Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 07**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	PSICOLOGIA
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): JORGE ANDRES		APELLIDOS: HURTADO TRIANA		EDAD: 38
TIPO ID: CC	N° ID 1088250381	**EAPB**	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3126879203	DIRECCION: MANZANA CASA 11			BARRIO: COLINAS DEL TRIUNFO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): DIANA MARCELA		APELLIDOS: RESTREPO HURTADO		
TIPO ID: CC	N° ID 1088303658	EDAD: 32	**EAPB**	
TELEFONO: 3126879203	DIRECCION: MANZANA CASA 11			BARRIO: COLINAS DEL TRIUNFO

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	E.S.E SALUD PEREIRA	OTRA(S)

Observaciones: ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD – SALUD TOTAL

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

TENIENDO EN CUENTA SITUACION ADVERSA (FALLECIMIENTO DE SU HIJA) QUE NO HA SIDO ELABORADA Y QUE EN LA ACTUALIDAD GENERA MOVILIZACIONES DE TIPO EMOCIONAL AFECTANDO ASI SUS DINAMICAS DIARIAS, SE HACE PERTINENENTE INICIAR RUTA EN SALUD MENTAL POR PSICOLOGIA

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

AUSENSIA DE HERRAMIENTAS FRENTE A LA APARICION DE FACTORES DETONANTES FRENTE A LA PERDIDA DE SU HIJA MENOR

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

COMPROMISO POR PARTE DE REDES DE APOYO ES BRINDAN ACOMPAÑAMIENTO CONSTANTE ANTE LA APARICION DE AFECTACIONES.
ACOMPAÑAMIENTO A DIVERSAS AREAS QUE SEAN PERTINENTES PARA ELABORACION DEL DUELO DE MANERA ADECUADA.

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS** **N° Tarjeta Profesional:** 128066 **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA

Remisiones Mental SEM <remisionesmentalsem@pereira.gov.co>

Solicitud gestión del riesgo en salud mental

Remisiones Mental SEM <remisionesmentalsem@pereira.gov.co> 15 de mayo de 2025, 8:43 a.m.
Para: auditorias_risaralda@nuevaeps.com.co

Cordial saludo,

Deseando éxitos en sus labores,

Se solicita asignación de cita **PRIORITARIA** por **PQUIATRIA** para **usuario/a** Luz Marina Lopez Pérez , **identificado con C.C.** 25154248**, 71** años de edad**, Teléfono 3006920237** , presenta Dx de Alzheimer sin medicamentos porque no han logrado obtener cita
.....**se agradece el envío de fecha de asignación de cita, y aceptación de usuario(a)...**

--
María Jirleza Montoya A.
Psicóloga Esp. en SST,
Gerencia y Control de Riesgos
Coordinadora SEM Salud Mental Pereira
Celular: 3148960541

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 11**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	PSICOLOGIA
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): HERNEY ALONSO			APELLIDOS: RIVERA GUEVARA	EDAD: 37
TIPO ID: CC	N° ID 1060588084	**EAPB**	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN: MEZTIZO
TELEFONO: 3018229802	DIRECCION: CR1 CALLE 24 #23 - 57			BARRIO: EL LAGO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S):			APELLIDOS:	
TIPO ID: CC	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO:	DIRECCION:			BARRIO:

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
SANITAS		

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

urgente

PACIENTE QUE LLAMA A LA LINEA ATENCION TENIENDO EN CUENTA QUE HA PRESENTADO IDEACIONES SUICIDAS POR SITUACIONES ADVERSAS EN LA ACTUALIDAD.

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

CONDUCTA SUICIDA

DENTRO DE LOS FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS SE ENCUENTRA QUE POR MEDIO DE LLAMADA TELEFONICA EL USUARIO REFIERE QUE EN SU CASA SE IDENTIFICAN OBJETOS CORTOPUNZANTES, VENENO PARA RODEORES.
NO SE IDENTIFICAN REDES DE APOYO YA QUE SU FAMILIA SE ENCUENTRA EN OTRO MUNICIPIO.

