Las personas adultas mayores y/o sus responsables o familiares podrán presentar cualquier duda, queja y/o sugerencia sobre la atención gerontológica a la Dirección de Gerontología, ubicada en Mitla 73, Col. Narvarte, Alc. Benito Juárez, C.P. 03020, Ciudad de México, vía telefónica al **55 5687 9182** o al correo electrónico: **buzon.gerontologia@inapam.gob.mx**

En caso de queja y/o denuncia contra alguna persona servidora pública, será canalizada al Órgano Interno de Control Especializado en Quejas, Denuncias e Investigaciones del Ramo y a las demás autoridades competentes para su investigación y atención procedente.

Presentar de manera anónima cualquier alertar de actos graves de corrupción, en los que se encuentren involucradas las personas servidoras públicas de los Albergues o Residencias de día, a través de la plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción de la secretaria de la Función Pública, en el sitio electrónico: **https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/**

10. GLOSARIO

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** Actividades que permiten a las personas la supervivencia y bienestar básico, que están orientadas al autocuidado y que incluyen la alimentación, higiene personal, uso del sanitario, bañarse, vestirse, moverse dentro de la casa, continencia urinaria y fecal.
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):** Tareas que permiten a las personas vivir de manera independiente en un entorno social, implican una mayor complejidad que las ABVD e incluyen actividades como utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de alimentos, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, administración de medicamentos y de finanzas.
- **Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD):** Tareas complejas que requieren de múltiples capacidades de las personas para llevarse a cabo y que se ven afectadas por cambios en el estado de salud, tales como el trabajo o la participación social.
- **Albergue:** Centro del INAPAM en donde se brinda atención gerontológica en la modalidad de estancia permanente a personas adultas mayores las 24 horas del día, los 365 días del año. Las cuales son:
 - **Alabama.** Alabama núm. 17, Col. Nápoles, C. P. 3810, Alc. Benito Juárez. Ciudad de México.
 - **Gemelos,** Gemelos núm. 10 y 14, Col. Prado Churubusco, C. P. 04230, Alc. Coyoacán, Ciudad de México.
 - **Moras,** Moras núm. 818, Col. Acacias del Valle, C. P. 03230, Alc. Benito Juárez, Ciudad de México.
 - **Nebraska,** Nebraska núm. 180, Col. Nápoles, C. P. 03810, Alc. Benito Juárez, Ciudad de México.
 - **Nicéforo Guerrero, Guanajuato,** Callejón de los Hospitales núm. 8, Col. Centro, C. P. 03600, Guanajuato, Guanajuato.
 - **Tuxtepec, Oaxaca,** Celsa Aguirre Vda. de Bravo, Calle 10 esq. Calle 17, Col. Infonavit, C.P. 68370, Tuxtepec, Oaxaca.
- **Atención gerontológica:** el conjunto de bienes y servicios que se brindan con un enfoque biopsicosocial, de derechos humanos, de género, intercultural y especializado a personas adultas mayores.
- **Aviso de privacidad:** Documento a disposición de la persona adulta mayor, a partir del momento en el cual se recaben sus datos personales desde su solicitud de ingreso a un Albergue o Residencia de día, con el objeto de informarle los propósitos del tratamiento de estos.
- **Confidencialidad:** Es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información.
- **Capacidad funcional:** Se compone de la capacidad intrínseca de las personas, las características medioambientales y su interacción.

- **Capacidad ocupada:** Número de personas adultas mayores que reciben el servicio de estancia permanente en la unidad.
- **Capacidad instalada:** Capacidad máxima de servicio que se puede brindar a personas adultas mayores considerando recursos humanos, financieros e infraestructura de la unidad;
- **Centro gerontológico:** Espacios del INAPAM donde se brindan atención gerontológica a personas adultas mayores en diversas modalidades con el propósito de favorecer su bienestar y el ejercicio de sus derechos humanos, entre las que encuentran: Albergues, Residencias de Día, Centros Culturales y Centro de Atención Integral.
- **Consentimiento informado:** Proceso en el que se informa sobre el alcance, características, riesgos y limitaciones de los servicios y en el cual la persona adulta mayor residente manifiesta haber sido informadas de los mismos y acepta recibir, libre de coerción y por voluntad propia, los servicios. Es considerado un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento;
- **Comité de Ingreso:** Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día, cuya función es dictaminar a partir del análisis de las valoraciones gerontológicas de las personas adultas mayores candidatas sobre la factibilidad de su ingreso a los Albergues o Residencias de Día del INAPAM, así como para examinar y atender situaciones especiales de las personas adultas mayores albergadas o residentes. Se compone de acuerdo con la siguiente estructura de forma enunciativa más no limitativa:
 - a) Directora(or) General del INAPAM – Presidenta(e)
 - b) Directora(or) de la Dirección de Gerontología – Secretaria(o)
 - c) Subdirectora(or) de Modelos Gerontológicos y Capacitación – Secretaria(o) suplente
 - d) Médica(o) Psiquiatra,
 - e) Psicóloga(o)
 - f) Trabajadora(or) Social
 - g) Médica(o) Geriatra
 - h) Psicogerontóloga (o)
 - i) Enfermera (o)
 - j) Así mismo, el Comité de Ingreso y Casos Especiales podrá invitar a cualquier otra persona servidora pública a las sesiones en las que su participación resulte de pertinencia, quien tendrán voz, pero no voto;
- **Criterios de Ingreso:** Características establecidas por la Dirección de Gerontología que debe tener y cumplir, la persona adulta mayor interesada en ingresar a un Albergues y Residencias de Día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- **Cuota de Recuperación:** Monto a cubrir de manera mensual por la persona adulta mayor o su responsable por concepto de la atención gerontológica brindada en el Albergue o Residencia de Día del INAPAM y de acuerdo con los “Tabuladores para el

cobro de los servicios brindados en Albergues, Residencias de día y Centros Culturales del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores” vigentes.

- **Dirección de Gerontología:** Área responsable de las Unidades Gerontológicas del INAPAM.
- **Enlace Administrativo:** Persona trabajadora del INAPAM que, por designación de la Dirección General del Instituto se encarga de administrar y organizar internamente la operación del albergue o residencia de día.
- **Equipo de valoración:** Equipo multidisciplinario de profesionistas trabajadoras(es) del INAPAM cuya función es realizar valoraciones gerontológicas y visitas domiciliarias a las personas adultas mayores candidatas para ingresar a algún Albergue o Residencia de Día del INAPAM, elaborar el Informe de la valoración gerontológica y presentarlo ante el Comité de Ingreso y Casos Especiales a Albergues y Residencias de Día del INAPAM.
- **Equipo multidisciplinario:** Personas que, independientemente de su esquema de contratación o colaboración hayan sido designadas por el INAPAM para participar en la atención gerontológica dentro de un albergue o residencia de día; entre los que se encuentran personal administrativo, de salud, cocina, limpieza y vigilancia.
- **Estudio socioeconómico:** El estudio socioeconómico consiste en una entrevista a profundidad en la que se aplica un instrumento diseñado para comprender aspectos relevantes que se desean conocer sobre la persona adulta mayor, como la dinámica familiar, redes de apoyo con las que cuenta, el ingreso y egreso de la persona adulta mayor o de su responsable y sus condiciones de vida. Así como para signar un monto para el pago de cuotas de recuperación mensual desde su ingreso;
- **Entrevista semiestructurada:** Serie de preguntas orientadoras para hacerle a una persona que se va a entrevistar, a diferencia de la entrevista estructurada, que respeta una a una las preguntas estipuladas. En este caso el temario solo es orientativo y permite identificar las necesidades de atención de la persona adulta mayor que solicita información sobre el ingreso a un albergue o residencia de día. No es un formato en el que se registra o requisita información.
- **Envejecimiento:** Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.
- **Expediente :** Conjunto único de información y datos personales de una persona adulta mayor, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en el cual el personal que brinda atención gerontológica a la persona adulta mayor en los Albergues o Residencia del Día del INAPAM desde su ingreso y durante su estancia,

deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención (atención médica, psicológica, social, etc).

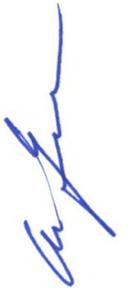
- **INAPAM:** Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- **Informe mensual:** Se refiere a los formatos donde se reportan mensualmente los servicios que comprende la atención gerontológica brindada por el Equipo multidisciplinario a las personas adultas mayores en los Albergues y Residencias de Día del INAPAM (servicio de cuidados, médicos, alimentación, atención psicológica, intervención de trabajo social, actividades de terapia ocupacional, etc.)
- **Informe de resultados de valoración:** Documento escrito que tiene la finalidad presentar de manera integral los resultados la valoración gerontológica de una persona adulta mayor candidata, en éste se resumen los resultados de la valoración médica, psicológica y social.
- **Persona adulta mayor:** aquellas que cuentan con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.
- **Persona adulta mayor interesada:** Persona adulta mayor que solicita información sobre el ingreso a los Albergues y Residencias de Día del INAPAM.
- **Persona adulta mayor candidata:** Persona adulta mayor que cumple con los criterios de ingreso.
- **Persona responsable de la persona adulta mayor:** Persona (s) que se asume como responsable ante el INAPAM de una persona adulta mayor, candidata o albergada; y que tiene la obligación de estar al tanto para satisfacer sus necesidades materiales, físicas y sociales para su atención y desarrollo integral desde su ingreso y durante su estancia en el albergue o residencia de día.
- **Responsable (s) de la persona adulta mayor:** Es la que se asume como responsable ante el INAPAM de una persona adulta mayor albergada o residente.
- **Residencia de Día:** Centro gerontológica del INAPAM en donde se brinda atención gerontológica en la modalidad de estancia temporal a personas adultas mayores, de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas. Las cuales son:
 - **Antonio de Haro Saldívar**, Zacatecas, Churubusco esq. Durazno, Col. Huertas San José, C.P. 99379, Jerez, Zacatecas
 - **Cerro San Andrés**, Cerro San Andrés núm. 440, Col. Campestre Churubusco, Alc. Coyoacán, C.P. 04200, Ciudad de México.
 - **Corpus Christi**, Sacramento núm. 25, Col. Corpus Christi, Alc. Álvaro Obregón, C.P. 01530, Ciudad de México.
 - **Dr. Atl, Dr. Atl** núm. 29, Col. Villa Coapa, Alc. Tlalpan, C.P. 14310, Ciudad de México.
 - **Guadalupe Proletaria**, Calle 7 y Corona del Rosal, Col. Guadalupe Proletaria, Alc. Gustavo A. Madero, Ciudad de México.

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

41 de 129

- **Héroes del 47**, Héroes del 47 núm. 79, Col. San Mateo, Alc. Coyoacán, C.P. 4120, Ciudad de México.
- **Valoración gerontológica:** Es un proceso diagnóstico multidimensional diseñado para identificar y evaluar el estado biopsicosocial de la persona adulta mayor. En este caso que es candidata para ingresar a un Albergue o Residencia de Día del INAPAM, el cual consta de valoración médica, psicológica y social.
- **Violencia:** Cualquier acción u omisión que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público a las personas adultas mayores, al personal y demás ocupantes de los Albergues o Residencias de Día del INAPAM.
- **Visita domiciliaria:** Es aquella visita que realiza el personal de trabajo social del Equipo de valoración en el domicilio de la persona adulta mayor y/o su responsable para recabar, verificar y complementar la información de la valoración gerontológica de la persona adulta mayor candidata para ingresar a un Albergue o Residencia de Día del INAPAM.



