

GUIA PARA EL LLENADO DEL REGISTRO NOMINAL DE USUARIOS – CIAM (AL CIERRE DEL AÑO 2018)



DIRECCIÓN DE PERSONAS ADULTAS
MAYORES – GUÍA PARA EL LLENADO DEL
REGISTRO NOMINAL DE PERSONAS
ADULTAS MAYORES DEL CENTRO
INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO
MAYOR - CIAM

1. PRESENTACIÓN

La Dirección de Personas Adultas Mayores de la Dirección General de la Familia y la Comunidad del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, como ente rector sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, solicita información en el marco del Artículo 11° Numeral 11.2 de la Ley N° 30490 – Ley de la Persona Adulta Mayor y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 007-2018-MIMP. *“Los gobiernos locales informan anualmente, bajo responsabilidad, al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables sobre el funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM)”*.

La finalidad del Registro Nominal de los usuarios de cada Centro Integral de Atención del Adulto Mayor de las distintas municipalidades provinciales y distritales a nivel nacional es de vital importancia para poder manejar estadísticas que permitirán verificar el trabajo dentro de cada CIAM y obtener una base de datos actualizada la cual servirá como sustento para la toma de decisiones, en favor de la población Adulta Mayor.

En este contexto se presenta un manual para un adecuado llenado del Registro Nominal de usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor - CIAM, que le permitirá a la/el encargada/o del CIAM poder remitir una información actualizada.

2. OBJETIVO:

El adecuado llenado del Registro Nominal de usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM).

3. LLENADO:

INDICACIONES IMPORTANTES



- ✓ **Toda base de datos debe ser digitada en MAYÚSCULA.**
- ✓ **Todos los campos deben estar llenados**
- ✓ **Seguir los ejemplos del correcto llenado.**

La Dirección de Personas Adultas Mayores enviará el archivo de Excel (Registro Nominal) la cual consta de tres partes:

3.1. DIRECTORIO: En esta sección se pide información importante a través de una ficha para las coordinaciones pertinentes con el CIAM.

I. DATOS GENERALES:

01. DEPARTAMENTO	CALLAO
02. PROVINCIA	CALLAO
03. DISTRITO	BELLAVISTA
04. UBIGEO	070102
05. TIPO DE MUNICIPALIDAD, SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL MEF	D
06. NOMBRE MUNICIPALIDAD	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE BELLAVISTA
07. NOMBRE DEL CIAM	CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE BELLAVISTA
08. DIRECCION DEL CIAM	
09. REFERENCIA DEL CIAM	
10. N° ORDENANZA	N° 013-2016-MDB
11. FECHA DE CREACIÓN	24/05/2016
12. LINK DE ORDENANZA	

01. Se da un clic derecho a la celda que esta por llenar y se despliega la lista de DEPARTAMENTOS, luego elige el departamento que su CIAM pertenece.
02. Se da un clic derecho a la celda que esta por llenar y se despliega la lista de PROVINCIA, luego elige la provincia que su CIAM pertenece.
03. Se da un clic derecho a la celda que esta por llenar y se despliega la lista de PROVINCIA, luego elige la provincia que su CIAM pertenece.
04. De haber llenado DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO correctamente se completará automáticamente el UBIGEO.
05. De haber llenado DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO correctamente se completará automáticamente el TIPO DE MUNICIPLIDAD, según clasificación del Ministerio de Economía y Finanzas - MEF.

N°	Tipo	Jurisdicción
1	A	Provincial
2	B	Provincial
3	C	Distrital
4	D	Distrital
5	E	Distrital
6	F	Distrital
7	G	Distrital

06. Escribir el NOMBRE DE LA MUNICIPALIDAD, según, ejemplo mostrado.
07. Escribir el NOMBRE DEL CIAM, según, ejemplo mostrado.
08. Escribir la DIRECCIÓN DEL CIAM en letras mayúsculas.
09. Escribir la REFERENCIA DEL CIAM, es decir que referencias indica para poner ubicar el CIAM.
10. Se digita el número de ordenanza que se creó o se adecuó el CIAM, según, ejemplo mostrado.
11. Se digita la fecha de creación o adecuación del CIAM, según, ejemplo mostrado.
12. En esta celda se pega el link donde fue publicada la Ordenanza Municipal.



