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**	TEMPO CON VISIÓN
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Valentina Largo			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): MARYURI			APELLIDOS: GAÑAN BUENO	EDAD: 17
TIPO ID: TI	N° ID1089382855	**EAPB**	SURA	ETNIA/POBLACIÓN: no aplica
TELÉFONO: 3148646864	DIRECCIÓN:MZ 18 CASA 24			BARRIO: TOKIO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): DORA LILIA			APELLIDOS: BUENO TAPASCO	
TIPO ID: CC	N° ID 30411612	EDAD: 50	**EAPB**	FAMISANAR
TELÉFONO: 3148646864	DIRECCIÓN: MZ 18 CASA 24		BARRIO: TOKIO	

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISIÓN

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
SURA	CLINICA SANTILLANA	

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.
La menor fue remitida por parte de la institución educativa Jaime Salazar Robledo, ante posible consumo de spa, al hacer seguimiento al caso la madre manifiesta que la menor estuvo en proceso con una psicóloga en la clínica Santillana, pero no la volvieron a llamar para programar cita, por lo cual el proceso no pudo culminar.
Ante lo referido por la madre la conducta de consumo persiste, aunque se redujo al momento que se retiró del colegio.
La menor se retira del colegio en octubre del 2024 mientras estaba cursando grado décimo, esto impulsado por los problemas de consumo de spa y conducta que se venían presentando alrededor de este, actualmente se encuentra validando su bachillerato mostrándose motivada ante su familia.

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

Se identifica consumo de spa y problemas de conducta en el hogar.

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

La madre de la menor se muestra interesada en que su hija continúe su proceso terapéutico, sin embargo, manifiesta su preocupación ante el poco tiempo para que su hija cumpla 18 años y que a partir de esto la menor se niegue a seguir asistiendo a las citas.

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**	SEM salud mental
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Diaz			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Maia Fernanda			APELLIDOS: Aricapa Sánchez	EDAD: 14
TIPO ID: TI	N° ID 1059813209	**EAPB**	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3138418815	DIRECCION: mz 16 cs 5			BARRIO: parque industrial sector a segundo piso

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): luz piedad			APELLIDOS: Aricapa Sánchez	
TIPO ID: cc	N° ID 66678174	EDAD: 53	**EAPB**	SOS
TELEFONO: 3138418815	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)
Salud total	X	

Observaciones:

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

PRIORITARIA

La llamada es atendida por la madre Luz Piedad Aricapa Sánchez indica que la niña estuvo en depresión, porque el hermano se desapareció, la madre lloraba mucho pensaba que le había hecho algo, la niña empezó a estar triste, retraída no quería comer, le dolía el pecho, no era capaz de respirar, la lleve al hospital y le hicieron un electro cardiograma, le aplicaron medicación y le mandaron control con psicología, el doctor dijo que era depresión, no la vio psiquiatría no ha podido pedir las citas de control porque está muy ocupada en el trabajo

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

Trastorno mental

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: 14**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Diaz			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Susana			APELLIDOS: Valencia Osorio	EDAD: 12
TIPO ID: TI	N° ID 1085721417	**EAPB**	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3186534165	DIRECCION: Calle 24 N° 19-48			BARRIO: Providencia

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): María Isabel			APELLIDOS: Osorio Sierra	
TIPO ID: CC.	N° ID 42151049	EDAD: 42	**EAPB**	Salud total
TELEFONO: 3186534165	DIRECCION: Calle 24 N° 19-48			BARRIO: Providencia

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	E.S.E SALUD PEREIRA	OTRA(S)
Salud total	X	

Observaciones:

LA CITA EN LO POSIBLE LO MAS TARDE PARA ELLA PODER IR A LA CONSULTA POR FAVOR

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

Se contacta la señora María Isabel Osorio, indica que su Hija Susana de 12 años esta diagnosticada con distimia y trastorno no especificado de las emociones, toma medicamentos escitalopram, trazodona- hidrixicina, llama a solicitar la cita para control con psiquiatría, pero la dejan en lista de espera nro. de la orden 02112025044263 cgi Colombia. Medicamentos hasta el 9 de marzo, la madre manifiesta su deseo de que la menor vuelva al psicólogo y a terapia ocupacional, cada que la cambian de Eps debe empezar de nuevo el proceso

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

Trastorno mental

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

se compromete acompañar el proceso

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: 18**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Diaz			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Jerónimo		APELLIDOS: Orozco Osorio		EDAD: 7
TIPO ID: RC	N° 1089633580	**EAPB**	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3186534165	DIRECCION: Calle 24 N° 19-48			BARRIO: Providencia