11. ANEXOS DE LOS PROCEDIMIENTOS

11.1 FORMATO DE ASESORÍA (FO-DGERO-04-01)

	BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Gerontología		INAPAM INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Asesoría en Albergues y Residencias de Día				
<p>Marcar con una "X" la opción seleccionada de ser el caso y anote la información solicitada con letra legible, sin abreviaturas.</p>				
Nombre del Centro Gerontológico: _____ Fecha: _____				
Solicitante: <input type="radio"/> Institución Pública <input type="radio"/> Institución Privada <input type="radio"/> Ciudadana(o)				
Nombre: _____ Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer				
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____				
Tipo de asesoría: <input type="radio"/> Presencial <input type="radio"/> Telefónica <input type="radio"/> Correo Electrónico				
Tema: _____				
Descripción de asesoría				
Comentarios/observaciones				
_____ Nombre, puesto y firma del personal que atendió				

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

11.2 CRITERIOS DE INGRESO (FO-DGERO-04-02)



CRITERIOS Y REQUISITOS DE INGRESO A ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA DEL INAPAM

Serán candidatas de la atención gerontológica brindada en los Albergues o Residencias de Día del INAPAM, las personas adultas mayores que cumplan con los siguientes criterios:

- Tener 60 años o más;
- Expresar su deseo y voluntad propia para ingresar (No sus familiares, amigos o conocidos);
- Presentar dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.
- Contar con insuficientes recursos económicos y redes de apoyo.
- Contar con dos personas responsables.

Si la persona adulta mayor cumple con los criterios de ingreso, debe aceptar la valoración gerontológica y entregar los resultados de los estudios de laboratorio y la documentación que se solicitan a continuación:

- Química sanguínea de 6 elementos.
- Biometría hemática completa.
- Examen general de orina.
- Tele de tórax.
- Electrocardiograma.
- Historial médico
- Recetas médicas actualizadas.
- Comprobantes de vacunación contra COVID-19.
- Comprobante de domicilio de la persona adulta mayor y de su responsable
- Fotografía tamaño infantil o fotografía digital de la persona adulta mayor.
- Copia credencial INE de la persona adulta mayor y de su responsable.
- Copia credencial INAPAM.
- Acta de nacimiento.
- CURP.
- Comprobantes de ingreso de la persona adulta mayor para la asignación de cuota de recuperación, en caso de que cuente con él.
- Aviso de privacidad firmado
- Carta de consentimiento firmada

Notas.

- La persona adulta mayor debe entregar la documentación requerida en la fecha establecida en su cita para complementar su valoración.
- La aplicación de la valoración gerontológica no garantiza el ingreso a un albergue o residencia de día, el dictamen de aceptación de ingreso depende del análisis de los resultados de su valoración gerontológica por parte del Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de día del INAPAM;



11.3 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (FO-DGERO-04-03)**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

1. Nombre de la persona adulta mayor:	Identificar si es la persona adulta mayor la que solicita la información o es una familiar, amigos, vecino, etc. Se solicita el nombre de la persona adulta mayor.
2. Edad:	Edad de la persona adulta mayor.
3. Patologías diagnosticadas:	Identificar las patologías que presenta la persona adulta mayor.
4. Funcionalidad para las actividades diarias:	Identificar 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:	Identificar 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:	Identificar si la persona adulta mayor desea por voluntad propia ingresar a un albergue o residencia de día.
7. Con quien vive:	Identificar las principales redes que apoyo con las que cuenta en su domicilio.
8. Cumple o no con los requisitos de ingreso:	Identificar si cumple o no con los criterios de ingreso a albergues o residencias de día de INAPAM.
9. Conclusión:	Identificar si la persona adulta mayor interesada cumple, o no, con los criterios de ingreso, en caso de que no cumpla, se puede orientar sobre todas opciones que pueden ajustarse a las necesidades de atención de la persona adulta mayor.

Nota: El temario del presente formato es orientativo, más no limitativo. Se emplea para identificar las necesidades de atención de la persona adulta mayor que solicita información sobre el ingreso a un albergue o residencia de día, así como si cumple o no con los criterios de ingreso. No es un formato en el que se registra o requisita información.

11.4 CITA PARA VALORACIÓN (FO-DGERO-04-04)

 BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR		 INAPAM INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	
CITA PARA VALORACIÓN GERONTOLÓGICA			
Ciudad de México a ____ de ____ del 202_.			
Nombre de la persona adulta mayor: _____			
Se le informa que junto con su responsable deberá presentarse el <u> día de mes </u> del 202_ a las 00:00 horas en: <u> lugar </u> para realizar la valoración gerontológica integral y entregar los estudios de laboratorio, gabinete y demás documentación para complementar su valoración médica y estudio socioeconómico.			
*En caso de cambio de cita o cancelación, favor de avisar con 2 días de anticipación al teléfono: 55 9155 4154 en un horario de 9:00 am a 2:30 pm.			
** La aplicación de la valoración gerontológica no garantiza el ingreso a un albergue o residencia de día, el dictamen de aceptación de ingreso depende del análisis de los resultados de su valoración gerontológica por parte del Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de día del INAPAM;			
El día de la cita deberá presentar la siguiente documentación:			
Requisito para valoración médica:		Requisitos para estudio socioeconómico:	
1.- Química sanguínea de 6 elementos. 2.- Biometría hemática completa. 3.- Examen general de orina. 4.- Tele de tórax. 5.- Electrocardiograma. 6.- Historial médico 7.- Recetas médicas actualizadas. 6.- Comprobantes de vacunación contra COVID-19		1.- Comprobante de domicilio de la persona adulta mayor y de su responsable (s). 2.- Fotografía tamaño infantil o fotografía digital de la persona adulta mayor 3.- Copia credencial INE de la persona adulta mayor y de su responsable (s). 4.- Copia credencial INAPAM. 5. Acta de nacimiento. 6.- CURP 7.- Comprobante de ingreso de la persona mayor y/o de responsable (s) que se encargarán de realizar el pago mensual de la cuota de recuperación.	
*Nota: Los estudios deberán tener una vigencia de máximo 3 meses.			
Es importante que su responsable conozca y comparta los siguientes datos de la persona adulta mayor:			
<ul style="list-style-type: none">▪ Nombre y edad▪ Fecha y lugar de nacimiento▪ Estado de salud de la persona adulta mayor▪ Si cuenta con seguridad social▪ Consumo de medicamentos prescrito y/o alternativos▪ Si requiere de alimentación específica (presentar diagnóstico médico que lo soporte)			



11.5 AVISO DE PRIVACIDAD (FO-DGERO-04-05)**BIENESTAR**
SECRETARÍA DE BIENESTAR**INAPAM**
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES**AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL**

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), a través de la Dirección de Gerontología, con domicilio en Calle Mitla 73, Colonia Narvarte Oriente, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03020, de la Ciudad de México, es la autoridad responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales, serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017), los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público y los Lineamientos que establecen los parámetros, modalidades y procedimientos para la portabilidad de datos personales y demás normatividad que resulte aplicable.

Datos personales que se recaban

Se dará tratamiento a los siguientes datos personales:

- Nombre de persona física
- Sexo
- Género
- Edad
- Clave Única de Registro de Población (CURP)
- Pertenencia étnica
- Nacionalidad
- Fecha de nacimiento
- Entidad de nacimiento
- Estado civil
- Escolaridad
- Discapacidad
- Seguridad social
- Domicilio
- Número telefónico
- Nombre de personas de contacto
- Números telefónicos y domicilio de personas de contacto

Datos personales sensibles

Se hace de su conocimiento que, desde la solicitud de ingreso y durante la estancia en un Albergue o Residencia de Día del INAPAM, se recabarán datos personales sensibles, relacionados a su salud, antecedentes clínicos, hábitos personales de higiene, actividades de riesgo para la salud, antecedentes familiares, situación socioeconómica, red social; mismos que serán clasificados como información confidencial, dado que revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente o futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, opiniones políticas y preferencia sexual, lo anterior de conformidad con el artículo 3, fracción X, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Finalidad del tratamiento de los datos personales

Los datos personales que recabamos, los utilizaremos para las siguientes finalidades:

- Integrar la Relación de personas adultas mayores usuarias de Albergues o Residencias de Día
- Elaboración e integración de Expedientes clínicos.
- Elaboración de informes estadísticos y notas sobre la atención gerontológica de los Albergues o Residencias de Día
- Integrar asuntos de competencia de la Dirección de Gerontología.

Y tendrán una vigencia de 7 años, y posteriormente serán eliminados.

Fundamento legal para el tratamiento de datos personales

- Artículos 20 del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
- Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.
- De manera general, con fundamento en lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad que resulte aplicable.





Transferencias de Datos Personales

La Dirección de Gerontología, no realizará transferencias de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para cumplir con lo dispuesto en materia de transparencia, acceso a la información pública y protección de datos personales, y para atender solicitudes o requerimientos realizados por autoridades competentes, de conformidad con los artículos 22, 66 y 70 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, o cuando previamente se haya obtenido su consentimiento expreso por escrito o por un medio de autenticación similar.

Mecanismos, medios y procedimientos para ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) al tratamiento de datos personales

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (derechos ARCO) directamente ante la Unidad de Transparencia del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, ubicada en Calle Petén 419, Colonia Vertiz Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03020, de la Ciudad de México; número telefónico 5554488916, extensiones 1005, correo electrónico e.olivares@inapam.gob.mx, así como presentar una solicitud de ejercicio de derechos ARCO a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/inicio>, en el apartado de Solicitudes de Datos Personales. Asimismo, si desea conocer el procedimiento o recibir asesoría para el ejercicio de estos derechos puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada o comunicarse al número y extensión indicada.

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, 113, fracciones I y III de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como el Trigésimo Octavo, fracciones I y II, y Cuadragésimo de los Lineamientos Generales en Materia de clasificación y desclasificación de la Información, así como para la Elaboración de Versiones Públicas. La persona interesada en ejercer sus derechos ARCO, deberá manifestar expresamente la solicitud de acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad de que cualquier documento sea publicado con sus datos personales. Por lo antes mencionado, únicamente el INAPAM podrá llevar a cabo la transferencia de datos personales para atender requerimientos debidamente fundados y motivados, provenientes de una autoridad competente.

Portabilidad de datos personales

En el caso de la portabilidad de datos personales, se informa que, por el tipo de soporte y las características del tratamiento de datos personales, este sistema no se adecúa a los formatos aplicables para realizar el procedimiento de ejercicio al derecho de portabilidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 57 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Cambios al aviso de privacidad

Derivado de nuevos requerimientos legales, el presente aviso de privacidad puede tener modificaciones, cambios o actualizaciones. Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda tener el presente aviso de privacidad, a través de <https://www.gob.mx/inapam>

Enterado(a)

Nombre completo

Firma

Fecha: _____



[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]

11.6 CARTA CONSENTIMIENTO (FO-DGERO-04-06)



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México a ___ de _____ de 20__.

Yo _____ comprendo que como parte del procedimiento de ingreso se me agendará una cita para la aplicación de una valoración gerontológica integral, con el objetivo de identificar y evaluar mi estado físico, psicológico y social.

Comprendo que durante la aplicación de la valoración gerontológica integral se me solicitarán mis datos personales y se aplicarán una serie de instrumentos gerontológicos y que no involucra riesgos potenciales para mi estado de salud e integridad.

Comprendo que de no asistir a la cita de valoración y no entregar la documentación solicitada en la fecha establecida será motivo de cancelación de mi solicitud de ingreso a un Albergue o Residencia de día del INAPAM.

Comprendo que la aplicación de la valoración gerontológica no garantiza mi ingreso a un Albergue o Residencia de día, el dictamen de aceptación depende del análisis de los resultados de mi valoración gerontológica por el Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del INAPAM.

Conozco que mi solicitud de ingreso se llevará a cabo conforme a lo establecido en el Manual de Procedimientos de Albergues y Residencias de día del INAPAM

Con el presente documento, doy fe de que el Equipo de valoración aclaró mis dudas sobre los criterios, requisitos y el procedimiento de ingreso a un Albergue o Residencia de día del INAPAM, por lo que doy mi consentimiento de manera voluntaria, para la aplicación de la valoración gerontológica y continuar con el procedimiento de ingreso a un Albergue o Residencia de día del INAPAM.