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

EL USUARIO SE COMPROMETE A RETIRAR OBJETOS DE RIESGO EN SU ENTORNO HABITACIONAL DIMINUYENDO ASI REPERCUSIONES TENIENDO EN CUENTA IDEACIONES SUICIDAS.

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS** **N° Tarjeta Profesional:** 128066 **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 19**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA				
NOMBRE(S): HERNEY ALONSO		APELLIDOS: RIVERA GUEVARA		EDAD: 37
TIPO ID: CC	N° ID 1060588084	**EAPB**	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN: MEZTIZO
TELEFONO: 3018229802	DIRECCION: CR1 CALLE 24 #23 - 57			BARRIO: EL LAGO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S):		APELLIDOS:		
TIPO ID: CC	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO:	DIRECCION:		BARRIO:	

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION		
EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
SANITAS		

Observaciones:

SE REALIZA REMISION A MEDICINA GENERAL DANDO CONTINUIDAD AL CONDUCTO FRENTE A RUTA EN SALUD MENTAL POR PSIQUITARIA.

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

PRIORITARIA

TENIENDO EN CUENTA QUE EL USUARIO ASISTE A CITA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA CLINICA, SE EVIDENCIA DENTRO DE LA HISTORIA CLINICA LA IMPORTANCIA DE LA ARTICULACION CON OTROS ESPECIALISTAS COMO PSIQUIATRIA, TENIENDO EN CUENTA QUE SE EVIDENCIAN SINTOMAS DE TIPO PATOLOGICOS QUE PUEDEN CONVERTIRSE EN RIESGO A MEDIANO Y LARGO PLAZO

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

DENTRO DE LOS FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS SE ENCUENTRAN IDEACIONES SUICIDAS

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

EL USUARIO SE COMPROMETE EN ASISTIR A CONTROLES POR ESPECIALISTAS Y SEGUIR LAS RECOMENDACIONES BRINDADAS POR LOS PROFESIONALES REQUERIDOS.

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS** **N° Tarjeta Profesional:** 128066 **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:12**	**MES:02**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSE PULGARÍN GOMEZ			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): EITHAN		APELLIDOS: MARIN SALAZAR		EDAD:4
TIPO ID: RC	N° ID 1089104333	**EAPB**	SURA	ETNIA/POBLACIÓN: Mestizo
TELEFONO: 3146328944	DIRECCION: MZ33 CS 5-47			BARRIO: LAS MERCEDES

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): JULIAN		APELLIDOS: DAVID MARIN		
TIPO ID:CC	N° ID 1088303653	EDAD: 32	**EAPB**	SURA
TELEFONO: 3116742128	DIRECCION: MZ33 CS5-47			BARRIO: LAS MERCEDES

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
X SURA		

Observaciones:

Paciente ya cuenta con ordenamiento para cita por psiquiatría infantil en IPS CGI COLOMBIA

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

PRIORITARIA ENFERMEDAD MENTAL, Padre de paciente se comunica expresando que su a hijo aún no le han brindado cita por psiquiatría infantil, ya fue ordenado para CGI COLOMBIA. No obstante, al llamar le informan que no tienen agenda disponible. Paciente con IDX; trastorno por abandono, TDHA, tx de ansiedad según refiere padre

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Según relato de padre paciente presenta auto y hetero agresión, se encuentra en seguimiento por psicología y remiten a psiquiatría. Por otra parte, en institución educativa refieren que no aceptarán más a paciente hasta que no cuente con consulta por psiquiatría

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional:** 271774 **Firma:** 

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 14**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Diaz			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Santiago			APELLIDOS: Chala Arboleda	EDAD: 19
TIPO ID:	N° ID 1137059048	**EAPB**	SOS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3165121986	DIRECCION: cra 37 b 36-24 villa verde			BARRIO: villa verde

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Yaqueline			APELLIDOS: Arboleda	
TIPO ID: cc	N° ID 66678174	EDAD: 53	**EAPB**	SOS
TELEFONO: 3154558799	DIRECCION: cra 37 b 36-24			BARRIO: villa verde

