FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 27**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO			**PROFESIÓN: PSICOLOGIA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): JOSE DAVID		APELLIDOS: LOPEZ SOTO			EDAD: 20
TIPO ID:	N° ID 1095550634	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: SENA (CURSO DE PELUQUERIA)		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3214884825		DIRECCIÓN: MANZANA 15, CASA 23		BARRIO: VIA ARMENIA - BOSTON	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): LUIS FERNANDO		APELLIDOS: LOPEZ HURTADO		
TIPO ID:	N° ID SIN DATOS	EDAD: 56	**EAPB**:	NUEVA EPS
TELÉFONO: 3147153744	DIRECCIÓN: MANZANA 16, CON 36		BARRIO: BALCONES DE LA VILLA,	

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

Prioritaria

EL DIA JUEVES 27 DE FEBRERO DEL AÑO 2025, SIENDO LAS 5:39 PM, SE COMUNICA A LA LINEA DE ATENCION EL USUARIO JOSE DAVID LOPEZ SOTO, EN DONDE MANIFIESTA "NECESITO AYUDA PROFESIONAL YA QUE PRESENTO SINTOMAS QUE ME AGOBIAN, NO LOGRO DORMIR BIEN, PRESENTO CONSTANTES PESADILLAS COMO QUE ESTOY ASESINANDO A MI PAPA DE MANERA MUY VIOLENTA" POR MEDIO DE ENTREVISTA SE LOGRA IDENTIFICAR QUE TUVO EL AÑO PASADO UN PROCESO POR PSIQUIATRIA EN EL INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO, EN DONDE POR UNA SITUACION DE CRISIS EMOCIONAL DURO ALREDEDOR DE UN MES HOSPITALIZADO, SIN EMBARGO COMO RESULTADO DE NO CONTINUAR CON LA ASISTENCIA A CONTROLES POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA LOS SINTOMAS PERSISTEN EN LA ACTUALIDAD, REFIERE QUE EL CONSUMO DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR EL PSIQUIATRA (CLOZAPINA 100 MG, RISPERIDONA 2 MG, LEVOMEPROMAXINA 10 GOTAS (EN LA NOCHE), NO LOS CONSUME DE MANERA CONSTANTE. COMO FACTOR DETONANTE SE EVIDENCIA UNA RELACION CONFLICTIVA CON SU PROGENITOR. (HA TENIDO SITUACIONES DE CONFLICTO). MENCIONA QUE HA PRESENTADO CONDUCTAS SUICIDAS. FRENTE A SUS REDES DE APOYO SU PROGENITORA SE ENCUENTRA EN CHILE (LE ENVIA DINERO, Y EN OCASIONES LO LLAMA), JOSE DAVID MENCIONA QUE NO CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EN LA ACTUALIDAD CONVIVE CON UN AMIGO DE INFANCIA

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

TRASTORNO DEPRESIVO
SITUACION DE CONFLICTO CON SU PROGENITOR EN DONDE SE IDENTIFICA COMO FACTOR DETONANTE ASOCIADOS A SINTOMAS DE CUADRO DEPRESIVO.

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

DURANTE LA ATENCION, SE LOGRO EN PRIMERA INSTANCIA RAPORT CON EL USUARIO, EN DONDE POR MEDIO DE ENTREVISTA ABIERTA SE LOGRO RECOPILAR DATOS IMPORTANTES DENTRO DE SU HISTORIA DE VIDA, SE LOGRA IDENTIFICAR FOCO DETONANTE ASOCIADO CON LA RELACION CONFLICTIVA QUE PRESENTA CON SU PROGENITOR, SE GENERA PLAN DE TRABAJO EN DONDE POR MEDIO DE RUTINAS SE LOGREN INCLUIR HABITOS Y ACTIVIDADES QUE PERMITAN MITIGAR PENSAMIENTOS ASOCIADOS A SU ACTUAL DIAGNOSTICO.

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

SE RECOMIENDA INICIAR RUTA DE ATENCION POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA EN DONDE LOGRE GENERAR AVANCES SIGNIFICATIVOS Y ELABORACION DE SITUACIONES ADVERSAS.