II. DATOS GENERALES DE LA ALCALDÍA:

13. ALCALDE (SA)	
14. TELÉFONO DEL ALCALDE (SA)	
15. CORREO ELECTRÓNICO DEL ALCALDE (SA)	
16. SECRETARIO (A) DEL ALCALDE (SA)	
17. TELÉFONO Y ANEXOS DE LA SECRETARIO (A) DEL ALCALDE (SA)	
18. CORREO ELECTRÓNICO DE LA SECRETARIO (A)	

- 13.** Escribir los NOMBRES Y APELLIDOS completos del Alcalde (sa).
14. Digitar el TELÉFONO del Alcalde (sa).
15. Escribir el CORREO ELECTRÓNICO del Alcalde (sa).
16. Escribir los NOMBRES Y APELLIDOS del Secretario (a).
17. Digitar el TELÉFONO Y LOS ANEXOS de la Secretaria del Alcalde (sa).
18. Escribir el CORREO ELECTRÓNICO del Secretario (a).

III. DATOS GENERALES DE LA GERENCIA MUNICIPAL:

19. NOMBRE DEL GERENTE (A) MUNICIPAL	
20. TELÉFONO DEL GERENTE (A) MUNICIPAL	
21. CORREO ELECTRÓNICO DEL GERENTE (A) MUNICIPAL	
22. RESPONSABLE DEL CIAM	
23. TELÉFONO DEL RESPONSABLE DEL CIAM	
24. CELULAR DEL RESPONSABLE CIAM	
25. CORREO ELECTRÓNICO DEL RESPONSABLE CIAM	

- 19.** Escribir los NOMBRES Y APELLIDOS completos del Gerente(a) Municipal.
20. Digitar el número TELÉFONO del Gerente(a) Municipal.
21. Escribir el CORREO ELECTRÓNICO del Gerente(a) Municipal.
22. Escribir los NOMBRES Y APELLIDOS del responsable del CIAM.
23. Digitar el TELÉFONO Y LOS ANEXOS del responsable del CIAM.
24. Digitar el número de CELULAR del responsable del CIAM.
25. Escribir el CORREO ELECTRÓNICO del responsable del CIAM.

3.2. ACTIVIDADES: En esta sección se pide información a detalle de las actividades realizadas durante el 2018 por los CIAM.

- ✓ Las actividades se dividen en tres tipos: las Actividades Funcionales, Recreativas - Culturales - Sociales y Cognitivas. (Deberá reconocer las actividades que realizó el CIAM, según tipo y sub-tipo).

TIPO DE ACTIVIDAD	SUB-TIPO	N°	TALLERES / ACTIVIDADES / SERVICIOS
ACTIVIDADES FUNCIONALES	DEPORTIVAS	1	Natación
ACTIVIDADES FUNCIONALES	DEPORTIVAS	2	Caminatas
ACTIVIDADES FUNCIONALES	DEPORTIVAS	3	Gimnasia de mantenimiento
ACTIVIDADES FUNCIONALES	DEPORTIVAS	4	Gimnasia rítmica
ACTIVIDADES FUNCIONALES	DEPORTIVAS	5	Ejercicios aeróbicos y de resistencia
ACTIVIDADES FUNCIONALES	DEPORTIVAS	6	Tai chí
ACTIVIDADES FUNCIONALES	DEPORTIVAS	7	Yoga
ACTIVIDADES FUNCIONALES	DEPORTIVAS	8	Fútbol
ACTIVIDADES FUNCIONALES	DEPORTIVAS	9	Voley
ACTIVIDADES FUNCIONALES	PRODUCTIVAS	11	Taller de Manualidades Diversas
ACTIVIDADES FUNCIONALES	PRODUCTIVAS	12	Taller de Biohuertos
ACTIVIDADES FUNCIONALES	PRODUCTIVAS	13	Taller de Reciclaje
ACTIVIDADES FUNCIONALES	PRODUCTIVAS	14	Taller de bordado y tejido
ACTIVIDADES FUNCIONALES	PRODUCTIVAS	15	Taller de Costura
ACTIVIDADES FUNCIONALES	PRODUCTIVAS	16	Taller de Cerámica
ACTIVIDADES FUNCIONALES	PRODUCTIVAS	17	Taller de Cocina
ACTIVIDADES FUNCIONALES	PRODUCTIVAS	18	Taller de Repostería
ACTIVIDADES FUNCIONALES	PRODUCTIVAS	19	Taller de Panadería
ACTIVIDADES FUNCIONALES	PRODUCTIVAS	20	Taller de Crianza de animales
ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y SOCIALES	CULTURALES	21	Taller de Danza
ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y SOCIALES	CULTURALES	22	Taller de Teatro
ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y SOCIALES	CULTURALES	23	Taller de Música (instrumentos musicales y canto)
ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y SOCIALES	CULTURALES	24	Taller de Pintura y Dibujo
ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y SOCIALES	CULTURALES	25	Taller de Escultura
ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y SOCIALES	RECREATIVAS	26	Paseos y visitas guiadas
ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y SOCIALES	SOCIALES	27	Actividad de integración familiar
ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y SOCIALES	SOCIALES	28	Encuentros intergeneracionales
ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y SOCIALES	RECREATIVAS	29	Saberes Productivos
ACTIVIDADES COGNITIVAS	MEMORIA	30	Taller de memoria
ACTIVIDADES COGNITIVAS	MEMORIA	31	Taller de Gimnasia Mental
ACTIVIDADES COGNITIVAS	MEMORIA	32	Juegos de memoria
ACTIVIDADES COGNITIVAS	LECTURA	33	Cuenta Cuentos (Casa de la Literatura)
ACTIVIDADES COGNITIVAS	LECTURA	34	Taller de Lectura Guiada o elaboración de libros
ACTIVIDADES COGNITIVAS	LECTURA	35	Taller de idiomas
ACTIVIDADES COGNITIVAS	LECTURA	36	Taller de Alfabetización
ACTIVIDADES COGNITIVAS	ESTIMULACIÓN	37	Taller de Origami
ACTIVIDADES COGNITIVAS	ESTIMULACIÓN	38	Taller de Computación
OTRAS ACTIVIDADES/SERVICIOS	SALUD	39	Fisioterapia
OTRAS ACTIVIDADES/SERVICIOS	SALUD	40	Podología
OTRAS ACTIVIDADES/SERVICIOS	SALUD	41	Oftalmología
OTRAS ACTIVIDADES/SERVICIOS	SALUD	42	Psicología
OTRAS ACTIVIDADES/SERVICIOS	SALUD	43	Descarte de enfermedades
OTRAS ACTIVIDADES/SERVICIOS	SALUD	44	Autocuidado
OTRAS ACTIVIDADES/SERVICIOS	LEGALES	45	Asesoría Legal
OTRAS ACTIVIDADES/SERVICIOS	LEGALES	46	Derechos de la PAM

