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: 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