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

EL USUARIO SE COMPROMETE A ASISTIR POR ESPECIALISTAS Y PROFESIONALES REQUERIDOS.

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

Remisión salud total psicología y psiquiatría

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:** _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 11**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO		**PROFESIÓN: PSICOLOGIA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): LUCAS		APELLIDOS: LEON LONDOÑO		EDAD: 22	
TIPO ID:	N° ID	**EAPB**:		ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: TECNICO		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: DISEÑADOR GRAFICO	
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.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

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 CONCIGO MISMO

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

NO SE IDENTIFICAN FACTORES DE RIESGO EN EL ENTORNO

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

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.

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

SE RECOMIENDA DIRIGIRSE A SU RESPECTIVA EPS Y SOLICITAR CITA POR PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

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

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

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

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:** _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 13**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO		**PROFESIÓN: PSICOLOGIA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): ANDRES RICARDO		APELLIDOS: GUTIERREZ SANCHEZ			EDAD: 29
TIPO ID: CC.	N° ID 1088025967	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: SIN DATOS		OCUPACIÓN: (DESEMPLEADO)	
TELÉFONO: SIN DATOS		DIRECCIÓN: HABITANTE DE CALLE		BARRIO: SIN DATOS	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): SANDRA MILENA		APELLIDOS: SANCHEZ RAMIREZ		
TIPO ID:	N° ID 65774313	EDAD: 47	**EAPB**:	NUEVA EPS (BENEFICIARIA)
TELÉFONO: 3104222302		DIRECCIÓN: CRA 8VA #33 - 71		BARRIO: PRIMERO DE FEBRERO

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

LA SEÑORA SANDRA MILENA SANCHEZ HACE LLAMADO A LA LINEA DE ATENCION SIENDO LAS 7:30 AM APROXIMADAMENTE, REFIRIENDO QUE SU HIJO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EN LA CLINICA LA 40 DE LA CIUDAD DE PEREIRA EN DONDE SOLICITA AYUDA PARA QUE SU HIJO ASISTA A INTITUCION DE TIPO TERAPEUTICA QUE AYUDEN A QUE HIJO MINIMICE EL CONSUMO Y NO PRESENTE RECAIDAS QUE AFECTEN SU DINAMICA DIARIA. SE PERCIBE CRISIS EMOCIONAL Y ESTADO DE ANIMO QUE DENOTA ANGUSTIA POR PARTE DE LA SEÑORA SANDRA MILENA, EN DONDE POR MEDIO DE DIALOGO MOTIVACIONAL LOGRA REGULAR SUS ESTADOS EMOCIONALES. POR OTRA PARTE, SE GENERA GARANTIA FRENTE AL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO GENERANDO SENTIMIENTO DE APOYO FRENTE AL PROCESO CON SU HIJO.

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

NO SE IDENTIFICAN FACTORES DE RIESGO

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

SE ATIENDE LLAMADA, EN DONDE SE IDENTIFICA ESTADO ALTERADO EN SU AREA EMOCIONAL, SE REALIZAN PRIMERO AUXILIOS PSICOLOGICOS EN DONDE LA USUARIA PASA A REGULAR SUS EMOCIONES, SE RECOMIENDA ASISTIR A PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA EN DONDE SE CONCIENTIZA DE LA IMPORTANCIA DE INICIAR PROCESO QUE AYUDEN A GENERAR HERRAMIENTAS ANTE MOVILIZACIONES DE TIPO EMOCIONAL ANTE SITUACIONES ADVERSAS.

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

COMO RECOMENDACIONES SE EXPLICA A LA USUARIA LA IMPORTANCIA DE TRASLADARSE DE MANERA PRIORITARIA A LA ENTIDAD DE SALUD MAS CERCANA EN DONDE SE LE BRINDA LA DIRECCION EXACTA TENIENDO EN CUENTA SU LUGAR DE UBICACION ACTUAL.