Así mismo, acepto que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con el Aviso de Privacidad

Firma de consentimiento

11.7 FICHA DE IDENTIFICACIÓN (FO-DGERO-04-07)

	BIENESTAR <small>SECRETARÍA DE BIENESTAR</small>	INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA		INAPAM <small>INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</small>
FICHA DE IDENTIFICACIÓN				
			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 signatures in blue ink on the right margin]

11.8 VALORACIÓN MÉDICA (FO-DGERO-04-08)

	BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR	INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA		INAPAM INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
HISTORIA CLÍNICA				
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 _____				
EU-3 1				



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA



HISTORIA CLÍNICA

IV. Antecedentes Personales Patológicos

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

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA



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 mark



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA



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]



**INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA**



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 signature

Handwritten signature



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA



HISTORIA CLÍNICA

XIV. Comentarios

XV. Manejo Diagnóstico

XVI. Manejo Terapéutico

Nombre de la (del) médica(o): _____

Firma: _____

Cédula Profesional: _____

Fecha: _____

[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]

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 | |

Puntuación

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 |

EU-3

7



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA



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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA



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 sí 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
Capacidad para usar el teléfono	
• 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
Hacer compras	
• 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

EU-3

11

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

**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^a 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 apoya 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 mas 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

5. Equilibrio en pie

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)

6. Empujón (el paciente con los pies juntos, empujar ligeramente con la palma de la mano tres veces sobre el esternón)

Este tiende a caerse (0)

Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo (1)

Esta firme (2)

7. Ojos cerrados (en la posición número 6)

Inestable (0)

Estable (1)

8. Giro de 360°

Pasos discontinuos (0)

Pasos continuos (1)

Inestable (se tambalea, se agarra) (0)

Estable (1)

9. Al sentarse

Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla) (0)

Usa sus brazos o esta inseguro (1)

Seguro (2)

Total ()

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).

10. Inicio de marcha (inmediatamente de decirle camine)

Duda o intenta arrancar mas de una vez (0)

No titubea (1)

11. Longitud y elevación del paso

a) Movimiento pie derecho

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)


**INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
 DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
 ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA**

HISTORIA CLÍNICA
b) Movimiento pie izquierdo

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)

12. Simetría de los pasos entre el pie derecho e izquierdo

Desigual	(0)
Igual	(1)

13. Continuidad de los pasos

Discontinuos	(0)
Los pasos son continuos	(1)

14. Trayectoria (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)

15. Tronco

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)

16. Postura al caminar

Talones separados	(0)
Talones se tocan al caminar	(1)

Total ()

Marcha: _____ **Normal 12 puntos**

Puntuación: Suma Total de Equilibrio y Marcha

26 a 28	Normal
20 a 25	Riesgo moderado de caídas
< 19	Riesgo severo de caídas



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.



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA



HISTORIA CLÍNICA

MINI VALORACIÓN NUTRICIONAL
(MNA) modificado

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 = sí

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)² en Kg/m²)

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



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA



HISTORIA CLÍNICA

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 sí

0.5 = si hay 2 sí

1.0 = si hay 3 sí

.

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

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

VALORACIÓN (máximo 16 puntos)

.

TAMIZAJE

.

TOTAL (máximo 30 puntos)

.

11.9 VALORACIÓN PSICOLÓGICA (FO-DGERO-04-09)

	BIENESTAR <small>SECRETARÍA DE BIENESTAR</small>	
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA		
VALORACIÓN PSICOLÓGICA		
Unidad: _____		
Nombre: _____		
Género: _____ Edad: _____ Estado civil: _____		
Fecha de Nacimiento: _____		
Lugar de nacimiento: _____		
Domicilio: _____		
Escolaridad: _____ Religión: _____		
Acude de manera: <input type="checkbox"/> VOLUNTARIA <input type="checkbox"/> INVOLUNTARIA		
<input type="checkbox"/> FORZADA <input type="checkbox"/> CONDICIONADA		
Motivo de valoración o consulta: _____		

Padecimiento actual: _____		

Fecha de Inicio: <input type="checkbox"/> Inicio tardío <input type="checkbox"/> Inicio juvenil		
Forma de Inicio: <input type="checkbox"/> Súbita <input type="checkbox"/> Insidiosa <input type="checkbox"/> Incierta		
Forma de padecimientos: <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado		
Factores desencadenantes y eventos coincidentes: _____		

Antecedentes familiares: _____		



VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Dinámica familiar actual: _____

Antecedentes laborales: _____

Vida Social y hábitos: _____

Red de apoyo socio-familiar: _____

Personalidad: _____

Vida sexual: _____

Estado mental: _____

Respuesta emocional: _____

Cambios de humor: _____

Lenguaje: _____

Auto concepto: _____

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Descripción del paciente: _____

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

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 ()
Tembler ()	Rigidez ()	Flatulencia ()
Ira ()	Sueños repetitivos ()	Nauseas ()
Lianto fácil ()	Tics ()	Vómitos ()
Alucinaciones ()	Visión borrosa ()	Eyacuación precoz
Agorafobia ()	Impotencia ()	Sequedad bucal
Delirios ()	Voz vacilante	Cafaleas
Pérdida de peso	Frigidez	
Pérdida de libido	Rubor	
Sudoración	Vértigo	

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

71 de 129



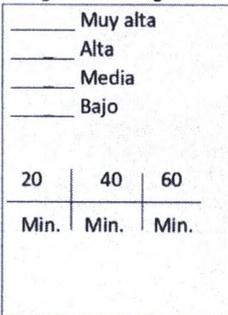
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA



VALORACIÓN PSICOLÓGICA

	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



Comportamiento durante la entrevista: _____

Grado de cooperatividad: : _____

[Handwritten signatures in blue ink on the right margin]

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

72 de 129

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

VP

5



 <p>BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA</p>	 <p>INAPAM INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</p>																																																							
<p>VALORACIÓN PSICOLÓGICA</p> <p>MINI-MENTAL FOLSTEIN</p>																																																									
Nombre: _____		Edad: _____																																																							
Escolaridad en años: _____		Unidad: _____																																																							
Evaluador: _____		Expediente: _____																																																							
<p>1. Orientación</p> <p style="text-align: center;"><i>Tiempo</i></p> <p>¿En qué año estamos? _____</p> <p>¿En qué mes estamos? _____</p> <p>Día del mes que es hoy _____</p> <p>Día de la semana que es hoy _____</p> <p>¿Qué hora es aproximadamente? _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Espacio</i></p> <p>¿En dónde estamos ahora? _____</p> <p>¿En qué país estamos? _____</p> <p>¿Qué ciudad es ésta? _____</p> <p>¿En qué calle y número vive? _____</p> <p>¿Cuál es su colonia? _____</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td>1a evaluación</td> <td>2a evaluación</td> <td>3a evaluación</td> </tr> <tr> <td>Fecha:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 _____</td> <td>1 _____</td> <td>1 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 _____</td> <td>2 _____</td> <td>2 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 _____</td> <td>3 _____</td> <td>3 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 _____</td> <td>4 _____</td> <td>4 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 _____</td> <td>5 _____</td> <td>5 _____</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 _____</td> <td>1 _____</td> <td>1 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 _____</td> <td>2 _____</td> <td>2 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 _____</td> <td>3 _____</td> <td>3 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 _____</td> <td>4 _____</td> <td>4 _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 _____</td> <td>5 _____</td> <td>5 _____</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		1a evaluación	2a evaluación	3a evaluación	Fecha:	_____	_____	_____		1 _____	1 _____	1 _____		2 _____	2 _____	2 _____		3 _____	3 _____	3 _____		4 _____	4 _____	4 _____		5 _____	5 _____	5 _____	Total	_____	_____	_____		1 _____	1 _____	1 _____		2 _____	2 _____	2 _____		3 _____	3 _____	3 _____		4 _____	4 _____	4 _____		5 _____	5 _____	5 _____	Total	_____	_____	_____
	1a evaluación	2a evaluación	3a evaluación																																																						
Fecha:	_____	_____	_____																																																						
	1 _____	1 _____	1 _____																																																						
	2 _____	2 _____	2 _____																																																						
	3 _____	3 _____	3 _____																																																						
	4 _____	4 _____	4 _____																																																						
	5 _____	5 _____	5 _____																																																						
Total	_____	_____	_____																																																						
	1 _____	1 _____	1 _____																																																						
	2 _____	2 _____	2 _____																																																						
	3 _____	3 _____	3 _____																																																						
	4 _____	4 _____	4 _____																																																						
	5 _____	5 _____	5 _____																																																						
Total	_____	_____	_____																																																						
<p>2. Memoria reciente</p> <p>Le voy a decir tres palabras, repítalas y apréndalas: papel, bicicleta, cuchara, repítalas</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Total</td> <td>2</td> <td>Total</td> <td>2</td> <td>Total</td> </tr> </table>	1	3	1	3	1	3	2	Total	2	Total	2	Total																																												
1	3	1	3	1	3																																																				
2	Total	2	Total	2	Total																																																				
<p>3. Atención y Cálculo</p> <p>Escolaridad mayor a 8 años</p> <p>Reste de 7 en 7 a partir de 100</p> <p>93-86-79-72-65</p> <p>Escolaridad menor a 8 años</p> <p>Reste de 4 en 4 a partir de 36</p> <p>32-28-24-20-16</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		1	1	1		2	2	2		3	3	3		4	4	4		5	5	5	Total	_____	_____	_____																																
	1	1	1																																																						
	2	2	2																																																						
	3	3	3																																																						
	4	4	4																																																						
	5	5	5																																																						
Total	_____	_____	_____																																																						
<p>4. Memoria diferida</p> <p>Pida que mencione las palabras del punto 2</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Total</td> <td>2</td> <td>Total</td> <td>2</td> <td>Total</td> </tr> </table>	1	3	1	3	1	3	2	Total	2	Total	2	Total																																												
1	3	1	3	1	3																																																				
2	Total	2	Total	2	Total																																																				
VP	6																																																								

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

 <p>BIENESTAR <small>SECRETARÍA DE BIENESTAR</small></p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA</p>	 <p>INAPAM <small>INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</small></p>																					
VALORACIÓN PSICOLÓGICA																							
5. Lenguaje																							
Enseñar al paciente un lápiz y un reloj.	1 _____ 2 _____	1 _____ 2 _____ Total _____	1 _____ 2 _____ Total _____																				
Pregunte ¿Cómo se llama esto?	Total _____	Total _____	Total _____																				
<i>Repetición</i> Repita lo siguiente: "Ni no, ni si, ni pero."	1 _____ Total _____	1 _____ Total _____	1 _____ Total _____																				
Comprensión verbal																							
1. Tome este papel con la mano derecha	1 _____	1 _____	1 _____																				
2. Dóblelo por la mitad con las dos manos	2 _____	2 _____	2 _____																				
3. Déjelo en el suelo.	3 _____	3 _____	3 _____																				
Total	_____	Total _____	Total _____																				
<i>Lea y realice</i> Haga lo siguiente ("cierre los ojos")	1 _____ Total _____	1 _____ Total _____	1 _____ Total _____																				
<i>Escritura</i> Escriba una oración gramatical	1 _____ Total _____	1 _____ Total _____	1 _____ Total _____																				
<i>Copia</i> Enseñe la tarjeta de los "PENTÁGONOS" Pida que los dibuje en el siguiente espacio	1 _____ Total _____	1 _____ Total _____	1 _____ Total _____																				
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Escala 30</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Calificación _____</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">1ª evaluación</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">2ª evaluación</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">3ª evaluación</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">20 a 24 puntos</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Deterioro leve</td> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Fecha: _____</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">16 a 19 puntos</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Deterioro Moderado</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">15 o menos puntos</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Deterioro Severo</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				Escala 30	Calificación _____	1ª evaluación	2ª evaluación	3ª evaluación	20 a 24 puntos	Deterioro leve	Fecha: _____			16 a 19 puntos	Deterioro Moderado				15 o menos puntos	Deterioro Severo			
Escala 30	Calificación _____	1ª evaluación	2ª evaluación	3ª evaluación																			
20 a 24 puntos	Deterioro leve	Fecha: _____																					
16 a 19 puntos	Deterioro Moderado																						
15 o menos puntos	Deterioro Severo																						
VP	7																						

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

PENTÁGONOS

VP

8

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

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

PRUEBA DE RELOJ

(Orden)

Sunderlan-Hill Mellow

1. Dibuje la carátula de un reloj con los números solamente.
2. Coloque las manecillas a las 11:10 hrs

Calificación: _____pts

VP

9

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

PRUEBA DEL RELOJ

(Copia)

1. Enseñe tarjeta del reloj
2. Pida que lo copie en el siguiente espacio

Calificación: _____pts.