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
SOS	X	

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

PRIORITARIA

Santiago chala arboleda 19 años cc 1137059048, estudiante de derecho 5to semestre, en la universidad libre centro, esta con la madre Jaqueline Arboleda, cc 66678174, “no sé qué quiero de la vida, no quiero nada, me quiero morir, llevo desde los 14 años pensando y sintiendo esto, a los 16 años tuve una sobre dosis de medicamentos, me tome todo lo que encontré, sin consulta con psicólogo o psiquiatría, me siento perdido, necesito y quiero ayuda, no porque mi mama me lo pida, sino porque yo lo quiero, tengo ideaciones día de por medio, no puedo dormir, no tengo motivación para hacer nada por mi voluntad”

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Conducta suicida, ideaciones suicidadas frecuentes

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

Me comprometo a realizar el proceso con psicología y dado el caso con psiquiatría

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional:** ____**Evelin Xiomara Díaz López**_ **N° Tarjeta Profesional:** ____**197555**_____ **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 11**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): LUCAS		APELLIDOS: LEON LONDOÑO		EDAD: 22
TIPO ID: CC	N° ID 1006320661	**EAPB**	S.O.S.	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZO
TELÉFONO: 3103385305		DIRECCIÓN: CRA 16 #60B - 59		BARRIO: CONJUNTO HACIENDA 2, CASA 16

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): NELCY		APELLIDOS: LOURDES LONDOÑO		
TIPO ID:	N° ID 51704558	EDAD: 60	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3233158391		DIRECCIÓN: CRA 16 #60B - 59		BARRIO: CONJUNTO HACIENDA 2, CASA 16

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S.		

Observaciones:

SE COMUNICA EL USUARIO A LA LINEA DE ATENCION, EN DONDE REFIERE “QUIERO SABER QUE TENGO O COMO ESTOY CON MI SALUD MENTAL YA QUE CREO QUE NO ME SIENTO BIEN CONMIGO MISMO”, POR MEDIO DE DIALOGO MOTIVACIONAL SE LLEVA AL USUARIO A GENERAR RUTA EN SALUD MENTAL POR PSICOLOGIA, DENTRO DE LOS SINTOMAS EVIDENCIADOS SE PERCIBE ANSIEDAD, MOMENTOS DE TRISTEZA POR SITUACIONES ADVERSAS EN SU HISTORIA DE VIDA.

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

PRIORITARIA

USUARIO QUE LLAMA A LA LINEA DE ATENCION TENIENDO EN CUENTA SINTOMAS COMO ANSIEDAD Y MOMENTOS DE TRISTEZAS POR SITUACIONES ADVERSAS QUE REPERCUTEN EN SU DIARIO VIVIR.
NO SE SIENTE BIEN CON SIGO MISMO

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

SE IDENTIFICAN SITUACIONES ADVERSAS EN SU HISTORIA DE VIDA QUE AUN NO SE HAN ELAVORADO Y QUE SON FACTORES DETONANTES QUE SE ENCUENTRAN ASOCIADOS A POSIBLE CUADRO DEPRESIVO

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

EL USUARIO SE COMPROMETE A INICIAR RUTA EN ATENCION POR PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS** **N° Tarjeta Profesional:** 128066 **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:20**	**MES:02**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSE PULGARÍN GOMEZ			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): EMANUEL			APELLIDOS: QUINTERO LOPEZ	EDAD:7
TIPO ID: RC	N° ID 1142523319	**EAPB**	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN: Mestizo
TELEFONO: 3116766722	DIRECCION: Corregimiento Arabia CRA 7 casa5b26			BARRIO: San Gabriel, Arabia

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ANA			APELLIDOS: SORANI QUINTERO	
TIPO ID:CC	N° ID 24661488	EDAD: 37	**EAPB**	SALUD TOTAL
TELEFONO: 3116766722	DIRECCION: Corregimiento Arabia CRA 7 casa5b26			BARRIO: San Gabriel

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
X SALUD TOTAL		

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

PRIORITARIA: Se comunica familiar de usuario expresando que se encuentran a la espera de cita por especialidad de psiquiatría infantil. Expresa que fue ordenado para CGI COLOMBIA, pero no cuentan con agenda, y debido a esto realizaron redireccionamiento a Instituto del Sistema Nervioso lo que responden que tampoco cuentan con agenda disponible. Debido a que usuario no cuenta con cita de control por dicha especialidad restringieron el ingreso de usuario a institución educativa (Centro educativo Arabia)