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): María Isabel		APELLIDOS: Osorio Sierra		
TIPO ID: CC	N° ID 42151049	EDAD: 42	**EAPB**	Salud total
TELEFONO: 3186534165	DIRECCION: Calle 24 N° 19-48			BARRIO: Providencia

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

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

PRIORITARIA. Se contacta la señora María Isabel Osorio, indica que su Hijo Jerónimo tiene 7 años, tiene diagnóstico de asperger y TDAH, toma medicamentos, ritalina 18mg, aripritazol, tenía control en enero y no ha podido conseguir la cita con el psiquiatra, el numero de la orden es 12042024030578, ni psicología orden 01222025039281 solicita colaboración para la asignación de las citas se está quedando sin medicamentos

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

Trastorno mental

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

se compromete acompañar el proceso

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: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): SARA VALENTINA		APELLIDOS: GIRALDO QUICENO		EDAD:8
TIPO ID: T. I	N° ID 1089103168	**EAPB**	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN: Mestizo
TELEFONO: 3216300191 - 3215768542	DIRECCION: Corregimiento Morelia, sector capilla casa 3			BARRIO: Corregimiento Morelia

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): YENI LORENA		APELLIDOS: QUICENO		
TIPO ID:CC	N° ID 42149082	EDAD: 31	**EAPB**	SALUD TOTAL
TELEFONO: 3216300191 - 3215768542	DIRECCION: Corregimiento Morelia, sector capilla casa 3			BARRIO: Corregimiento Morelia

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

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

[URGENTE] Se gestiona base de datos, responde madre de usuaria indicando que continúa presentando malestar emocional e inestabilidad debido a su cuadro depresivo, antecedente de hospitalización en Instituto del Sistema Nervioso bajo tratamiento psicofarmacológico de gotas de fluoxetina con adecuada adherencia al tratamiento. No obstante, no se encuentra en seguimiento por psicoterapia y psiquiatría debido a falta de agenda en dicha institución según relato de madre

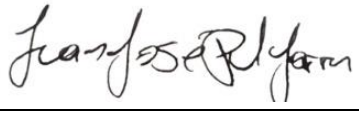
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Usuaria con larga data de cuadro depresivo con antecedente de hospitalización debido a cuadro depresivo, no cuenta con citas de control por psicología y psiquiatría

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

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): SIMON SIDEL			APELLIDOS: RAMIREZ VELA	EDAD:15
TIPO ID: TI	N° ID 1137061602	**EAPB**	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN: Mestizo
TELEFONO: 3215886954-3128463104	DIRECCION: MZ 7 CASA 11 HERNANDO VELEZ			BARRIO: HERNANDO VELEZ

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): JOSE SIDEL			APELLIDOS: RAMIREZ HERNANDEZ	
TIPO ID:CC	N° ID 1137061602	EDAD:77	**EAPB**	NUEVA EPS
TELEFONO: 3215886954 - 3128463104	DIRECCION: MZ 7 CASA 11 HERNANDO VELEZ			BARRIO: HERNANDO VELEZ

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

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

[PRIORITARIO] Se gestiona base de datos. Responde padre de usuario indica que aún no cuenta cita por psiquiatría infantil. Paciente con cuadro depresivo de larga data. Antecedente de medicación con fluoxetina suspensión oral 3cm

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

Usuario Idx depresión tratamiento psicofarmacológico de gotas de fluoxetina 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

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): FABER MAURICIO			APELLIDOS: CARDONA GIRALDO	EDAD:13
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

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

Remisión prioritaria a psicología

Paciente de 13 años, reportada por la institución educativa Sofía Hernández Marín debido a posibles consumos de spa. El 21 de febrero de 2025, se contactó a la madre para realizar el seguimiento a dicho reporte. La madre del menor refiere estar intentando tener cita con psicología desde el año pasado, pero no ha sido posible por temas de agenda, relata que si bien al hablar con el menor esté niega haber vuelto a utilizar vaper, en las últimas semanas ha presentado disminución en su apetito lo cual causa preocupación. Al indagar sobre posibles alteraciones en su estado de ánimo, la madre menciona signos y síntomas de posible ansiedad, por lo cual es necesario una valoración por parte de psicología.

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

Posible consumo de vaper
Posible ansiedad

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 sea valorado por el área de psicología, ya que le preocupa los cambios que ha venido presentando a nivel comportamental.

