SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
DIMENSION SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA SOCIAL
VIGILANCIA SALUD PUBLICA
EPIDEMIOLOGIA

FORMATO REPORTE DE CASOS CONDUCTA SUICIDA

La ficha de notificación departamental es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/08

Vigilancia departamental de la conducta suicida: Ideación suicida - amenaza suicida (Cutting) - Suicidio consumado. Ficha Opital 88883 802 V 01 2023 25 04

INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre de la entidad que reporta el caso APS

1.2 Municipio de ocurrencia Gachalá **1.3 Fecha de ocurrencia (dd-mm-aaaa)** 29 05

1.4 Caso detectado por: o 1. Consulta o 2. Urgencias ✕ 3. Búsqueda activa institucional o 4. Colegio o 5. Comunidad o 6. Otro

2. INFORMACION DEL PACIENTE

2.1 Primer nombre Alex **2.2 Segundo nombre** Henry

2.3 Primer apellido Rubiano **2.4 Segundo apellido** Mtq

2.5 Tipo de documento o RC o TI ✕ CC o CE o PA o MS o AS o PE o CN

2.6 Número de identificación 41750332

RC: REGISTRO CIVIL | TI: TARJETA IDENTIDAD | CC: CÉDULA CIUDADANÍA | CE: CÉDULA EXTRANJERÍA | PA: PASAPORTE | MS: MENOR SIN ID | AS: ADULTO SIN ID | PE: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

2.7 Edad 67 **2.8 Unidad de medida de la edad** o 1. Años o 2. Meses o 3. Días **2.9 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)** 4 10 1957

2.10 Departamento de residencia Cundinamarca **2.11 Municipio de residencia** Gachalá **2.12 Dirección de residencia** Vereda Santa María **2.13. Barrio / Vereda**

2.14. Teléfono — **2.15. Escolaridad** o 1. Desescolarizado o 2. Primaria o 3. Secundaria o 4. Universitario o 6. Posgrado **2.16 Ocupación** Desempleada **2.17 Sexo** o M. Masculino ✕ F. Femenino

2.18 Estado de aseguramiento o P. Excepción o E. Especial ✕ Contributivo o S. Subsidiado o N. No Asegurado o I. Indeterminado/ pendiente **2.19 Entidad aseguradora** Nueva EPS **2.20 Población diferencial** o 1. Habitante de calle o 2. Población LGTBI o 3. Desmovilizado o 4. Discapacitado o 5. Víctima de conflicto armado o 6. Desplazado o 7. Gestante o 8. Población a cargo de ICBF o Otro

2.21 Área de ocurrencia del caso o 1. Cabecera municipal o 2. Centro poblado o 3. Rural disperso

3. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL EVENTO

3.1 Tipo de conducta suicida o 1. Ideación suicida o 2. Suicidio consumado ✕ 3. Amenaza suicida (Cutting)

3.2 Identificación de factores de riesgo (a mayor número de factores incrementa el riesgo suicida, puede relacionar todos los que detecte de ideación - consumado o suicidio (Ingrese en cada opción el orden de prioridad, indique máximo 3).

Ideación: Deseo, pensamientos y plan para cometer un acto suicida, con o sin método especifico, que incluya uno o mas de las siguientes opciones

- 1 Psicopatológicas. Ej. Depresión, ansiedad, mixta
- Duelo no elaborado
- Historia familiar disfuncional
- Antecedentes de suicidio en la familia
- Enfermedades asociados por condición de discapacidad
- — Eventos vitales estresantes. Ej. Divorcio, abandono, pérdida de una relación
- Matoneo Bullying
- Problemas escolares (dificultades de aprendizaje y/o disciplinarios)
- Presenta consumo de sustancias psicoactivas
- — Intentos de suicidio previos independiente del método empleado

Suicidio: Teniendo presente que el suicidio es un evento para el núcleo familiar y en el grupo social cercano, es posible que se generen conductas que repliquen el mismo patrón suicida, por lo tanto se hace necesario evaluar la condición en estos entorno, para generar acciones pertinentes que conlleven a la detección temprana y prevención del evento

O 1. Factor de riesgo. Exposición ante eventos de suicidio en el contexto social o información sobre eventos de suicidio por medio de comunicación

3.3 Área de ocurrencia del caso

o 1. Hogar o 2 Lugar de trabajo o 3. Vía pública o 4. Establecimiento público o 5. Institución educativa o 6. Terreno baldío o 7. Centro de atención médica o 8.Áreas deportivas o recreativas o 9.Lugar pública no especifico o 10. Otro

3.4 Mecanismo o 1. Ahorcamiento o 2 Proyectil de arma de fuego o 3. Intoxicación/envenenamiento o 4. Lanzamiento al vacío o 5. Objeto corto punzante o 6. Sofocación (asfixia) o 7. Arrojarse a objeto en movimiento o 8. Otro

3.5 En caso que el mecanismo sea intoxicacion – envenamiento. Nombre del producto implicado

3.6 En caso de presentar trastorno mental: o 1. Si o 2. No **Cuál?**_____

3.7 La persona es remitida a servicio de salud mental o 1. Si o 2. No

4. NOTIFICACIÓN

4.1. Fecha del reporte (dd/mm/aaaa) 29 05 2025 **4.2 Condición final** ✕ 1. Vivo o 2 Muerto

4.3 Nombre de quien diligencia el formulario Adra Rodríguez Acta **4.4 Cargo ó profesión:** Auxiliar de Enfermería

4.4 Seguimiento: o 1. Telefónico o 2. Visita de campo o 3. Consulta ✕ Remitido a psicología/Psiquiatría

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
NIT. 860.035.447-1
Guatavita 29 de Mayo 2025

Radicado cf-2025 2440
ALCALDÍA DE GUATAVITA
Despacho Alcaldía
29 MAY 2025
Recibí: Leidy Pena
Hora: 1:08 pm

DOCTORA
JULIA VELANDIA
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL

Asunto: Caso paciente CC 41.750.332 FMRM

Cordial saludo

En relación con el asunto, desde la subgerencia científica y del PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARA EN SALUD APS , se informa sobre un caso de una paciente de 67 años ubicada en la vereda Santa María, del municipio de Guatavita, a esta usuaria posterior de dos visitas sin éxito a su hogar, se pudo realizar la visita donde la vecina y se identificó, que la usuaria vive sola, al parecer no tiene una buena red de apoyo ni familiar, manifiesta tener dos hijos pero que no da datos de ellos , no tiene ningún ingreso económico para su sostenimiento y manifiesta que sus alimentos son ofrecidos por la caridad de algunos vecinos, a pesar de la intervención en salud y el plan establecidos desde el programa APS, es necesario y se considera oportuna la intervención con los diferentes programas sociales para que la usuaria tenga algún tipo de beneficio y así poder suplir sus necesidades y adicional la intervención para la ayuda del contacto por parte de familia extensa.

Cordialmente

CLARA ISABEL SUAREZ CUBIDES
SUBGERENTE CIENTIFICA

GLORIA RODRIGUEZ ACHURY
AUXILIAR SALUD PUBLICA APS

Powered by CamScanner