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

TRASTORNO MENTAL: Usuario Idx TDAH bajo tratamiento psicofarmacológico de gotas de risperidona sin control por psiquiatría infantil

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

Estar al tanto de líneas telefónicas

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional:** 271774 **Firma:** 

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 21**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Valentina Largo			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): YENNIFER			APELLIDOS: CARDONA GIRALDO	EDAD: 16
TIPO ID: TI	N° ID 1054400099	**EAPB**	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: NO APLICA
TELÉFONO: 3105947594	DIRECCIÓN: TR 1 BL 4 APTO 504			BARRIO: TORRES DEL CAMPO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ROSALBA			APELLIDOS: GIRALDO	
TIPO ID: CC	N° ID 21698368	EDAD: 42	**EAPB**	ASMET SALUD
TELÉFONO: 3105947594	Dirección:.TR 1 BL 4 APTO 504			BARRIO: TORRES DEL CAMPO

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISIÓN

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
ASMET SALUD	SPORT MEDICAL	

Observaciones: consulta prioritaria por psicología y psiquiatría

4.MOTIVO DE REMISIÓN: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Remisión prioritaria a psicología y psiquiatría
Paciente de 16 años con dx de descontrol emocional, según lo referido por la madre de la menor.
Su última cita por psicología fue aproximadamente en el mes de julio, y con psiquiatría en septiembre de 2024, dichas especialidades indicaron control en 2 meses, pero la menor no ha podido tener cita. Ante su descontrol emocional ha presentado inconvenientes con compañeros de colegio.

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Posible dx descontrol emocional
Poca adherencia al tratamiento.

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

La madre acepta que le asignaron cita con psiquiatría en el tiempo estipulado por el profesional, pero por un descuido no pudo asistir, sin embargo, reconoce la importancia de asistir a los seguimientos, por lo cual se muestra comprometida e interesada en que su hija retome el tratamiento.

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** _273290__ **Firma:** Valentina Largo _____

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 21**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Valentina Largo			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): ISABELLA			APELLIDOS: MARIN GUERRERO	EDAD: 8
TIPO ID: TI	N° ID 1085723677	**EAPB**	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: NO APLICA
TELÉFONO: 3007686633	DIRECCIÓN: MANZANA 9 CASA 23			BARRIO: PANORAMA

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): YESSICA DANIELA			APELLIDOS: GUERRERO	
TIPO ID: CC	N° ID 1088003396	EDAD: 34	**EAPB**	ASMET SALUD
TELÉFONO: 3007686633	Dirección: MANZANA 9 CASA 23		BARRIO: PANORAMA	

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISIÓN

EAPB	E.S.E SALUD PEREIRA	OTRA(S)
ASMET SALUD	E.S.E SAN JOAQUÍN	

Observaciones: CONSULTA URGENTE POR PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

4.MOTIVO DE REMISIÓN: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Remisión urgente a psicología y psiquiatría

Paciente de 8 años, reportada por la institución educativa Sofía Hernández Marín debido a posibles problemas emocionales. El 21 de febrero de 2025, se contactó a la madre para realizar el seguimiento al reporte mencionado. La madre informó que no ha podido obtener una cita con psicología debido a la falta de agenda disponible, y que los problemas emocionales de la menor han empeorado. La madre expresó lo siguiente: "Desde el fallecimiento de su padre hace 4 años, su comportamiento ha cambiado significativamente. Su rendimiento escolar ha disminuido, llora con frecuencia y presenta ideación suicida. He hablado con ella y me ha detallado cómo lo haría. Además, he observado que ya se ha causado daño a sí misma."

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

- Ideación suicida
- Autolesiones
- Duelo por fallecimiento del padre.

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

Ante la ideación suicida de la menor, refiriendo tener un plan para hacerse daño, la madre se muestra desesperada al no saber cómo ayudar a su hija, por lo cual se muestra interesada y comprometida con la atención de la menor.