VP

10



 **BIENESTAR**
SECRETARÍA DE BIENESTAR

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA

 **INAPAM**
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

**ENTREVISTAS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: PREGUNTAS INDICADAS
PARA TRASTORNO DE ANSIEDAD**

Nombre: _____ Fecha: _____

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?

VP 12

[Handwritten signatures in blue ink on the right margin]

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

ESCALA DE PFEIFFER

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 _____

11.10 ESTUDIO SOCIOECONÓMICO (FO-DGERO-04-10)

BIENESTAR	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Gerontología Albergues y Residencias de Día	INAPAM
Estudio Socioeconómico		
Tipo de Aplicación <input type="checkbox"/> Solicitud de Ingreso <input type="checkbox"/> Actualización		Información Obtenida de forma directa <input type="checkbox"/> Directa <input type="checkbox"/> Indirecta
Nombre Completo de la persona que contesto (Solo en el caso de forma indirecta) _____ Parentesco _____		
Marcar con una "X" la opción seleccionada y llena los espacios solicitados con letra legible sin abreviaturas		
1. Datos Generales		
Complete con los datos correspondientes. *TIPO DE VIALIDAD refiere a Calle, Avenida, Carretera, etc. VIALIDAD *AD 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	Centro Gerontológico solicitado	Fecha de ingreso
Nombre completo		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
Edad	Género	Estado Civil
Grado de escolaridad	Ocupación Anterior	Ocupación Actual
Domicilio		
Tipo de vialidad	Nombre de vialidad	Nº Int Nº Ext
Tipo de asentamiento	Nombre de asentamiento	C.P.
Entidad	Municipio	
Tel. móvil	Tel. fijo	Correo E.
Actualmente vive con:		Parentesco
Pensión		
<input type="checkbox"/> Contributiva	<input type="checkbox"/> No contributiva (Bienestar)	<input type="checkbox"/> No contributiva (Viudez)
<input type="checkbox"/> No contributiva (Otra)	<input type="checkbox"/> No cuenta con pensión	
Persona que administra la pensión		
Nombre completo	Parentesco	
¿Alguna vez ha sido usuaria (o) de un centro de asistencia social público o privado? (temporal o permanente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
En caso de respuesta afirmativa. ¿Por qué se dio de baja _____		

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

82 de 129

BIENESTAR		Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Gerontología Albergues y Residencias de Día		INAPAM	
2. Estado de Salud					
¿Padece alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					
¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Motriz	<input type="checkbox"/> Sensorial y de comunicación	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Múltiple	Otra: _____
¿Padece alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					
¿Cuál?					
Seguridad social	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE	<input type="checkbox"/> PEMEX	<input type="checkbox"/> ISSFAM	<input type="checkbox"/> Ninguna Otra _____
Clínica que le corresponde _____					
Tipo de afiliación	<input type="checkbox"/> Afiliada (o)	<input type="checkbox"/> Beneficiaria (o)	Por parte de: _____		
Observaciones					
3. Motivo de Ingreso					
Responsable 1					
Nombre completo				Edad	
Parentesco				Género	
Estado civil	Grado de escolaridad		Ocupación		
¿Aporta económicamente para cubrir los gastos de la persona adulta mayor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Domicilio					
Tipo de vialidad		Nombre de vialidad		Nº Int	Nº Ext
Tipo de asentamiento		Nombre de asentamiento		C.P.	
Entidad	Municipio				
Tel. móvil		Tel. fijo		Correo E.	
Observaciones					

5. Familiograma

<u>Símbolo</u>	<u>Significado</u>	<u>Símbolo</u>	<u>Significado</u>
	Hombre		Embarazo
	Mujer		Paciente problema
	Padre		Muerte
	Madre		Familiares que viven bajo el mismo techo
	Hijos		
			
	Comunicación		



Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
Dirección de Gerontología
Albergues y Residencias de Día



7. Situación económica de la persona adulta mayor

¿Cómo obtiene sus ingresos la persona adulta mayores?

8. Evaluación económica de la persona adulta mayor

Se deberán tomar en cuenta los siguientes criterios y variables con su respectiva ponderación de la persona adulta mayor: 1) Ingresos 55%, 2) Ocupación 10%, 3) Vivienda 20%, 4) Egresos 10% y 5) Salud 5%.

8.1 Ingresos

Ingresos en No. de veces de Salario Mínimo	Dependientes 1 o 2 Puntos	Dependientes 3 o 4 Puntos	Dependientes 5 o 6 Puntos	Dependientes 7o 8 Puntos	Dependientes 9 o Más Puntos
> 0.0 a 1.0	0	0	0	0	0
> 1.0 a 1.5	10	5	0	0	0
> 1.5 a 3.0	15	10	5	0	0
> 3.0 a 4.5	20	15	10	5	0
> 4.5 a 6.0	25	20	15	10	5
> 6.0 a 8.0	30	25	20	15	10
> 8.0 a 10.0	35	30	25	20	15
> 10.0 a 13.0	40	35	30	25	20
> 13.0 a 16.0	45	40	35	30	25
> 16.0 a 19.0	50	45	40	35	30
> 19.0	55	50	45	40	35

Nota: El salario mínimo en la Ciudad de México durante el año 2024 es de \$7,468 mensuales

Puntuación:

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

87 de 129

	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Gerontología Albergues y Residencias de Día	
8.2 Ocupación		
Descripción		Puntaje
Sin ocupación		0
Trabajadores no calificados		1
Jubilados y pensionados		2
Becarios, así como trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados		3
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios		4
Operadores de instalaciones, maquinarias y montadores		5
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros		6
Empleados de oficina		7
Técnicos profesionistas de nivel medio		8
Profesionistas, científicos e intelectuales		9
Fuerzas armadas y ejecutivos e inversionistas		10
Puntuación:		
8.3 Características de la vivienda (uso, goce y disfrute)		
Vivienda		Pts
Otra (institucional, albergues, reclusorios, casas de retiro o sin vivienda)		0
Arrendada (rentada), hipotecada o con gravamen		1
Comodato (prestada)		2
Propia		3
Puntuación:		
Servicios públicos		Pts
Agua potable		De 0 a 1 servicio público 0
Drenaje y alcantarillado		2 servicios públicos 1
Alumbrado público		3 servicios públicos 2
Pavimentación		4 o más servicios públicos 3
Recolección de basura		Puntuación:
Teléfono público		
Servicios públicos		Pts
Agua		De 0 a 1 servicio público 0
Electricidad		2 servicios públicos 1
Gas		3 servicios públicos 2
Teléfono		4 o más servicios públicos 3
Televisión por cable		Puntuación:
Internet		
Material de construcción de la vivienda		Pts
Lamina, madera, material de la región		0
Mixta		1
Mampostería (ladrillos, concreto, loseta)		2
Puntuación:		
Número de dormitorios		Pts
1 a 2		0
3 a 4		1
5 o más		2
Puntuación:		
Tipo de vivienda		Pts
Grupo 1		Institución de protección social, vivienda móvil, casa rural, refugio, cuarto redondo o sin vivienda, local no construido para habitación
Grupo 2		Vecindad o cuarto de servicio o azotea
Grupo 3		Departamento o casa popular en unidades habitacionales (interés social).
Grupo 4		Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca.
Grupo 5		Departamento o casa residencial.
Puntuación:		

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

88 de 129



Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
Dirección de Gerontología
Albergues y Residencias de Día



8.4 Egresos

% de egresos respecto al ingreso	Pts
71% o más	0
61% - 70%	2
51% - 60%	4
41% - 50%	6
31% - 40%	8
Menor a 30%	10
Puntuación: 0	

Notas:

- Para el cálculo se debe realizar la siguiente operación: total de egresos por 100 entre total de ingresos.
- No se contemplan los ingresos esporádicos de la persona adulta mayor.

8.4 Salud

Tiempo de tratamiento de la enfermedad de la persona adulta mayor	Pts
No aplica	0
Más de 6 meses	0
De 3 a 6 meses	1
Menos de 3 meses o sin comorbilidad	2
Puntuación:	

Estado de salud de los integrantes de la familia de la persona adulta mayor (sólo en caso de que dependan de ella)	Pts
No aplica	0
Dos o principal proveedor económico enfermo	0
Un enfermo	1
Ningún enfermo	2
Puntuación:	

Otros problemas de salud de la persona adulta mayor, que se atiende en otra institución	Pts
Si	1
No	0
Puntuación:	

9. Puntuación obtenida en la evaluación socioeconómica.

Puntuación obtenida en la evaluación socioeconómica	Clasificación socioeconómica
0-12	Exento
13-24	1
25-36	2
37-52	3
53-68	4
69-84	5
85-100	6

Puntuación Total	13
*Cuota de recuperación asignada	
\$	

*La cuota de recuperación se asigna de acuerdo con la puntuación total en la evaluación socioeconómica obtenida y a los Tabuladores de Cuota de Recuperación de Albergues o Residencias de día del INAPAM vigentes y aprobado por las autoridades competentes.

 BIENESTAR <small>SECRETARÍA DE BIENESTAR</small>	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Gerontología Albergues y Residencias de Día	 INAPAM <small>INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</small>
9. Diagnóstico social		
10. Plan social y sugerencias		
<p><input type="checkbox"/> Declaro bajo protesta de decir que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que, en caso de existir falsedad, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente.</p> <p><input type="checkbox"/> Manifiesto que he leído y entiendo el "Aviso de Privacidad Integral y consiento que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones informados en el presente. Así también conforme a la transmisión de datos y como se especifica de manera anterior doy mi consentimiento.</p> <p>Los datos personales proporcionados en el presente estudio, serán protegidos en términos de la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados" y demás normativa aplicable.</p>		
_____ Nombre y firma de la persona adulta mayor o su responsable	_____ Nombre y firma de la (del) trabajadora (or) social	
	Cédula profesional: _____	
9		

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

90 de 129

11.11 INFORME DE RESULTADOS (FO-DGERO-04-11)

 **BIENESTAR**
SECRETARÍA DE BIENESTAR

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA

 **INAPAM**
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

**INFORME DE RESULTADOS DE VALORACIÓN
GERONTOLÓGICA PARA INGRESO**

FECHA: _____

CENTRO SOLICITADO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA MAYOR: _____

GÉNERO: _____ EDAD: _____

DOMICILIO: CALLE _____ NO. _____

COLONIA _____ DELEGACIÓN/MUNICIPIO: _____

C.P.: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA (DEL) RESPONSABLE: _____

DOMICILIO: CALLE _____ NO. _____

COLONIA: _____ DELEGACIÓN/MUNICIPIO: _____

C.P.: _____ TELÉFONO DOMICILIO: _____

CELULAR: _____ OFICINA: _____

LA CUOTA DE RECUPERACIÓN SERÁ DE:

\$ 000.00 (_____) MX

ASIGNADA CON BASE A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO APLICADO A LA PERSONAS ADULTA MAYOR Y LOS TABULADORES DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN VIGENTES. LA CUOTA SE DIO A CONOCER AL "COMITÉ DE INGRESO Y CASOS ESPECIALES DE ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES".

DE ACUERDO CON LA MINUTA DE LA _____ SESIÓN _____ EFECTUADA EL _____ ANEXA.