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

LA USUARIA SE COMPROMETE A SACAR ESPACIOS PARA INICIAR RUTA DE ATENCION EN SALUD MENTAL POR PARTE DE PSICOLOGO TERAPEUTA.

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

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:** _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 11**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO		**PROFESIÓN: PSICOLOGIA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): HERNEY ALONSO		APELLIDOS: RIVERA GUEVARA		EDAD: 37	
TIPO ID: CC	N° ID 1060588084	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: 7MO BACHILLER		INSTITUCIÓN E: SIN DATOS		OCUPACIÓN: (DESEMPLEADO)	
TELÉFONO: 3018229802		DIRECCIÓN: CR1 CALLE 24 #23 - 57		BARRIO: EL LAGO	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S):		APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

URGENTE

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

4.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.

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

SE RECIBE LLAMADA POR PARTE DEL USUARIO EN DONDE MANIFIESTA “NECESITO AYUDA, FUI A LA ALCALDIA POR QUE ME LO RECOMENDO UN VECINO Y ME DIERON ESTE NUMERO TELEFONICO, HE TENIDO IDEACIONES SUICIDAS”, SE INDAGA POR SINTOMAS ASOCIADOS QUE SE MANIFIENTAN EN LA ACTUALIDAD EN DONDE SE IDENTIFICAN DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, MOVIMIENTOS CONSTANTES, SENTIMIENTO DE DESEPERANZA. DENTRO DE LA ATENCION SE PERCIBE QUE COMO FACTOR DETONANTE SE ENCUENTRA SEPARACION DE SU EXPAREJA, Y LA RELACION DISTANTE QUE TIENE CON SUS DOS HIJOS.

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

COMO RECOMENDACIONES SE EXPLICA AL USUARIO LA IMPORTANCIA DE TRASLADARSE DE MANERA PRIORITARIA A LA ENTIDAD DE SALUD MAS CERCANA EN DONDE SE LE BRINDA LA DIRECCION EXACTA TENIENDO EN CUENTA SU LUGAR DE UBICASION ACTUAL.

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

EL USUARIO SE COMPROMETE A RETIRAR OBJETOS DE RIESGO EN SU ENTORNO HABITACIONAL DIMINUYENDO ASI REPERCUSIONES TENIENDO EN CUENTA IDEACIONES SUICIDAS.
TAMBIEN SE COMPROMETE A SACAR ESPACIOS PARA INICIAR RUTA DE ATENCION EN SALUD MENTAL POR PARTE DE PSICOLOGO TERAPEUTA.

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

REMISION EPS

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:** _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 07**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN:** PSICOLOGO	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): JORGE ANDRES		APELLIDOS: HURTADO TRIANA		EDAD: 38	
TIPO ID: CC	N° ID 1088250381	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓ:	
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:		
TELÉFONO: 3126879203	DIRECCIÓN: MANZANA CASA 11		BARRIO: COLINAS DEL TRIUNFO		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

PRIORITARIO

SITUACION DE DUELO NO ELABORADO POR PERDIDA DE SU HIJA

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

OTROS

COMO FACTORES DE RIESGO SE IDENTIFICA MOVILIZACIONES DE TIPO EMOCIONAL ASOCIADOS AL FALLECIMIENTO DE REFERENTE SIGNIFICATIVO

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

SE BRINDAN HERRAMIENTAS DE TIPO PREVENTIVA A SU RED DE APOYO, EN DONDE SE REALICE SEGUIMIENTO CONSTANTE, TAMBIEN SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE MANTENER COMUNICASION CONSTANTE CON EL USUARIO AFECTADO

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

SE BRINDAN INFORMACION A LA RED DE APOYO FRENTE A PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS MINIMIZANDO POSIBLES RIESGOS ASOCIADOS A LA SITUACION DETONANTE.