➤ **INFORMACIÓN DE TALLERES ACTIVIDADES O SERVICIOS**

01	02	03	04	05
TALLERES / ACTIVIDADES / SERVICIOS	INDIQUE EL TALLER, ACTIVIDAD O SERVICIO QUE REALIZÓ EN EL CIAM	TIEMPO DE DURACIÓN DEL TALLER, ACTIVIDAD O SERVICIO (EN MESES)	¿CUÁNTAS PERSONAS PLANIFICARON ATENDER EN EL TALLER, ACTIVIDAD O SERVICIO?	N° DE VECES AL AÑO EN LAS QUE SE REALIZÓ EL TALLER
Natación	SI	3	50	1 a 2 veces
Caminatas	NO			
Gimnasia de mantenimiento	SI	1	65	1 a 2 veces

- 01.** En esta columna visualizará una lista de talleres, actividades y servicios clasificada por tipo y por subtipo, lo cual tendrá que identificar las actividades realizadas en el CIAM. **Es necesario no modificar las actividades y si existe otras actividades tendrá que especificar en "Otras Actividades" representada en los números 47, 48 o 49. (NO deberá aumentar más filas).**
- 02.** Después de haber identificado las actividades realizadas en el CIAM en el punto (01) deberá desplegar la celda e indicar SI (Sí realizó la actividad) o NO (No realizó la actividad).
- 03.** En esta columna se indica el tiempo de duración de los talleres, actividades y servicios realizados por el CIAM.
- 04.** En esta columna se indica la cantidad de personas que planificaron para los talleres, actividades y servicios realizados por el CIAM.
- 05.** Se indica el número de veces al año en que realizó los talleres, actividades y servicios por el CIAM, lo cual deberá desplegar la lista y elegir la respuesta.

TALLERES / ACTIVIDADES / SERVICIOS	PRIMERA VEZ			SEGUNDA VEZ		
	CANTIDAD DE PAM QUE PARTICIPÓ	FECHA INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA FIN (dd/mm/aaaa)	CANTIDAD DE PAM QUE PARTICIPÓ	FECHA INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA FIN (dd/mm/aaaa)
Natación	30	12/05/2018	12/06/2018	33	10/07/2018	11/08/2018
Caminatas						
Gimnasia de mantenimiento	55	05/02/2018	06/03/2018	52	02/08/2018	12/09/2018

- 06.** Se visualiza la lista de talleres, actividades y servicios que brinda el CIAM y según la repuesta que realizó en el número (05) deberá indicar que cantidad participó y las fechas de inicio y fin como indica el ejemplo.
- 07.** Se visualiza la lista de talleres, actividades y servicios que brinda el CIAM y según la repuesta que realizó en el número (05) deberá indicar que cantidad participó y las fechas de inicio y fin como indica el ejemplo.
Si la respuesta de la pregunta (05) de la actividad realizada es más de 3 veces deberá aumentar las columnas.