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma:** Valentina Largo _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 21**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Valentina Largo			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): YENNIFER			APELLIDOS: CARDONA GIRALDO	EDAD: 16
TIPO ID: TI	N° ID 1054400099	**EAPB**	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: NO APLICA
TELÉFONO: 3105947594	DIRECCIÓN: TR 1 BL 4 APTO 504			BARRIO: TORRES DEL CAMPO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ROSALBA			APELLIDOS: GIRALDO	
TIPO ID: CC	N° ID 21698368	EDAD: 42	**EAPB**	ASMET SALUD
TELÉFONO: 3105947594	Dirección:.TR 1 BL 4 APTO 504			BARRIO: TORRES DEL CAMPO

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISIÓN

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
ASMET SALUD	SPORT MEDICAL	

Observaciones: consulta prioritaria por psicología y psiquiatría

4.MOTIVO DE REMISIÓN: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Remisión prioritaria a psicología y psiquiatría
Paciente de 16 años con dx de descontrol emocional, según lo referido por la madre de la menor.
Su última cita por psicología fue aproximadamente en el mes de julio, y con psiquiatría en septiembre de 2024, dichas especialidades indicaron control en 2 meses, pero la menor no ha podido tener cita. Ante su descontrol emocional ha presentado inconvenientes con compañeros de colegio.

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Posible dx descontrol emocional
Poca adherencia al tratamiento.

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

La madre acepta que le asignaron cita con psiquiatría en el tiempo estipulado por el profesional, pero por un descuido no pudo asistir, sin embargo, reconoce la importancia de asistir a los seguimientos, por lo cual se muestra comprometida e interesada en que su hija retome el tratamiento.

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** _273290__ **Firma:** Valentina Largo _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:08**	**MES: 02**	**AÑO:2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ		**PROFESIÓN:** PSICOLOGO	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Salome		APELLIDOS: : Velásquez Vinasco			EDAD:
TIPO ID: T.I	N° ID 1089604394	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	Mestizo
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E: Remigio Antonio Cañarte		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 313-7410895-3052995160		DIRECCIÓN: Samaria II M13 C1Piso1		BARRIO: SAMARIA	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Jesús María		APELLIDOS: Velásquez Orozco		
TIPO ID: cc	N° ID Padre se niega a dar identificación	EDAD: 34	**EAPB**:	SURA
TELÉFONO: 313-7410895-3052995160	DIRECCIÓN: Samaria II M13 C1 Piso		BARRIO:SAMARIA	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se realiza seguimiento en base de datos por motivo de consulta “vaper”. No obstante, padre refiere presunto abuso sexual de menor por parte de un vecino del mismo barrio. Se indaga y expresa que ya activo ruta por fiscalía, sin embargo, según relato de padre aún no ha sido contactado y el presunto agresor se encuentra libre poniendo en riesgo a otras menores relata padre.

4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Consumo de vaper, presunto de abuso sexual por parte de vecino del mismo barrio

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brinda psicoeducación a padre sobre activación de ruta, se expresa la necesidad de acercarse nuevamente a fiscalía a indagar sobre el curso del proceso. Se explica ampliamente la necesidad de continuar proceso psicoterapéutico

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

1. Acudir a fiscalía e indagar sobre el curso del proceso activo 2. Iniciar o continuar proceso psicoterapéutico 3. Se explican posibles conductas de riesgo asociadas a consumo de vaper y desencadenantes psicológicos debido al presunto abuso sexual. 4. Se deja a disposición línea telefónica en caso de presentar dudas e inquietudes frente al proceso.

7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)

Padre de usuaria se compromete a asistir a Fiscalía e indagar sobre el proceso en curso

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se realiza remisión a ICBF, fiscalía y EAPB

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GOMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:** 

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 10**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Diaz			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA				
NOMBRE(S): Yeison Felipe		APELLIDOS: Serna Henao		EDAD: 16
TIPO ID: TI	N° ID 1088285423	**EAPB**	Nueva Eps	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3205893342	DIRECCION: mz 5 cs 13			BARRIO: Málaga

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): María Isabel		APELLIDOS: Serna Vega		
TIPO ID:	N° ID 1.113.784.030	EDAD:	**EAPB**	Nueva Eps
TELEFONO: 3018208381	DIRECCION: mz 5 cs 13			BARRIO: Málaga