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

SE INICIARA CONDUCTO FRENTE A RUTA DE ATENCION EN SALUD MENTAL

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

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:** _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:24**	**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): Cristian David		APELLIDOS: García Saldarriaga			EDAD:32
TIPO ID: C.C	N° 1088304788	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	Mestizo
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: Barbero	
TELÉFONO: 3217215434		DIRECCION: Cra 7 calle 6		BARRIO: Villavicencio	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Olga		APELLIDOS: Saldarriaga		
TIPO ID:	N°	EDAD: 77	**EAPB**:	Asmet Salud
TELÉFONO: 3217215434	DIRECCIÓN: Cra 7 calle 6 Villavicencio		BARRIO: Villavicencio	

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

Se comunica madre de usuario, indicando que hijo con Dx de TAB bajo tratamiento psicofarmacológico de Quetiapina - Valproato de Litio – Clonazepam con nula adherencia al tratamiento

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

Usuario con Dx de larga data TAB (Trastorno Afectivo Bipolar I) con episodio maniaco, ha presentado hetero y autoagresión con su padre, cuenta con cita agendada para psiquiatría. Nula adherencia al tratamiento

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

Se brindan herramientas de primeros auxilios psicológicos, se explica a madre de usuario cómo funciona el dx de su hijo y como identificar episodios depresivos y/o maniacos. Se deja línea de atención a disposición

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

Se recomienda que en caso de que su hijo presente alteración en su comportamiento o estado anímico de comunique a nuestra línea. Además, si su hijo no asiste a citas con psiquiatría es importante que ella asista para formulación de medicamentos

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

Familiar de usuario se compromete a llamar a línea de atención y contención emocional en caso de que su hijo presente descompensación de su Dx TAB

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

Se realiza psico-orientación y psicoeducación sobre manejo del dx de su hijo. Además, se deja línea de atención a disposición

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:12**	**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): EITHAN		APELLIDOS: MARIN SALAZAR			EDAD:4
TIPO ID: RC	N° ID 1089104333	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	Mestizo
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E: LAS MERCEDES			OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3146328944	DIRECCIÓN: : 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	
TELÉFONO: 3116742128	DIRECCIÓN: MZ33 CS5-47		BARRIO: LAS MERCEDES		

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

PRIORITARIA 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

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

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

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

Se brinda asesoría sobre proceso de remisión, se brinda herramientas para manejo en episodios de hiperactividad de paciente. Se comenta la importancia de estar pendiente de los números de celular brindados

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

1. Estar al tanto de líneas telefónicas. 2. Importancia de adherencia al tratamiento y a psicoterapia

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

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

Se realiza remisión a EAPB SURA

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:12**	**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): EMANUEL		APELLIDOS: QUINTERO LOPEZ			EDAD:7
TIPO ID: RC	N° 1142523319	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	Mestizo
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E: Centro educativo Arabia		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 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° 24661488	EDAD: 37	**EAPB**:	SALUD TOTAL
TELÉFONO: 3116766722	DIRECCIÓN: Corregimiento Arabia CRA 7 casa5b26		BARRIO: San Gabriel, Arabia	

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

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)

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

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

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

Se brinda atención y activación de ruta en atención mental, remisión

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

Se recomienda a familiar de usuario estar al tanto de numero telefonico

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

Se compromete a estar al tanto de celular para recibir llamada y agenda de posible asignación de cita

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

Se realiza remisión

_____ **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

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

Versión: 01

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia:17 de enero de 2024

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 24**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		**Valentina Largo**		**PROFESIÓN: psicóloga**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): KATHERINE			APELLIDOS: BETANCUR VALENCIA		EDAD:
TIPO ID: CC	N° ID 1088321376	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	No aplica
N. ESCOLARIDAD: TÉCNICO		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: ENTRENADORA	
TELÉFONO: 3218207785		DIRECCIÓN: MANZANA 12 CASA 7		BARRIO: CORALINA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S):			APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID		EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO:		DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

Usuaria que manifiesta preocupación ante la atención que está recibiendo su prima en la clínica Comfamiliar Risaralda "mi prima el sábado en la noche tuvo una crisis nerviosa a causa de consumir sustancias, y estamos esperando que la vea el psiquiatra, pero ayer no fue y hoy no nos han dicho nada".