- 3.3. DATOS DE LOS USUARIOS:** Es en esta sección debe de tomar en cuenta cada una de las indicaciones para cada columna debido a que es muy importante la información que facilitará a nuestra dirección.

NÚMERO DE PAM USUARIAS/OS:	
FECHA DE REPORTE:	

En esta parte se indica el número de usuarios/as que están inscritos/as en el CIAM y la fecha que envía la información.

➤ **INFORMACIÓN DE LOS/AS USUARIOS/AS CIAM**

N°	1. NOMBRE DE CIAM	2. APELLIDO PATERNO DE LA PAM USUARIA	3. APELLIDO MATERNO DE LA PAM USUARIA	4. NOMBRE DE LA PAM USUARIA
1	CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE BELLAVISTA	ALVARADO	LUCERO	TEODORA
2	CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE BELLAVISTA	AMANQUE	SANCHEZ	CELESTINO
3	CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE BELLAVISTA	ANGULO	DE ROJAS	CRUZ ERMINIA

1. Nombre del CIAM, como indica el ejemplo.

2. Apellido paterno de la/el usuaria/o PAM.

3. Apellido materno de la/el usuaria/o PAM.

4. Nombres completos de la/el usuaria/o PAM.

Considerar que todo es en MAYÚSCULAS, y todos los campos deben de estar lleno.

5. TIPO DE DOCUMENTO	6. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD
L.E/DNI	80303237
L.E/DNI	33403100
L.E/DNI	33419526

5. El usuario debe poseer cualquiera de los documentos descritas en el cuadro.

Descripción Larga	Descripción Corta
Libreta Electoral o DNI	L.E/DNI
Carnet de Extranjería	CARNET EXT.
Reg. Único de Contribuyentes	RUC
Pasaporte	PASAPORTE
Part. De Nacimiento - Identidad	P. NAC.
Otros	OTROS

6. Digitar el número de documento de identidad de la/el usuaria/o PAM.

7. DEPARTAMENTO	8. PROVINCIA	9. DISTRITO	10. DIRECCIÓN DE LA PAM
CALLAO	CALLAO	BELLAVISTA	Av. Paseo de la República 345
CALLAO	CALLAO	LAPUNTA	Av. Miguel Grau 258
CALLAO	CALLAO	BELLAVISTA	Av. Oscar Benavides N° 3856

7. Indicar el Departamento que reside la/el usuaria/o PAM.
8. Indicar la Provincia que reside la/el usuaria/o PAM.
9. Indicar el Distrito que reside la/el usuaria/o PAM.
10. Indicar la dirección en que reside la/el usuaria/o PAM.

11. FECHA DE NACIMIENTO DE LA PAM (dd/mm/aaaa)	12. EDAD	13. SEXO
03/05/1944	75	M
29/03/1940	79	H
13/11/1952	66	M

11. Indicar la fecha de nacimiento de la/el usuaria/o PAM.
12. La edad de la/el usuaria/o PAM se visualizará automáticamente cuando haya indicado la fecha de nacimiento correctamente.
Cabe indicar que la Persona Adulta Mayor se considera a partir de los 60 años. Según ley N° 30490 y su Reglamento DS N° 007-2018-MIMP.
13. Indicar el sexo de la/el usuaria/o PAM H: Hombre o M: Mujer.

➤ **INGRESO DE LOS/AS USUARIOS DEL CIAM**

14. FECHA DE INGRESO DE LA PAM AL CIAM (dd/mm/aaaa)	15. ¿SE LE APLICÓ PRUEBAS VACAM?	16 ESTADO DE INGRESO EN CAPACIDAD FUNCIONAL	17. ESTADO DE INGRESO DE LA CAPACIDAD COGNITIVA	18. ESTADO DE INGRESO EN CAPACIDAD SOCIO FAMILIAR
12/06/2017	SI	Dependiente parcial	Deterioro cognitivo moderado	Existe riesgo social
02/01/2017	NO			
01/03/2017	SI	Dependiente parcial	Deterioro cognitivo moderado	Existe riesgo social

14. Indicar la fecha de ingreso de la/el usuaria/o PAM al CIAM.

15. Indicar si la/el usuaria/o PAM se le aplicó la prueba VACAM, deberá desplegar la celda e indicar **SI** (Sí se aplicó) o **NO** (No se aplicó).