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION		
EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
Nueva Eps	x	

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

prioritaria

Se contacta acudiente del menor Yeison Felipe, haciendo seguimiento al consumo de SPA, relacionado a lo cual la madre del menor indica que ya no consume tanto como antes, que dentro de lo cabe están bien, manifiesta que solo asistió a una sola cita con psicología en septiembre 2024, indica que no volvieron por descuido pero que quisiera que siguiera en el proceso, iniciar de nuevo

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Consumo de sustancias psicoactivas

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

Se compromete a acompañar al menor en el proceso psicológico

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional:** ____**Evelin Xiomara Díaz López**_ **N° Tarjeta Profesional:** ____**197555**_____ **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 10**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Diaz			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Yensi Emmanuel		APELLIDOS: Serna Henao		EDAD: 15
TIPO ID:	N° ID 1196713420	**EAPB**	Nueva Eps	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3205893342	DIRECCION: mz 5 cs 13			BARRIO: Málaga

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): María Isabel		APELLIDOS: Serna Vega		
TIPO ID:	N° ID 1.113.784.030	EDAD:	**EAPB**	Nueva Eps
TELEFONO: 3018208381	DIRECCION: mz 5 cs 13			BARRIO: Málaga

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	E.S.E SALUD PEREIRA	OTRA(S)
Nueva Eps		

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

PRIORITARIA

Se contacta acudiente del menor Yensi Emmanuel, haciendo seguimiento al consumo de SPA, relacionado a lo cual la madre del menor indica que ya no consume tanto como antes, que dentro de lo cabe están bien, manifiesta que solo asistió a una sola cita con psicología en septiembre 2024, indica que no volvieron por descuido pero que quisiera que siguiera en el proceso, iniciar de nuevo

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Consumo de sustancias psicoactivas

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

Se compromete a acompañar al menor en el proceso psicológico

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional:** ____**Evelin Xiomara Díaz López**_ **N° Tarjeta Profesional:** ____**197555**_____ **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:12**	**MES:02**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSE PULGARÍN GOMEZ			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): HEMILY DANIELA		APELLIDOS: LINARES MORALES		EDAD:13
TIPO ID: TI	N° ID 1113788203	**EAPB**	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN: Mestizo
TELEFONO: 3137282771	DIRECCION: MZ 8 CS 4 LA ESNEDA			BARRIO: LA ESNEDA

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ZORAIDA		APELLIDOS: MORALES MORALES		
TIPO ID:CC	N° ID 100624789	EDAD: 32	**EAPB**	SANITAS
TELEFONO: 3137282771	DIRECCION: MZ 8 CS 4 LA ESNEDA			BARRIO: LA ESNEDA

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
X SANITAS		

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Se realiza seguimiento en base de datos, responde madre e informa que llamó el día lunes a solicitar cita por psicología y le informan que debido a falta de contratación de personal no le han asignado la cita por psicología

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Presunto abuso sexual, antecedente de cutting

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

Estar al tanto de su celular en caso de asignarle cita por psicología

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional:** 271774 **Firma:** 

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:12**	**MES:02**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSE PULGARÍN GOMEZ			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): CARLOS DAVID			APELLIDOS: HINCAPIE SANCHEZ	EDAD:17
TIPO ID:	N° ID 1088829946	**EAPB**	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN: Mestizo
TELEFONO: 310-4222302	DIRECCION: CARRERA 8 NUMERO 33-34			BARRIO: PRIMERO DE FEBRERO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): SANDRA MILENA			APELLIDOS: SANCHEZ RAMIREZ	
TIPO ID:	N° ID 65774313	EDAD: 47	**EAPB**	NUEVA EPS
TELEFONO: 310-4222302	DIRECCION: CARRERA 8 NUMERO 33-34			BARRIO: PRIMERO DE FEBRERO

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
X NUEVA EPS		

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

PRIORITARIA. Se realiza seguimiento en base de datos, responde madre, quien refiere que psiquiatra quien remite a psicoterapia, madre expresa que ha ido en múltiples situaciones a solicitar a nueva Eps y refieren que no cuentan con especialidad de psicología clínica