OBSERVACIONES: _____

[Handwritten signatures and initials are present on the left and right sides of the form.]

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

92 de 129

11.12 FORMATO PORTADA (FO-DGERO-04-12)



PORTADA ACTA DE SESIÓN DEL COMITÉ DE INGRESOS

**Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y
Residencias de Día del Instituto Nacional de las Personas
Adultas Mayores (INAPAM)**

XXX SESIÓN XXXXXX XXX

XXXXDE 20XX

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

93 de 129

11.13 FORMATO SOLICITUD DE SESIÓN (FO-DGERO-04-13)

 BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR	 INAPAM INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
OFICIO DE SOLICITUD PARA SESIONAR AL COMITÉ DE INGRESO	
Oficio número: INAPAM/DGERO/XXXX/XXX Ciudad de México, XX de XXX de XXX	
Nombre(s) Apellidos	
Cargo	
Presente.	
<p>Por este medio, presento a usted la carpeta de la XXXX Sesión Ordinaria XXX el Comité de Ingreso y Casos Especiales de Albergues y Residencias de Día del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.</p> <p>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..</p> <p>Por último, quedo a sus órdenes para sus comentarios y sugerencias, así como para la confirmación de la fecha y hora que se determine.</p>	
Atentamente	
Nombre(s) Apellidos	
Cargo	

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

11.14. FORMATO LISTA DE ASISTENCIA (FO-DGERO-04-14)

 BIENESTAR <small>SECRETARÍA DE BIENESTAR</small>		 INAPAM <small>INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</small>
LLISTA DE ASISTENCIA		
Ciudad de México, XXXXX de 20XX.		
Comité de Ingreso y Casos Especiales de 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) Apellidos Cargo		

(Handwritten signatures in blue ink are present on the left and right sides of the form.)

11.15 FORMATO ORDEN DEL DÍA (FO-DGERO-04-15)

<p> BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR</p> <p> INAPAM INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</p> <p>Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores</p> <p>Orden del día de la XXX del Comité de Ingreso y Casos Especiales de albergues y residencias de Día del INAPAM</p> <p>XXX SESIÓN XXX XXX</p> <ol style="list-style-type: none">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 generales6. Acuerdos
--

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

11. 16 FORMATO MINUTADE SESIÓN (FO-DGERO-04-16)

 **BIENESTAR**
SECRETARÍA DE BIENESTAR

 **INAPAM**
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

**MINUTA DE LA XXXX SESIÓN XXXX XXX DEL COMITÉ DE INGRESO Y CASOS ESPECIALES
DE ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS
ADULTAS MAYORES (INAPAM)**

1- Introducción

- Asistentes (Miembros del Comité e invitados)
- Lugar y fecha de la sesión
- Dinámica de la sesión

2- Desarrollo y análisis

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:

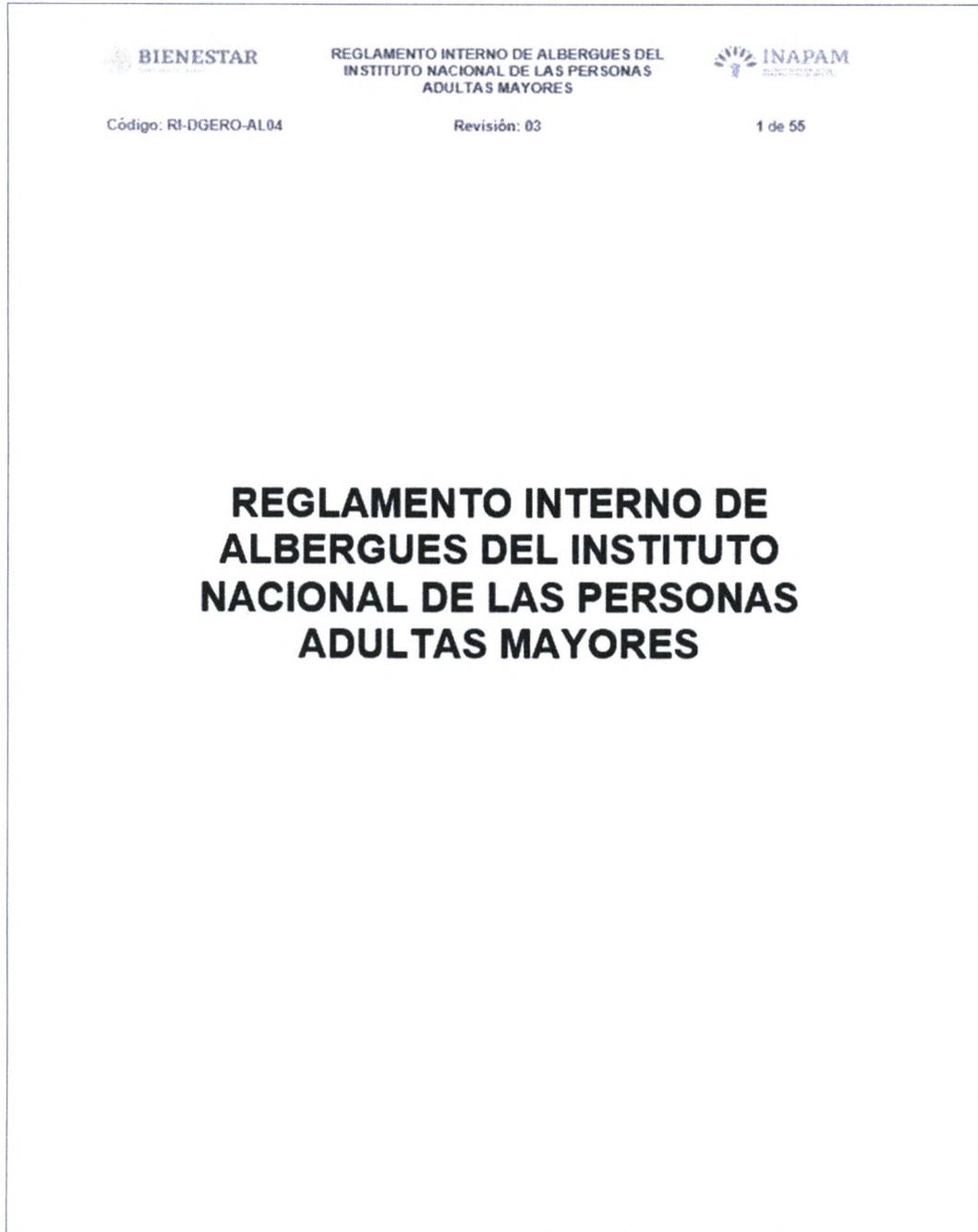
- 3- Acuerdos**
- 4- Asuntos generales**
- 5- Firmas de los miembros del Comité de Ingreso y Casos Especiales e invitados**

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

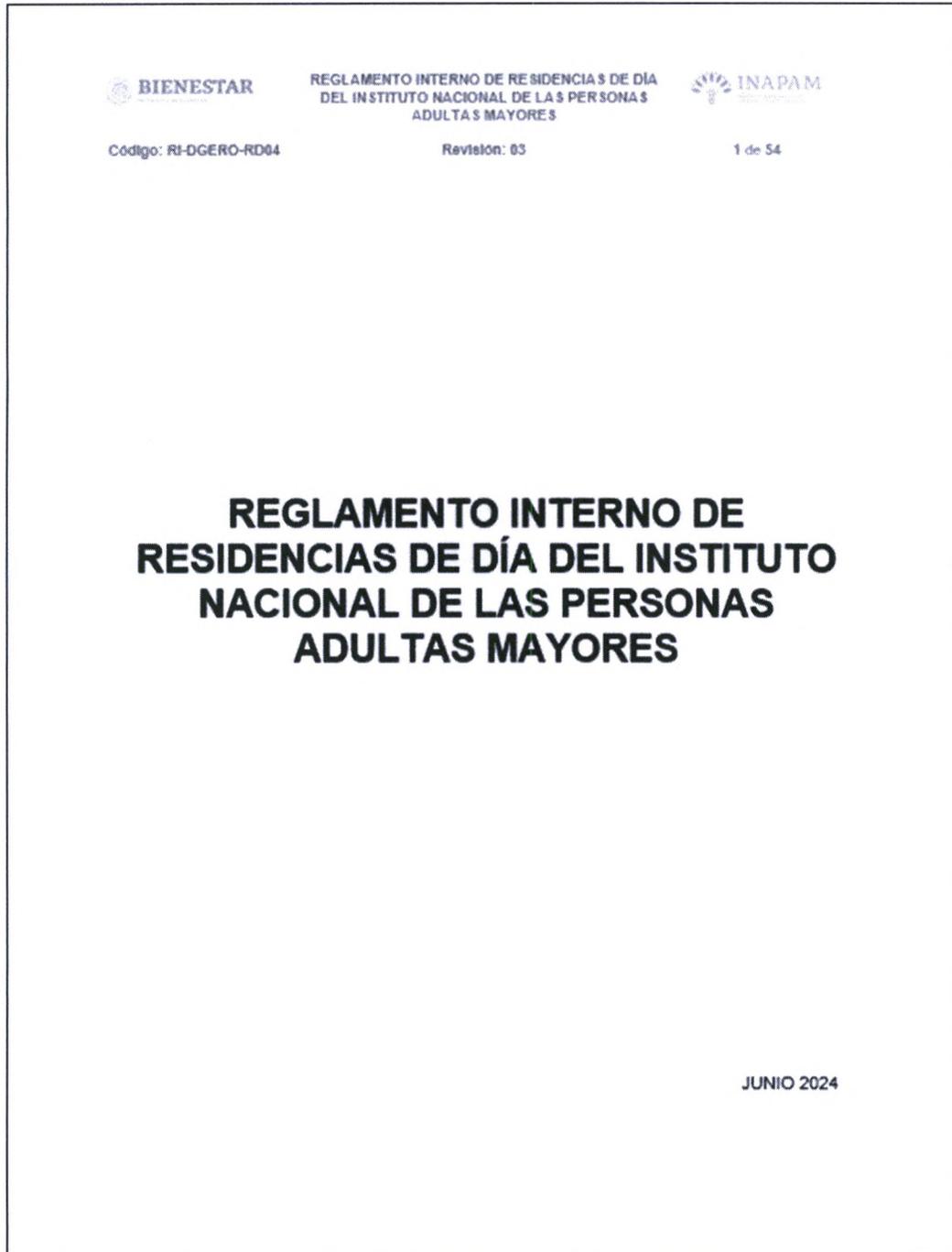
11.17 REGLAMENTO INTERNO DE ALBERGUES (FO-DGERO-04-17)



El Reglamento Interno de Albergues es de conocimiento público y puede ser consultado en la Normateca Interna del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores: <https://www.bienestar.gob.mx/pb/index.php/conoce-inapam/normateca>

También se encuentra colocado en un lugar visible de los Albergues para el conocimiento del personal, las personas adultas mayores y sus responsables, personas prestadoras de servicio social o prácticas profesionales y demás ocupantes del centro gerontológico.

11.18 REGLAMENTO INTERNO DE RESIDENCIAS DE DÍA (FO-DGERO-04-18)



El Reglamento Interno de Residencias de día es de conocimiento público y puede ser consultado en la Normateca Interna del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores: <https://www.bienestar.gob.mx/pb/index.php/conoce-inapam/normateca>

También se encuentra colocado en un lugar visible de las Residencias de día para el conocimiento del personal, las personas adultas mayores y sus responsables, personas prestadoras de servicio social o prácticas profesionales y demás ocupantes del centro gerontológico.

11.19. CARTA COMPROMISO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR (FO-DGERO-04-19)

 **BIENESTAR** |  **INAPAM**
SECRETARÍA DE BIENESTAR | INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

**CARTA DE COMPROMISO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR
ALBERGADA O RESIDENTE**

Nombre (s): _____
Cargo: _____

Presente.

Por este conducto informo a usted que estoy completamente de acuerdo en acatar el Reglamento que marcan _____ al ingresar en forma voluntaria a esta unidad gerontológica, a partir del día _____ de _____ de _____.