- El Formato de Atención Integral del Adulto Mayor es un instrumento que tiene la finalidad de desarrollar la Valoración Clínica del Adulto Mayor - VACAM, colaborando en el proceso diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, destinado a cuantificar *en términos funcionales* las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales con la intención de elaborar un plan de atención individualizada basada en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, según corresponda.

16. En esta columna se selecciona el estado de ingreso en capacidad funcional, **deberá desplegar la lista y se elegirá una opción: Independencia, Dependiente Parcial o Dependiente Total.**

- **Capacidad Funcional:** Es la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar actividades de la vida diaria.

17. En esta columna se selecciona el estado de ingreso en capacidad cognitiva, **deberá desplegar la lista y se elegirá una opción: No deterioro cognitivo, Deterioro cognitivo leve, Deterioro cognitivo moderado y Deterioro severo.**

- **Capacidad Cognitiva:** Se refiere a lo relacionado con el procesamiento de la información, esto es la atención, percepción, memoria, resolución de problemas, comprensión, establecimientos de analogías entre otras.

18. En esta columna se selecciona el estado de ingreso en capacidad social-recreativa, **deberá desplegar la lista y se elegirá una opción: Buena o aceptable situación social, Existe riesgo social o Existe problemas sociales.**

- **Capacidad Socio - Familiar:** Se refiere al ámbito de socialización, círculo de amigos y familiares, por lo tanto, ambas se complementan.

*Si el PAM no cuenta con un Diagnóstico de ingreso en capacidad funcional, cognitiva y social- recreativa no responder. Cabe resaltar que habrá una capacitación por parte de la Dirección de Personas Adultas Mayores –DIPAM.

➤ ESTADO ACTUAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR

19. PARTICIPACIÓN DEL PAM INACTIVO: SIN PARTICIPAR 3 MESES O INDICÓ SU SALIDA	20. FECHA DE EVALUACIÓN ANUAL DE LA PAM AL CIAM (dd/mm/aaaa)	21. ESTADO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL	22. ESTADO DE LA CAPACIDAD COGNITIVA	23. ESTADO DE LA CAPACIDAD SOCIO FAMILIAR
PAM ACTIVA/O	24/04/2018	Independiente	Deterioro cognitivo leve	Buena o aceptable situación social
PAM INACTIVA/O				
PAM ACTIVA/O	24/05/2018	Independiente	Deterioro cognitivo leve	Buena o aceptable situación social

19. Indicar la participación del PAM si es activo o inactivo

- Si dejo de participar 3 meses o indicó su salida, será **INACTIVA/O**.

20. Fecha de Evaluación Anual de la/el PAM usuaria/o que se determinó las preguntas 21, 22 y 23.

21. Indicar el estado de capacidad funcional actual, lo cual deberá desplegar la lista y se elige una opción: Independencia, Dependiente parcial o Dependiente Total.

22. Estado de capacidad cognitiva actual, lo cual deberá desplegar la lista y se elige una opción: No deterioro cognitivo, Deterioro cognitivo leve, Deterioro cognitivo moderado y Deterioro severo.

23. Estado de capacidad socio- familiar actual, lo cual deberá desplegar la lista y se elige una opción: Buena o aceptable situación social, Existe riesgo social o Existe problemas sociales.

24. ¿PARTICIPA EN ACTIVIDADES FUNCIONALES?	25. ¿PARTICIPA EN ACTIVIDADES SOCIO- FAMILIARES?	26. ¿PARTICIPA EN ACTIVIDADES COGNITIVAS?	27. ¿PARTICIPA EN OTRAS ACTIVIDADES?
SI	SI	NO	NO
SI	NO	SI	NO

24. Indicar si participa en Actividades Funcionales, lo cual deberá desplegar la lista e indicar **SI** (Sí la PAM participa en actividades funcionales) o **NO** (Sí la PAM no participa en actividades funcionales).

25. Indicar si participa en Actividades de Socio – Familiares, lo cual deberá desplegar la lista e indicar **SI** (Sí la PAM participa en actividades socio- familiares) o **NO** (Sí la PAM no participa en actividades socio- familiares).

26. Indicar si participa en Actividades Cognitivas, deberá desplegar la lista e indicar **SI** (Sí la PAM participa en actividades cognitivas) o **NO** (Sí la PAM no participa en actividades cognitivas).