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:24**	**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): DULCE MARIA		APELLIDOS: RAMIREZ VELA		EDAD:9
TIPO ID: RC	N° ID 1142523319	**EAPB**	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN: Mestizo
TELEFONO: 3215378198	DIRECCION: mz i casa 172A			BARRIO: La isla, cuba

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): LUZ MIRIAM		APELLIDOS: VALDERRAMA		
TIPO ID:CC	N° ID 3237999	EDAD: 53	**EAPB**	NUEVA EPS
TELEFONO: 310-4222302	DIRECCION: mz i casa 172A			BARRIO: La isla, cuba

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
		ICBF – PRESUNTO RIESGO PSICOSOCIAL INFORMADO POR ABUELA MATERNA

Observaciones: Se realiza remisión de caso a ICBF por PRESUNTO RIESGO PSICOSOCIAL INFORMADO POR ABUELA MATERNA

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

[URGENTE] Se gestiona base de datos. Responde abuela materna de usuaria indicando que su nieta presenta alto riesgo psicosocial. Presenta alto riesgo de deserción escolar según relato de abuela y en algunas ocasiones ha presenciado violencia intrafamiliar entre su madre y pareja de la mencionada.

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

Alto riesgo de deserción escolar, presencia de violencia intrafamiliar

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

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: 18**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Diaz			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Wendy Annahy			APELLIDOS: Villamil Espinosa	EDAD: 17
TIPO ID: RC	N° 1111200048	**EAPB**	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3025139964	DIRECCION: MZ A CA 8			BARRIO: Normandia cuba

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Lida FRancely			APELLIDOS: Espinosa López	
TIPO ID: cc	N° ID 11047024	EDAD: 34	**EAPB**	Nueva eps
TELEFONO: 3025139964	DIRECCION: mz a cs 8			BARRIO: normandia cuba

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- Contesta la madre, Lida, la cual indica que desde que la menor Wendy de 13 años empezó a estudiar volvió con la ansiedad, dice que mantiene estresada por el colegio, los trabajos, en noviembre tuvo cita con psicología, la cual remitio urgente a psiquiatría, que se fuera por urgencias porque la veía muy mal y no fue posible que la atendiera, y desde entonces no ha podido pedir cita con psiquiatría

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

TRASTORNOS MENTALES. ANSIEDAD Y DEPRESION

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

se compromete acompañar el proceso

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**	**Nombre del profesional: ____Evelin Xiomara Díaz López_** **N° Tarjeta Profesional: ____197555_____**
Cedula: _____	**Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 18**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Diaz			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Karen Susana		APELLIDOS: Vanegas		EDAD: 13
TIPO ID: RC	N° 1114244805	**EAPB**	Nueva Eps	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3245691533	DIRECCION: (apto N. 3ía			BARRIO: Corregimiento la florida, vereda San José

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Jenifer		APELLIDOS: Vanegas		
TIPO ID: CC	N° ID 1113641663	EDAD: 35	**EAPB**	Nueva Eps
TELEFONO: 3245691533	DIRECCION: (apto N. 3ía			BARRIO: Corregimiento la florida, vereda San José

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- Contesta la madre, indica la menor Karen de 13 años tiene trastorno ixto de ansiedad y depresión, que esta con terapia ocupacional cada quince días, 2 sesiones, ULTIMA CITA CON PSICOLOGIA EN NOVIEMBRE, PENDIENTE PEDIR CITA CON PSIQUIATRIA cada que llama a pedir las citas la dejan en lista de espera…

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

Trastorno mental ansiedad y depresión

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

se compromete acompañar el proceso

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 | 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: 18**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Diaz			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): David Leandro			APELLIDOS: Mejía Agudelo	EDAD: 10
TIPO ID: RC	N° 1089622197	**EAPB**	Nueva Eps	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3183379164	DIRECCION: calle 26 #4-22 centro			BARRIO: san Jorge

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Daniela			APELLIDOS: Agudelo	
TIPO ID: cc	N° ID 1088314130	EDAD: 30	**EAPB**	Nueva Eps
TELEFONO: 3183379178	DIRECCION: calle 26 #4-22 centro			BARRIO: san Jorge

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)

URGENTE- se contacta la madre del menor, Sandra la cual indica que desde el mes de octubre está pidiendo la cita con psiquiatría infantil, llama y le dicen que no hay psiquiatría infantil que esta de licencia de maternidad y que debe esperar, llamo al alcalde resuelve hace 15 días que ya está en escalamiento y tampoco le solucionan, esta sin medicamentos, ritalina y acido valproico.

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

Trastorno mental TDAH

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

se compromete acompañar el proceso

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: 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