COMPROMETIÉNDOME A:

- Cubrir mensualmente durante los primeros siete días de cada mes la cuota de recuperación que se le asigne conforme a los resultados del Estudio Socioeconómico y Tabuladores de cuotas de recuperación del Albergue o Residencias de Día vigentes, bajo conocimiento de que puede ser modificada anualmente en el mes de febrero para aplicarse en marzo, de acuerdo con la actualización de dicho estudio.
- Acatar la decisión sobre mi permanencia en la unidad gerontológica, la cual estará sujeta al cumplimiento estricto de las disposiciones del Reglamento y/o conducta que presente en la misma.
- Respetar el manejo que el personal encargado disponga y/o recomiende en caso de enfermedad y colaborar en las situaciones que requieran de estudios de laboratorio y/o hospitalización.
- Mantener una conducta apropiada y de respeto hacia las (os) compañeras (os) y el personal de la unidad de gerontología.
- No cometer ningún tipo de agresión física o verbal, o robo a las personas adultas mayores albergadas, al personal adscrito al albergue o a cualquier ocupante de la unidad. En caso de ser así, entiendo que mis acciones causaran Baja Definitiva e inmediata del Albergue o Residencia de Día.
- Aceptar que, durante mi estancia en la unidad gerontológica se me proporcionará una alimentación saludable a través de menús preestablecidos.

Asimismo, manifiesto que no padezco de ninguno de los casos siguientes:

- 1.- Alguna enfermedad contagiosa que ponga en peligro la salud de las demás personas adultas mayores del albergue.
- 2.- No requiero de servicio de enfermería de 24 horas, enfermería especializada o cuidado hospitalario intermedio.
- 3.- Mis condiciones de salud no requieren de hospitalización y cuidados médicos mayores.

[Handwritten signatures in blue ink are visible on the right side of the form.]

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

100 de 129



Adicionalmente, tengo conocimiento que desde mi ingreso presento las siguientes enfermedades y/o factores de riesgo:

Por lo que deslindo de todo tipo de responsabilidad al personal del Albergue o Residencia de Día y del Instituto en caso de la aparición de complicaciones relacionadas con los factores de riesgo y/o de las enfermedades antes mencionados.

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 _____

Nota: Se debe adjuntar a la presente la identificación oficial y comprobante de domicilio de no más de tres meses de la persona adulta mayor

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

**11.20 CARTA COMPROMISO DEL RESPONSABLE(S) DE LA PERSONA ADULTA
MAYOR (FO-DGERO-04-20)**



**CARTA DE COMPROMISO DEL RESPONSABLE DE LA PERSONA ADULTA MAYOR
ALBERGADA O RESIDENTE**

Al enlace administrativo del Centro gerontológico

INAPAM
Presente.

Por este conducto informo a usted que estoy completamente de acuerdo en asumir la
responsabilidad en mi carácter de _____ de la persona adulta mayor
_____ de _____ años de edad, quien ingresa
_____ ubicado en _____ el día
_____ de _____ de _____

Comprometiéndome a

- Cubrir mensualmente durante los primeros siete días de cada mes la cuota de recuperación que se asigne conforme a los resultados del Estudio socioeconómico y Tabuladores de cuotas de recuperación de Albergues o Residencias de Día, bajo conocimiento de que ésta será modificada anualmente en el mes de febrero para aplicarse en el mes de marzo de acuerdo con la actualización de dicho estudio.
- Atender las necesidades que pudiera presentar la persona adulta mayor, como son ropa, calzado, artículos de uso personal, medicamentos, etc. que requiera, así como, apoyar en los requerimientos de materiales para terapia ocupacional, recreativa y gastos personales durante su estancia en el Albergue o Residencia de Día.
- Recoger y llevar a la persona adulta mayor a su seguimiento médico y en caso de urgencia al hospital las veces que sea necesario, así como entregar al Enlace administrativo del albergue o Residencia de Día la documentación resultante con las indicaciones médicas.
- Acepto que el hecho de dejar en manos de terceras personas el cuidado y la atención que requiere, de ninguna manera me libera de los derechos y de las obligaciones que la Ley me reconoce e impone. Por lo que, si dejo de cumplir con las obligaciones y atenciones, que requiere la persona adulta mayor, dejándolo (a) en estado de abandono y omisión de cuidado, en el momento que fuese necesario el Enlace Administrativo del Albergue o Residencia de Día con apoyo del Apoderado Legal del Instituto, deberá denunciar los hechos ante el Ministerio Público, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, administrativas o de cualquier índole que pudieren ser reclamadas a quien o quienes incurrieren en dichas faltas; ya que la atención otorgada la persona adulta mayor, de ninguna manera libera a los familiares y/o personas responsables de los derechos y de las obligaciones que la Ley les reconoce e impone;
- Participar y colaborar con el personal del Albergue o Residencia de Día para lo que se requiera mi presencia y atención
- Aceptar que la estancia de la persona adulta mayor está sujeta al cumplimiento estricto de las disposiciones del Reglamento Interno de Albergues o Residencias de Día del Instituto Nacional de las Personas adultas Mayores desde su ingreso y durante su estancia en la unidad gerontológica.







Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

102 de 129



- Conocer y acatar el Reglamento Interno de Albergues o Residencia de Día del Instituto Nacional de las Personas adultas Mayores-

Asimismo, manifiesto que la persona adulta mayor _____, no padece de ninguno de los casos siguientes:

- 1.- Tiene alguna enfermedad contagiosa que ponga en peligro la salud de las demás personas adultas mayores del albergue.
- 2.- Requiera de servicio de enfermería de 24 horas, enfermería especializada o cuidado hospitalario intermedio.
- 3.- Que no presenta ninguna condición de salud que requiera de hospitalización y/o cuidados médicos mayores.

Adicionalmente, tengo conocimiento que desde su ingreso presenta las siguientes enfermedades y/o factores de riesgo: _____

Por lo que deslindo de todo tipo de responsabilidad al personal del Albergue o Residencia de Día y del Instituto en caso de la aparición de complicaciones relacionadas con los factores de riesgo y/o de las enfermedades antes mencionados.

Atentamente

Nombre completo: _____ Nombre completo: _____

Parentesco: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono fijo: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____ Correo electrónico: _____

Fecha: _____ a _____ de _____ de _____

Nota: Se debe adjuntar a la presente la identificación oficial y comprobante de domicilio de no más de tres meses de la (s) persona (s) responsable (s) de la persona adulta mayor

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

103 de 129

11.21 RELACIÓN MENSUAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES EN ALBERGUES O RESIDENCIA DE DÍA (FO-DGERO-04-21)

PERSONA RESCATA ENFERMA			PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LOS ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA										DATOS DE LOS PERSONALES RESPONSABLES				DATOS DE LA INSTITUCIÓN				
APellido Paterno	APellido Materno	NOMBRE DE	EDAD	SEXO	ESTADO DE RESERVA	PROVENIENCIA	PROVENIENCIA	PROVENIENCIA	PROVENIENCIA	PROVENIENCIA	PROVENIENCIA	PROVENIENCIA	PROVENIENCIA								
DOCUMENTO DE TRABAJO																					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>PERSONALES RESPONSABLES</p> <p>ENCARGADO DE ALBERGUE: _____</p> <p>ENCARGADO DE RESIDENCIA: _____</p> </div> <div style="width: 40%;"> <p>PERSONALES RESPONSABLES</p> <p>ENCARGADO DE ALBERGUE: _____</p> <p>ENCARGADO DE RESIDENCIA: _____</p> </div> <div style="width: 20%;"> <p>PERSONALES RESPONSABLES</p> <p>ENCARGADO DE ALBERGUE: _____</p> <p>ENCARGADO DE RESIDENCIA: _____</p> </div> </div>																					

11.23. INFORME MENSUAL DE ATENCIÓN MÉDICA (FO-DGERO-04-23)

BIENESTAR **INAPAM**
SECRETARÍA DE BIENESTAR INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
INFORME MENSUAL DE SERVICIOS DE **ATENCIÓN MÉDICA** EN ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA
FORMATO 2

TIPO DE UNIDAD UNIDAD AÑO MES

ACTIVIDAD	PERSONAS MAYORES ATENDIDAS			SERVICIOS		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
VALORACIÓN PARA INGRESO A UNIDAD						
CONSULTA MÉDICA CON NOTA						
CONSULTA MÉDICA ESP. PSIQUIATRÍA						
CONSULTA MÉDICA ESP. GERIATRÍA						
TOTALES	0	0	0	0	0	0

VALIDÓ

ENLACE ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD

ELABORÓ

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

106 de 129

11.24 INFORME MENSUAL DE ENFERMERÍA (FO-DGERO-04-24)



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
INFORME MENSUAL DE **SERVICIOS DE ENFERMERÍA** EN ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA
FORMATO 3



TIPO DE UNIDAD

UNIDAD

AÑO

MES

PRIMER TURNO			
ACTIVIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS			
AFEITADO / RASURADO			
APLICACIÓN DE ESCALA (BARTHÉL, LAWTON, BRODY, RIESGO DE CAÍDAS)			
APLICACIÓN DE INYECCIÓN			
APLICACIÓN DE OXÍGENO			
APLICACIÓN DE SUERO			
APOYO AL MÉDICO			
APOYO EN ALIMENTACIÓN			
APOYO EN TRASLADO A EVENTO EXTERNO			
ASEO BUCAL			
ASISTENCIA A CONSULTA EXTERNA			
ASISTENCIA AL ARREGLO PERSONAL			
ASISTENCIA WC			
BAÑO ASISTIDO			
CAMBIO DE PAÑAL DESECHABLE (CAMBIO DE PAÑAL Y ASEO)			
CAMBIO POSTURAL			
CORTE DE CABELLO			
CORTE DE UÑAS			
CURACIÓN			
LUBRICACIÓN CORPORAL			
RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE LABORATORIO			
SOLICITUD DE DIETA			
TENIDO DE CAMA			
TOMA DE GLUCEMIA CAPILAR			
TOMA DE SIGNOS VITALES (PESO, ALTURA, PRESIÓN)			
TRASLADO EN APARATOS PARA MOVILIDAD (SILLA DE RUEDAS Y ANDADERA)			
VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL			
VIGILANCIA DEL PATRÓN DE SUEÑO			
TOTAL	0	0	0

SEGUNDO TURNO (solo albergues)			
ACTIVIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS			
AFEITADO / RASURADO			
APLICACIÓN DE ESCALA (BARTHÉL, LAWTON, BRODY, RIESGO DE CAÍDAS)			
APLICACIÓN DE INYECCIÓN			
APLICACIÓN DE OXÍGENO			
APLICACIÓN DE SUERO			
APOYO AL MÉDICO			
APOYO EN ALIMENTACIÓN			
APOYO EN TRASLADO A EVENTO EXTERNO			
ASEO BUCAL			
ASISTENCIA A CONSULTA EXTERNA			
ASISTENCIA AL ARREGLO PERSONAL			
ASISTENCIA WC			
BAÑO ASISTIDO			
CAMBIO DE PAÑAL DESECHABLE (CAMBIO DE PAÑAL Y ASEO)			
CAMBIO POSTURAL			
CORTE DE CABELLO			
CORTE DE UÑAS			
CURACIÓN			
LUBRICACIÓN CORPORAL			
RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE LABORATORIO			
SOLICITUD DE DIETA			
TENIDO DE CAMA			
TOMA DE GLUCEMIA CAPILAR			
TOMA DE SIGNOS VITALES (PESO, ALTURA, PRESIÓN)			
TRASLADO EN APARATOS PARA MOVILIDAD (SILLA DE RUEDAS Y ANDADERA)			
VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL			
VIGILANCIA DEL PATRÓN DE SUEÑO			
TOTAL	0	0	0

TERCER TURNO (solo albergues)			
ACTIVIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS			
AFEITADO / RASURADO			
APLICACIÓN DE ESCALA (BARTHÉL, LAWTON, BRODY, RIESGO DE CAÍDAS)			
APLICACIÓN DE INYECCIÓN			
APLICACIÓN DE OXÍGENO			
APLICACIÓN DE SUERO			
APOYO AL MÉDICO			
APOYO EN ALIMENTACIÓN			
APOYO EN TRASLADO A EVENTO EXTERNO			
ASEO BUCAL			
ASISTENCIA A CONSULTA EXTERNA			
ASISTENCIA AL ARREGLO PERSONAL			
ASISTENCIA WC			
BAÑO ASISTIDO			
CAMBIO DE PAÑAL DESECHABLE (CAMBIO DE PAÑAL Y ASEO)			
CAMBIO POSTURAL			
CORTE DE CABELLO			
CORTE DE UÑAS			
CURACIÓN			
LUBRICACIÓN CORPORAL			
RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE LABORATORIO			
SOLICITUD DE DIETA			
TENIDO DE CAMA			
TOMA DE GLUCEMIA CAPILAR			
TOMA DE SIGNOS VITALES (PESO, ALTURA, PRESIÓN)			
TRASLADO EN APARATOS PARA MOVILIDAD (SILLA DE RUEDAS Y ANDADERA)			
VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL			
VIGILANCIA DEL PATRÓN DE SUEÑO			
TOTAL	0	0	0

ELABORÓ (nombre y firma)

ELABORÓ (nombre y firma)

ELABORÓ (nombre y firma)

TOTAL PERSONAS MAYORES ATENDIDAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
	0	0	0

TOTAL SERVICIOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
	0	0	0

VALIDO ENLACE ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD

Notas: Las actividades reportadas en los albergue y residencia de día varia, de acuerdo modelo de atención y a la población de personas adultas mayores usuarias.