27. Indicar si la PAM usuaria participa en otras actividades.



- ✓ Todos los campos requeridos deben estar rellenos correctamente.
- ✓ Digitar todos los campos en MAYÚSCULAS.
- ✓ Deben ser cuidadosos con la Digitación no debe haber otro formato distinto al de los ejemplos.
- ✓ No modificar la matriz.
- ✓ Al terminar el llenado del Directorio y las Actividades deberá dar clic al Botón “Registrar información en la Base de Datos” que se encuentra en la parte superior de la Ficha y Matriz.

Registrar información
en la Base de Datos

- ✓ El Registro Nominal de usuarios se enviará al correo dipamciam@mimp.gob.pe y se indicará en el asunto: **DEPARTAMENTO – PROVINCIA – DISTRITO – CIAM.**

DIRECTORIO			
NOMBRE	TELEFONO	ANEXO	CORREO
Libia Guerrero Trejo	626-1600	5120	aguerrero@mimp.gob.pe
Delia Liz Benites Román	626-1600	5114	dbenites@mimp.gob.pe
Katherine Carreal Doza	626-1600	5116	fcarreal@mimp.gob.pe

GRACIAS POR SU TRABAJO CON LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

ANEXOS

ANEXO N°01

ANEXO N° : FICHA DE INSCRIPCION DE PAM EN CIAM			
Ubicación del CIAM	Departamento		
	Provincia		
	Distrito		
	Nombre del CIAM		
Datos personales de la PAM	Nombre y apellido		
	Edad	<input type="text"/>	
	Teléfono	<input type="text"/>	
	Correo	<input type="text"/>	
	Fecha de nacimiento:	Nº DNI:	
	Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	
	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> 1 Conviviente <input type="checkbox"/> 3 Divorciado <input type="checkbox"/> 5 Casado <input type="checkbox"/> 2 Separado <input type="checkbox"/> 4 Viudo <input type="checkbox"/> 6	
	Nro. de hijos	<input type="text"/>	
	Donde nació	Departamento	
		Provincia	
Distrito			
Donde vive actualmente	Departamento		
	Provincia		
	Distrito		
	Dirección		
Educación	Sabe leer y escribir	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
	Nivel de estudio	Sin instrucción <input type="checkbox"/> 1 Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 4 Superior Técnica Incompleta <input type="checkbox"/> 7	
		Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 2 Secundaria completa <input type="checkbox"/> 5 Superior Univ. Completa <input type="checkbox"/> 8	
		Primaria completa <input type="checkbox"/> 3 Superior Técnica Completa <input type="checkbox"/> 6 Superior Univ. Incompleta <input type="checkbox"/> 9	
	En caso de tener estudio técnico o universitario, indicar la carrera o profesión		
Característica de la vivienda	La vivienda es:	Propia <input type="checkbox"/> 1 Alquilada <input type="checkbox"/> 2 Otros <input type="checkbox"/> 3	
	Tipo de vivienda	Casa independiente <input type="checkbox"/> 1 Vivienda improvisada <input type="checkbox"/> 4 Vivienda en casa de vecindad (Callejón solar o corralón) <input type="checkbox"/> 7	
		Departam. en edificio <input type="checkbox"/> 2 Chozo o cabaña <input type="checkbox"/> 5	
Vivienda en quinta <input type="checkbox"/> 3 Otros <input type="checkbox"/> 6			
Afilación	Se encuentra afiliado?	SIS (Seguro Int. de Salud) <input type="checkbox"/> 1 Seguro de FFAA / PNP <input type="checkbox"/> 4 Ninguno <input type="checkbox"/> 7	
		ESSALUD <input type="checkbox"/> 2 Seguro privado <input type="checkbox"/> 5	
		AUS (Aseguramiento U. en S.) <input type="checkbox"/> 3 Otros <input type="checkbox"/> 6	
Trabajo	Actualmente trabaja?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 (Pasar a la pregunta: 'Otras fuentes de ingreso')	
	Tipo de ocupación?	Empleado <input type="checkbox"/> 1 Trabajador familiar <input type="checkbox"/> 4	
		Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> 2 Trabajador del hogar <input type="checkbox"/> 5	
		Obrero <input type="checkbox"/> 3 Otro (Especificar) <input type="checkbox"/> 6	
Ingreso mensual aproximado	<input type="text"/>		
Otras fuentes de ingreso	Recibe pensión <input type="checkbox"/> 1 Recibe renta de su casa o de otra propiedad <input type="checkbox"/> 5		
	Ayuda de un familiar <input type="checkbox"/> 2 Negocio propio <input type="checkbox"/> 6		
	Ayuda de otra persona <input type="checkbox"/> 3 Pensión por viudez o divorcio <input type="checkbox"/> 7		
	Tiene ahorros <input type="checkbox"/> 4 Otros (Especificar) <input type="checkbox"/> 8		
	Ingreso mensual aproximado (Otras fuentes de ingreso)	<input type="text"/>	