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Irascibilidad, pobre manejo emocional,

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

Estar al tanto de celular

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional:** 271774 **Firma:** 

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 13**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SOS
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Valentina Largo			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Alejandro		APELLIDOS: Londoño Giraldo		EDAD: 15
TIPO ID: TI	N° ID 1113652022	**EAPB**	SOS	ETNIA/POBLACIÓN: no aplica
TELÉFONO: 3187100643	DIRECCIÓN: Club residencial terracino torre 2 apto 9B			BARRIO: Dosquebradas

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Milena		APELLIDOS: Giraldo		
TIPO ID: CC	N° ID 1096644566	EDAD: 42	**EAPB**	SOS
TELÉFONO: 3187100643	DIRECCIÓN: Club residencial terracino torre 2 apto 9B			BARRIO: Dosquebradas

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISIÓN

EAPB	E.S.E SALUD PEREIRA	OTRA(S)
SOS	COM familiar Risaralda	

Observaciones: se remite al servicio de psicología.

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

PRIORITARIA
Desde el colegio Deogracias Cardona en el cual se encontraba matriculado el menor, notifican a la secretaría de salud de Pereira posible consumo de vaper, por lo cual es necesario una valoración y seguimiento por el área de psicología.

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

CONSUMO DE SPA
Desde la institución educativa Deogracias Cardona identifican un posible consumo de vaper, sin más datos aportados.

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

La madre del menor expresa que no fue notificada de la remisión realizada por el colegio, por ello no había pedido cita con la especialidad, pero se muestra comprometida a dar cumplimiento a la remisión.

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** _273290__ **Firma:** Valentina Largo _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 14**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	TEMPO CON VISIÓN
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Valentina Largo			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Jhostin			APELLIDOS: Valencia Estrada	EDAD:12
TIPO ID: TI	N° ID 1090050622	**EAPB**	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN: NO APLICA
TELÉFONO: 3136454044	DIRECCIÓN: Barrio Buenos Aires, Altagracia.			BARRIO: Altagracia

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Sandra Milena			APELLIDOS: Estrada	
TIPO ID: CC	N° ID 42164436	EDAD: 38	**EAPB**	SALUD TOTAL
TELÉFONO: 3136454044	Dirección: Buenos Aires, Altagracia			BARRIO: Altagracia

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISIÓN

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
Salud total		Orden 31609

Observaciones: Consulta por psicología orden 31609, autorizada desde el 28 de noviembre de 2024.

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Se realiza llamada de seguimiento a la remisión realizada por la Institución Educativa Gonzalo Mejía Echeverry, ante poca ocupación del tiempo libre. La madre del menor refiere que iniciaron proceso por psicología, trabajo social y psiquiatría, sin embargo, dejaron de llevar al menor a dichas terapias. Menciona que el psiquiatra formuló medicamento (no recuerda el nombre) ante posible TDAH, pero ella se niega a suministrar dicho medicamento, porque considera que no lo necesita. Refiere estar presentando inconvenientes con las directivas del colegio ya que siente que estas están en contra del menor, esta idea surge a partir de inconvenientes con profesores, los cuales no actúan ante agresiones hacia el menor por parte de sus compañeros, pero si actúan cuando esté reacciona y se defiende, "si a él lo molestan y pone la queja a los profesores no hacen nada, es más hace unos días le enterraron un lápiz en la manito, estuve con él en el hospital todo el día y nada pasó con el niño que lo agredió, pero cuando él se defiende si lo regañan".

5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

- Posible TDAH
- Poca adherencia al tratamiento
- Posibles problemas de adaptación en el entorno escolar.

6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)

La madre se muestra comprometida e interesada en que su hijo retome su proceso terapéutico. Aunque refiere estar en desacuerdo con la medicación formulada por el psiquiatra, por lo cual es importante realizar psi coeducación sobre la importancia de estos y la necesidad ante el diagnóstico del menor.
Igualmente se muestra comprometida en hacer seguimiento a los inconvenientes presentados en el colegio, acudiendo a las reuniones con las directivas de la institución con el fin de dar solución a los conflictos mencionados.

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma:** Valentina Largo _____

ALCALDÍA DE PEREIRA