11.26 INFORME MENSUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL (FO-DGERO-04-26)



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
INFORME MENSUAL DE SERVICIOS DE **TERAPIA OCUPACIONAL** EN ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA
FORMATO 5

TIPO DE UNIDAD

UNIDAD

AÑO

MES

ACTIVIDAD	PERSONAS MAYORES ATENDIDAS			SERVICIOS		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ARTESANÍAS						
BORDADO/TEJIDO/COSTURA						
CAMINATA						
MUSICOTERAPIA/CANTO						
CINE						
DINÁMICA GRUPAL						
ESCRITURA/SOPA DE LETRAS/CRUCIGRAMA						
GIMNASIA/CALESTENIA						
JUEGOS DE MESA						
JUGUETERÍA						
MANUALIDADES						
DECLAMACIÓN						
YOGA						
OTRA/ LECTURA						
OTRA						
TOTALES	0	0	0	0	0	0

ELABORÓ

VALIDÓ

ENLACE ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

109 de 129

11.27 INFORME MENSUAL DE TRABAJO SOCIAL (FO-DGERO-04-27)


BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR


INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
 PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
 DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
 INFORME MENSUAL DE SERVICIOS DE **TRABAJO SOCIAL** EN ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA
FORMATO 6

TIPO DE UNIDAD

UNIDAD

AÑO

MES

ACTIVIDAD	PERSONAS MAYORES ATENDIDAS			SERVICIOS		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
VALORACIÓN PARA INGRESO A UNIDAD						
ENTREVISTA, ASESORIA U ORIENTACIÓN						
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO						
VISITA DOMICILIARIA						
VINCULACIÓN CON FAMILIARES						
NOTAS DE EVOLUCIÓN DE TRABAJO SOCIAL						
CANALIZACIÓN						
APOYO EN ALIMENTACIÓN						
APOYO EN TRÁMITE A PERSONA MAYOR						
COORDINACIÓN DE EVENTO						
DECORACIÓN DE UNIDAD						
ACOMPañAMIENTO A CONSULTA MÉDICA						
OTRA (COMPRA DE ARTICULOS PERSONALES)						
OTRA						
TOTALES	0	0	0	0	0	0

VALIDO

ENLACE ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD

ELABORÓ




11.29 CALENDARIO DE ENTREGA INFORMES MENSUALES (FO-DGERO-04-29)

MES	FECHA DE CORTE	FECHA DE ENVÍO (CORREO ELECTRÓNICO)	FECHA DE ENTREGA (FÍSICA)
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			

Nota:

- Las fechas será actualizadas cada año por la Dirección de Gerontología
- Podrán modificarse, de acuerdo a las necesidades de solicitud de la información de las autoridades competentes.



Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

112 de 129

11.30 INFORME MENSUAL DE ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA
(FO-DGERO-04-30)



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
REPORTE MENSUAL DE ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA
FORMATO 8

TIPO DE UNIDAD

UNIDAD

AÑO

MES

POBLACIÓN

PERSONAS MAYORES ATENDIDAS		DISPONIBILIDAD		INGRESOS / EGRESOS	
HOMBRES		CAPACIDAD INSTALADA		INGRESOS HOMBRES	
MUJERES		CAPACIDAD OCUPADA		INGRESOS MUJERES	
TOTAL	0	LUGARES DISPONIBLES		EGRESOS HOMBRES	
		HOMBRES		EGRESOS MUJERES	
		MUJERES		DEFUNCIONES HOM	
				DEFUNCIONES MUJ	

RECURSOS

TOTAL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN

CANTIDAD CON LETRA

DEL FOLIO AL FOLIO NO. DE PERSONAS MAYORES CON CUOTA

TOTAL DE GASTOS DE CAJA CHICA

CANTIDAD CON LETRA

SERVICIOS

TIPO DE SERVICIO	PERSONAS MAYORES ATENDIDAS			SERVICIOS		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ALIMENTACIÓN						
ATENCIÓN MÉDICA						
ENFERMERÍA						
ATENCIÓN PSIC.						
TRABAJO SOCIAL						
TERAPIA OCUPACIONAL						
TOTALES MENSUALES	0	0	0	0	0	0

VALIDO
ENLACE ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD

11.31 REPORTE DE REQUERIMIENTOS DE MANTENIMIENTO (FO-DGERO-04-31)

 BIENESTAR <small>SECRETARÍA DE BIENESTAR</small>		 INAPAM <small>INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES</small>	
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA			
REPORTE MENSUAL DE REQUERIMIENTOS DE MANTENIMIENTO EN ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA			
FORMATO 9			
TIPO DE UNIDAD	UNIDAD	AÑO	MES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>			
NÚMERO	REQUERIMIENTO		
1	<input type="text"/>		
2	<input type="text"/>		
3	<input type="text"/>		
4	<input type="text"/>		
5	<input type="text"/>		
6	<input type="text"/>		
7	<input type="text"/>		
8	<input type="text"/>		
9	<input type="text"/>		
10	<input type="text"/>		
<hr style="width: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> ELABORÓ		<hr style="width: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> ENLACE ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD	

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

114 de 129

11.32 CONCENTRADO MENSUAL DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA (FO-DGERO-04-32)

		INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA																						
CONCENTRADO MENSUAL DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA EN ALBERGUES Y RESIDENCIA DE DÍA																								
PERIODO		MAYO 2024															FECHA:							
NOMBRE DE LOS ALBERGUES O RESIDENCIAS DE DÍA	SERVICIOS BRINDADOS A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES																					PERSONAS ADULTAS MAYORES (USUARIAS)		
	SERVICIOS MÉDICOS			SERVICIOS DE CUIDADO						PSICOLOGÍA			TERAPIA OCUPACIONAL			TRABAJO SOCIAL								
	ATENCIÓN MÉDICA			ALIMENTACIÓN			ENFERMERÍA																	
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL			
		0			0			0			0			0			0			0			0	
		0			0			0			0			0			0			0			0	
		0			0			0			0			0			0			0			0	
		0			0			0			0			0			0			0			0	
		0			0			0			0			0			0			0			0	
		0			0			0			0			0			0			0			0	
		0			0			0			0			0			0			0			0	
TOTAL		0			0			0			0			0			0			0			0	

ATENCIÓN GERONTOLÓGICA	TOTAL DE SERVICIOS		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SERVICIOS MÉDICOS			0
SERVICIOS DE CUIDADO			0
PSICOLOGÍA			0
TERAPIA OCUPACIONAL			0
TRABAJO SOCIAL			0
TERAPIA OCUPACIONAL			0

OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORÓ

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN VALIDÓ

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

116 de 129

11.34 RECIBO CUOTAS DE RECUPERACIÓN (FO-DGERO-04-33)

	BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR		INAPAM INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Administración y Finanzas Subdirección de Recursos Humanos y Financieros R.F.C. INP790822PM7			
RECIBO DE CUOTA DE RECUPERACIÓN Albergue Alabama			
FECHA:	_____	NÚM.	_____
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR			
IMPORTE \$	_____	LA CANTIDAD DE: (_____)
CANTIDAD CON LETRA			
SERVICIO:	_____		
NOMBRE:	_____		
CARGO:	_____		
RECIBÍ / FIRMA			
<small>NOTA: "El dinero que se recibe y ampara la emisión de este recibo, deberá ser integrado a la cuenta bancaria asignada del INAPAM por el funcionario encargado del trámite."</small>			

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

117 de 129

11. 35 CONCENTRADO MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN (FO-DGERO-04-34)

No°	Nombre	Folio	Mes/Año de Expedición	Mes/Año que cubre	Importe
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

TOTAL: _____

Nombre y Firma del Enlace Administrativo de la unidad: _____ FECHA: _____

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ANEXO A. FORMATO DE VISTA DE SUPERVISIÓN

			
<p>Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Gerontología Formato de visita de Supervisión</p>			
Fecha de visita		Hora de visita	
		Inicio:	Término:
Tipo de Unidad			
Nombre de Unidad			
Ubicación			
Motivo de la visita			
Observaciones			
Recomendaciones y/o Acuerdos			
Nombre y firma de la persona responsable de la visita		Nombre y firma Enlace Administrativo de la Unidad	
<small>Avda. No. 75, Cid. Narvarte, CP. 06000, Alc. Ecatepec, Estado de México. Tel. 55 5617 1962 www.gob.mx/inapam</small>			

(Handwritten signatures and initials are present on the left and right sides of the form.)

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

119 de 129

ANEXO B. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE ALBERGUES Y RESIDENCIAS DE DÍA

	INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA			
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS ALBERGUES DEL INAPAM				
<p>Con la finalidad de evaluar la atención gerontológica que se brindan los Albergues e identificar áreas de oportunidad para mejorar los servicios, le solicitamos su colaboración para contestar esta breve encuesta. Sus respuestas son anónimas y serán utilizadas únicamente con fines estadísticos. Marcar con una X su respuesta.</p>				
Fecha: _____				
1. Nombre del Albergue: _____				
2. Sexo de la persona adulta mayor albergada		3. Edad de la persona adulta mayor: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
4. ¿Hace cuánto tiempo residen en el Albergue?				
5. ¿Motivo (s) por el que reside en el Albergue del INAPAM? Puede seleccionar más de una				
<input type="checkbox"/> Buscar compañía <input type="checkbox"/> Falta de recursos económicos <input type="checkbox"/> Recibir cuidados <input type="checkbox"/> Realizar actividades				
<input type="checkbox"/> Mejorar su estado de salud <input type="checkbox"/> Mantenerse activo <input type="checkbox"/> No tiene familiares <input type="checkbox"/> Otro (s) _____				
6. ¿Qué servicios ha recibido durante su estancia en el Albergue, en los últimos 6 meses? Puede seleccionar más de una.				
<input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Cuidados generales <input type="checkbox"/> Atención psicológica <input type="checkbox"/> Atención médica				
<input type="checkbox"/> Intervención de trabajo social <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Estimulación cognitiva <input type="checkbox"/> Otro (s) _____				
7. De manera general. Indique que tan satisfecha/o se encuentra con los servicios que ha recibido en el Albergue en los últimos 6 meses. En caso de que el Albergue no cuente con el servicio marcar No aplica (N/A)				
a) Alojamiento temporal	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
b) Alimentación	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
c) Cuidados generales	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
d) Atención médica	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
e) Atención psicológica	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
f) Intervención de trabajo social	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
g) Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
h) Estimulación cognitiva	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
Continúe en la parte de atrás...				
1				

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

120 de 129



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA



8. De manera general, evalúe el trato que le brinda el personal del Albergue durante estancia.

	Siempre	En ocasiones	Nunca
a) Es amable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Es respetuoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Es empático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Se conduce con profesionalismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Resuelve sus dudas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Muestra atención a sus necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Le proporciona información clara y útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Muestra capacidad en el desempeño de sus actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Fomenta su participación en las actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. De manera general, evalúe el desempeño del personal del Albergue. En caso de que el Albergue no cuente con el personal marcar. No aplica (N/A)

	Bueno	Regular	Malo	N/A
Enlace administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intendencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios social*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Las personas de servicio social no son personal de INAPAM, pero apoyan en el desarrollo de actividades

10.- ¿Cómo calificaría la atención proporcionada en el Albergue?