GUIA PARA EL LLENADO DEL REGISTRO NOMINAL DE USUARIOS – CIAM (AL CIERRE DEL AÑO 2018)

Salud	Sufre de algún problema de salud?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Mencionar el problema que padece En caso de padecer un problema de salud, está recibiendo tratamiento? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2																																			
Discapacidad	Tiene dificultades?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Aspectos</th> <th>Ninguna dificultad</th> <th>Cierta dificultad</th> <th>Mucha dificultad</th> <th>No puedo del todo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Para ver</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Para escuchar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Para caminar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Para recordar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Para el cuidado propio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Para comunicarse</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Aspectos	Ninguna dificultad	Cierta dificultad	Mucha dificultad	No puedo del todo	Para ver	1	2	3	4	Para escuchar	1	2	3	4	Para caminar	1	2	3	4	Para recordar	1	2	3	4	Para el cuidado propio	1	2	3	4	Para comunicarse	1	2	3	4
Aspectos	Ninguna dificultad	Cierta dificultad	Mucha dificultad	No puedo del todo																																	
Para ver	1	2	3	4																																	
Para escuchar	1	2	3	4																																	
Para caminar	1	2	3	4																																	
Para recordar	1	2	3	4																																	
Para el cuidado propio	1	2	3	4																																	
Para comunicarse	1	2	3	4																																	
Violencia Familiar	Ha sufrido o sufre algún tipo de maltrato?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Especificar:																																			
Inscripción	Motivo por el cual se quiere inscribir al CIAM																																			
	Que servicio se esperar recibir del CIAM																																			
Hogar	Mencione las personas que viven permanentemente con usted	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Miembros</th> <th>Teléfono</th> <th>Cuál es la relación de parentesco con usted?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Relación de parentesco: Esposa(o) = 1 Hermana(o) = 3 Nieta(o) = 5 Otros parientes = 7 Hija(o) = 2 Yerno/Nuera = 4 Padre/Suegro = 6 Otros no parientes = 8</p>	Miembros	Teléfono	Cuál es la relación de parentesco con usted?																																
Miembros	Teléfono	Cuál es la relación de parentesco con usted?																																			

ANEXO N°02

FORMATO DE EVALUACIÓN FUNCIONAL

1. DATOS GENERALES:

1.1. Nombres

Apellidos:..... y

1.2. Edad:

Sexo:

1.3. Fecha de ingreso al taller o servicio:

2. VALORACIÓN FUNCIONAL - KATZ

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Actividades Básicas	Dependiente	Independiente
5.1 Lavarse		
5.2 Vestirse		
5.3 Uso del Servicio Higiénico		
5.4 Movilizarse		
5.5 Continencia		
5.6 Alimentarse		

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

Actividades Básicas	Diagnóstico
INDEPENDIENTE	(1)
DEPENDIENTE PARCIAL	(2)
DEPENDIENTE TOTAL	(3)

- (1) Ningún ítem positivo de dependencia
- (2) De 1 a 5 ítems positivos de dependencia
- (3) 6 ítems positivos de dependencia

6. CONCLUSIÓN:

a) Persona Adulta Mayor Activa Saludable ¹	
b) Persona Adulta Mayor Enferma ²	
c) Persona Adulta Mayor Frágil ³	
d) Paciente Geriátrico Complejo ⁴	

Personal del CIAM

¹ Sin antecedentes de riesgo, examen físico normal

² Alguna afección, habitualmente no invalidante

³ Cumple 2 o más de las siguientes: Mayor de 80 años, dependencia parcial, deterioro cognitivo leve o moderado, manifestaciones depresivas, riesgo social, caídas, pluripatología, enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial, polifarmacia, hospitalización en los últimos 12 meses, IMC= Menor a 23, Mayor a 28.

⁴ Cumple 3 o más de las siguientes: El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante, deterioro cognitivo severo, paciente terminal, existe problema social en relación a su estado de salud y todas las mencionadas en el inciso (c).