Buena Regular Mala

Continúe en la parte de atrás...

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

121 de 129



BIENESTAR

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA



INAPAM

11. De manera general. Evalúe las condiciones de las instalaciones del Albergue

- | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| a) Limpieza del centro | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Mala |
| b) Ventilación del centro | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Mala |
| c) Iluminación del centro | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Mala |
| d) Accesibilidad de los espacios | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Mala |
| e) Seguridad en los espacios (barandales, pasamos, cinta antiderrapante, etc.) | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Mala |
| f) Ubicación de salidas de emergencias | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Mala |

12. ¿Qué tan satisfecha/o se encuentra con la atención que brinda en el Albergue?

- Muy satisfecha/o Satisfecha/o Poco satisfecha/o Nada satisfecha/o

13. En caso de tener algún comentario y/o sugerencia sobre el personal o los servicios del Albergue, favor de anotarlos aquí.

Muchas gracias por su colaboración

Nombre y firma de la persona
que aplicó la encuesta

Folio: _____

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE RESIDENCIAS DE DÍA DEL INAPAM

Con la finalidad de evaluar la atención gerontológica que se brindan las Residencias de día e identificar áreas de oportunidad para mejorar los servicios, le solicitamos su colaboración para contestar esta breve encuesta.

Sus respuestas son anónimas y serán utilizadas únicamente con fines estadísticos.
Marcar con una X su respuesta.

Fecha: _____

1. Nombre de la Residencia de día: _____

2. Sexo de la persona adulta mayor residente

Hombre Mujer

3. Edad de la persona adulta mayor:

4. ¿Hace cuánto tiempo asiste a la Residencia de día? _____ 5. ¿Cuántos días a la semana asiste a la Residencia de día? _____

6. ¿Motivo (s) por el que asiste a la Residencia de día del INAPAM? Puede seleccionar más de una

Buscar compañía Falta de recursos económicos Recibir cuidados Realizar actividades
 Mejorar su estado de salud Mantenerse activo No tiene familiares Otro (s) _____

7. ¿Qué servicios ha recibido durante su estancia en la Residencia de día, en los últimos 6 meses? Puede seleccionar más de uno.

Alimentación Cuidados generales Atención psicológica Atención médica
 Intervención de trabajo social Terapia ocupacional Estimulación cognitiva Otro (s) _____

8. De manera general, indique que tan satisfecha/o se encuentra con los servicios que ha recibido en la Residencia de día en los últimos 6 meses. En caso de que la Residencia no cuente con el servicio marcar No aplica (N/A)

a) Alojamiento temporal	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
b) Alimentación	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
c) Cuidados generales	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
d) Atención médica	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
e) Atención psicológica	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
f) Intervención de trabajo social	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
g) Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A
h) Estimulación cognitiva	<input type="checkbox"/> Nada satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Satisfecha/o	<input type="checkbox"/> Muy satisfecha/o	<input type="checkbox"/> N/A

Continúe en la parte de atrás...

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

123 de 129

BIENESTAR		INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA		INAPAM	
9. De manera general, evalúe el trato que le brinda el personal de la Residencia de día durante estancia.					
		Siempre	En ocasiones	Nunca	
a) Es amable		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Es respetuoso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Es empático		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Se conduce con profesionalismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Resuelve sus dudas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Muestra atención a sus necesidades		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Le proporciona información clara y útil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Muestra capacidad en el desempeño de sus actividades		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) Fomenta su participación en las actividades		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. De manera general, evalúe el Desempeño del personal de la Residencia de día. En caso de que la Residencia no cuente con el personal marcar N/A					
	Bueno	Regular	Malo	N/A	
Enlace administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trabajo social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psicología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intendencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vigilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rehabilitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios social*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*Las personas de servicio social no son personal de INAPAM, pero apoyan en el desarrollo de actividades					
11. ¿Cómo calificaría la atención gerontológica proporcionada en la Residencia de día?					
	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
12. De manera general. Evalúe las condiciones de las instalaciones de la Residencia de día					
a) Limpieza del centro	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
b) Ventilación del centro	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
c) Iluminación del centro	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
d) Accesibilidad de los espacios	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
f) Seguridad en los espacios (barandales, pasamos, cinta antiderrapante, etc.)	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
e) Ubicación de salidas de emergencias	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala		
Continúe en la parte de atrás...					

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

124 de 129



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA



13. ¿Qué tan satisfecha/o se encuentra con la atención gerontológica que brinda en la Residencia de día?

Muy satisfecha/o Satisfecha/o Poco satisfecha/o Nada satisfecha/o

14. En caso de tener algún comentario y/o sugerencia sobre los servicios o el personal de la Residencia de día, favor de anotarlos aquí.

Muchas gracias por su colaboración

Nombre y firma de la persona
que aplicó la encuesta

Folio: _____

ANEXO C. REPORTE DE OBSERVACIÓN DE LA INTEGRACIÓN


REPORTE DE OBSERVACIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR
DATOS PERSONALES
Centro gerontológico: _____
Fecha de aplicación: _____ Fecha de Ingreso: _____
Nombre de la persona adulta mayor: _____ Edad: _____
Lugar de nacimiento: _____ Sexo: _____
Estado civil: _____ Religión: _____
Teléfono móvil: _____ Escolaridad: _____
Nombre (s) completo de su (s) responsable (s): _____

Marque con una "X" la respuesta que corresponda.

Estado de salud

La persona adulta mayor...		
1. ¿Una vez que ingresó al albergue, se ha observado alguna complicación en su estado de salud? En caso de responder que sí, especificar cual:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Está de acuerdo con que el personal le apoye en implementar hábitos de higiene personal? (bañarse, lavarse los dientes, manos, etc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha presentado alguna alteración en sus horarios de sueño?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Está de acuerdo con que el personal la apoye en la administración de medicamentos? (solo aplica en albergues)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Muestra disposición para la toma de sus signos vitales?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Consume los alimentos que se le proporcionan en el centro gerontológicos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
7. En caso de que el centro gerontológico cuente con el servicio de rehabilitación física ¿Se muestra dispuesta para recibir la atención?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

Área psicosocial

La persona adulta mayor...		
1. ¿Participa en las actividades organizadas por el personal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Se integra sin dificultad a las actividades ocupacionales en el centro gerontológico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Se muestra cómoda al participar en las actividades organizadas por el personal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Mantiene un trato cordial hacia el personal? En caso de responder no, brinde algún ejemplo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Permanece en espacios compartidos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Presenta iniciativa para conversar con otras persona adultas mayores y/o el personal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Se integra a conversaciones?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

126 de 129


BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
 PERSONAS ADULTAS MAYORES

8. ¿Se ha identificado que la persona adulta mayor evita hablar con las demás personas adultas mayores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Se muestra cómoda ante la presencia de otras personas adultas mayores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Permanece en su habitación la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Área afectiva

La persona adulta mayor...		
1. ¿Se muestra triste?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Se muestra irritable?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Llora con facilidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha expresado que desea regresar a su vivienda anterior?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Se ha observado que la persona adulta mayor pasa la mayor parte del tiempo dormida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Se muestra ansiosa o inquieta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Se muestra tranquila la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Área conductual

La persona adulta mayor...		
1. ¿Se ha identificado alguna falta de la persona mayor al Reglamento Interno? En caso de que la respuesta sea Sí, mencione cuál o cuáles: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Respeto horarios establecidos en la dinámica del albergue? (horarios para dormir, horarios para despertar, horarios de baño y de alimentos, etc.). En caso de que la respuesta sea negativa, especifique cuáles no respeta: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha manifestado quejas ante la dinámica del centro gerontológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha manifestado quejas respecto a las demás personas adultas mayores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Ha manifestado quejas sobre el personal del centro gerontológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿La persona adulta mayor ha presentado quejas sobre algún servicio del centro gerontológico? Especificar cuál: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7.- ¿Ha sido grosera o violenta con las demás personas adultas mayores o el personal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

127 de 129

**BIENESTAR**
SECRETARÍA DE BIENESTAR**INAPAM**
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES**Participación de (los) responsable (s) de la persona mayor**

La persona o personas responsables de la persona mayor...	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
1. ¿Se involucran en el cuidado y atención que recibe la persona mayor en el centro gerontológico? (llama por teléfono, visita a la persona mayor, aclara sus dudas sobre la dinámica de la unidad, atiende indicaciones del personal, entre otros...)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha visitado a la persona mayor? En caso de que sí, indique con qué frecuencia:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Durante su presencia en el centro, mantiene una adecuada convivencia con la persona adulta mayor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Mantiene comunicación con el personal del centro para atender las necesidades de la persona adulta mayor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Se comporta de manera cordial con la persona adulta mayor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Se comporta de manera cordial con el personal del centro gerontológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En el recuadro anterior, registre las observaciones de cada una de las áreas relacionadas a la integración de la persona adulta mayor (Anexar notas informativas en caso de ser necesario).

Observaciones

Código: MP-DGERO-04

Revisión: 04

128 de 129



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

¿El personal del centro gerontológico sugiere la permanencia de la persona apersona adulta mayor?

Si

No

Nota: El presente formato es de carácter orientativo, más no limitativo y complementar las observaciones realizadas por el personal durante el periodo de prueba de la persona adulta mayor.

Nombre y firma del personal médico

Nombre y firma del personal de trabajo social

Nombre y firma del Enlace administrativo

Nombre y firma del personal

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

12. TRANSITORIOS

PRIMERO. Los mecanismos establecidos en el presente Manual de procedimiento serán aprobados por el Comité de Mejora Regulatoria Interna del Instituto Nacional de las Personas Adulta Mayores (COMERI del INAPAM).

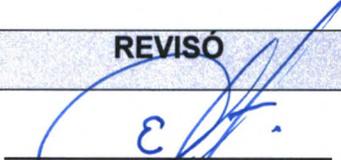
SEGUNDO. El presente Manual entrará en vigor al día siguiente de su inclusión en el Inventario del Sistema de Administración de Normas Internas de la Administración Pública Federal(SANI).

TERCERO. El presente Manual será de conocimiento público y podrá ser consultado en la Normateca Interna del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores, posterior a su aprobación.

13. CAMBIOS DE VERSIÓN

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE LA ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	Junio 2021	Emisión del documento normativo
02	Junio 2022	Actualización de anexos y procedimiento de ingreso.
03	Junio 2023	Integración de procedimiento de Informes mensuales y cuotas de recuperación y actualización del procedimiento de ingreso.
04	Junio 2024	Actualización de los controles internos para el registro de la atención gerontológica, los códigos de registro y los procedimientos de ingresos e informes mensuales.

14. CONTROL DE EMISIÓN

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
 C. Ana Luisa Gamble Sánchez Gavito Directora de Gerontología Junio, 2024	 Lcdo. Edgar Olivares Agustín Subdirector Jurídico Junio, 2024	 Lcdo. Jorge Alberto Valencia Sandoval Presidente del COMERI Junio, 2024