Anexo N°03

FORMATO DE ASPECTO SOCIO FAMILIAR

Puntos	SITUACIÓN FAMILIAR
1	Vive con familia
2	Vive con cónyuge
3	Vive con otros (No parientes)
4	Vive sólo y tiene hijos
5	Vive sólo y carece de hijos
SITUACIÓN ECONÓMICA	
1	Con salario
2	Con pensión
3	Ingreso eventual / propinas
4	Mendicidad
5	Sin ningún tipo de ingreso
VIVIENDA	
1	Con vivienda propia
2	Con vivienda alquilada
3	En situación de alojado (vecinos, asociaciones, otros)
4	En lugares inadecuados para vivienda (hospitales, comisarias, otros)
5	Sin vivienda
RELACIONES SOCIALES	
1	Mantiene relaciones sociales con la familia y amigos
2	Mantiene relación social con la familia
3	Relación social solo con el entorno
4	Relación social de manera eventual
5	No tiene relaciones sociales
APOYO DE LA RED SOCIAL (INSTITUCIONES, MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)	
1	No necesita apoyo
2	Requiere apoyo familiar o vecinal
3	Cuenta con familia pero requiere apoyo para restitución de derechos
4	No cuenta con familia pero requiere apoyo para restitución de derechos
5	Situación de abandono familiar / social

CONCLUSIÓN: ASPECTO SOCIO - FAMILIAR		
Buena/aceptable situación social	<input type="checkbox"/>	De: 5 a 9 puntos
Existe riesgo social	<input type="checkbox"/>	De: 10 a 14 puntos
Existe problema social	<input type="checkbox"/>	De: ≥ 15 puntos

Observación:

.....

Anexo N°04

FORMATO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

I. EVALUACIÓN COGNITIVA:

1. ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO		
¿Cuál es la fecha hoy? (día, mes, año).....	0	1
¿Qué día de la semana es hoy?	0	1
2. ORIENTACIÓN EN ESPACIO		
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	0	1
¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección completa?	0	1
¿Cuántos años tiene?	0	1
¿Dónde nació? ¿Fecha de nacimiento? (día, mes, año)	0	1
4. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
¿Resta de 3 en 3 desde el 20 (cualquier error hace errónea la respuesta	0	1
5. MEMORIA		
¿Cuál es el nombre del presidente del gobierno?.....	0	1
¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	0	1
Dígame el primer apellido de su madre	0	1
TOTAL		

Calificación	
No deterioro Cognitivo : 0- 2 errores	<input type="checkbox"/>
Deterioro Cognitivo Leve : 3-4 errores	<input type="checkbox"/>
Deterioro Cognitivo Moderado: 5-7 errores	<input type="checkbox"/>
Deterioro Cognitivo Severo: 8-10 errores	<input type="checkbox"/>
0 = no hay error	
1 = errores	

II. EVALUACIÓN AFECTIVA:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE					
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO	16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SÍ	NO
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SÍ	NO	17. ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SÍ	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO	18. ¿Está muy preocupado por el pasado?	SÍ	NO
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SÍ	NO	19. ¿Encuentra la vida muy estimulante?	SÍ	NO
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	SÍ	NO	20. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SÍ	NO
6. ¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SÍ	NO	21. ¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
7. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SÍ	NO	22. ¿Siente que su situación es desesperada?	SÍ	NO
8. ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SÍ	NO	23. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SÍ	NO
9. ¿Se siente feliz muchas veces?	SÍ	NO	24. ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SÍ	NO
10. ¿Se siente a menudo abandonado?	SÍ	NO	25. ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SÍ	NO
11. ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SÍ	NO	26. ¿Tiene problemas para concentrarse?	SÍ	NO
12. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO	27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	SÍ	NO
13. ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SÍ	NO	28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SÍ	NO
14. ¿Le da la impresión de que tiene más problemas de memoria que los demás?	SÍ	NO	29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SÍ	NO
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SÍ	NO	30. ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	SÍ	NO

ESTADO AFECTIVO DE LA PERSONA ADULTO MAYOR

1. No Depresión	:	0 – 9 puntos	<input type="text"/>
2. Depresión Moderada:		10 – 19 puntos	<input type="text"/>
3. Depresión Severa	:	20 – 30 puntos	<input type="text"/>

I. EVALUACION DE ADAPTACIÓN SOCIAL

DIMENSIONES	ITEMS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
COMUNICACIÓN	¿Tiene iniciativa o muestra interés para comunicarse con sus compañeros y con el personal?			
RELACIONES	¿Procura mantener relaciones saludables con las personas del establecimiento?			
ACTITUD	¿Muestra una actitud positiva frente a las normas y reglas del establecimiento?			
TIEMPO LIBRE	¿Tiene iniciativa para participar en actividades que mejoren su calidad de vida?			
<i>Fuente: Dimensiones basadas en la Encuesta de Calidad de Vida COOP/WONCA y la Escala de Condiciones Sociales y de Adaptación Social.</i>				

OBSERVACIONES GENERALES:

Responsable del CIAM