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

Consumo de spa

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

Ante la preocupación de la usuaria por no haber recibido aún la valoración del psiquiatra, se le explicó que, debido a que es domingo, lo más probable es que dicho especialista no se encuentre disponible. Aunque dicha valoración es importante, su familiar está siendo atendido en la clínica, lo cual garantiza el cumplimiento del derecho que tienen todas las personas a recibir atención. Esta atención inicial permitirá que los profesionales determinen si debe ser remitida a otra institución o si será tratada en el mismo lugar.
Respecto a la atención necesaria debido al consumo de SPA, se le explicó que los procesos de desintoxicación suelen tardar al menos 15 días, aunque esto puede variar según cada caso. Por lo tanto, es importante esperar las indicaciones de los profesionales que están atendiendo a la joven.

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

Se brinda psicoeducación frente a los procesos de desintoxicación y tratamiento frente al consumo de spa, esto con el fin de que la usuaria dimensione lo lento que puede ser el proceso en cuanto al tiempo de rehabilitación, ya que por lo relatado en la llamada se encuentra impaciente ante la situación que está atravesando con su familiar.

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

La usuaria es consciente de que es poco probable que su familiar sea visto por un especialista un domingo, ya que generalmente son días de descanso, a menos que se trate de una emergencia que ponga en riesgo la vida del paciente y requiera atención inmediata. Por lo tanto, esperará a que el lunes le den indicaciones sobre el paso a seguir con su familiar.

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

No se hizo necesaria activar ruta con otras instituciones.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma:** Valentina Largo _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 18**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Valentina Largo**		**PROFESIÓN: psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Julissa		APELLIDOS: Mena Córdoba			EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° ID 1088827149	**EAPB**:	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	No aplica
N. ESCOLARIDAD: Técnico		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: Auxiliar de enfermería.	
TELÉFONO: 3235111160		DIRECCIÓN: Manzana 2 casa 17		BARRIO: El remanso	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S):		APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

La usuaria manifiesta haber terminado su relación sentimental hace unos días, situación que le ha generado sentimientos de tristeza, pérdida de apetito, y su ciclo de sueño se ha visto alterado.
La relación duró aproximadamente 5 años, tiempo en el cual la usuaria se alejó de amigos y familiares, por lo cual está experimentando sentimientos de soledad, y manifiesta "no contar con nadie", a pesar de vivir con su hermana mayor, con la cual la relación no es buena según lo relatado por la usuaria.
No refiere ideas o intenciones de hacerse daño.

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

Alteración en el estado de ánimo debido a ruptura de pareja.

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

-Se Brinda espacio de escucha activa
-Se refuerza la importancia de retomar hobbies y actividades que le permitan salir de la rutina, y fortalecer su círculo social.
-Se explica las etapas de duelo que se experimentan ante la ruptura, las cuales son normales en el proceso, adicional se brindan signos y síntomas de alarma a nivel mental en el proceso.

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

Se Anima a la usuaria a trabajar en fortalecer la relación con su hermana, igualmente a retomar actividades como el gym, la cual puso en pausa hace unas semanas debido a los problemas que venía presentando con su pareja.
Se refuerza la importancia de evitar el aislamiento ante el proceso que está atravesando, ya que esto puede acarrear una posible depresión a futuro.

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

La usuaria reconoce la importancia de retomar actividades como el gym, y se muestra interesada en buscar mejorar la relación con su hermana, reconociendo que es la única familia cercana con la que puede contar.

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

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma:** Valentina Largo _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 26**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: SEM SALUD MENTAL - TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): ORFA NELLY		APELLIDOS: RENDON RAMIREZ			EDAD: 70
TIPO ID: CC	N° ID 34057749	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	NO APLICA
N. ESCOLARIDAD: NO REFIERE		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: AMA DE CASA	
TELÉFONO: 3217215434		DIRECCIÓN: CALLE 7A #54a-75		BARRIO: CENTRO	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S):		APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

Usuaria manifiesta no saber qué hacer o a dónde acudir para recibir ayuda con su hijo de 32 años "mi hijo tiene diagnóstico de bipolaridad, él es barbero y le estaba temblando mucho la mano, entonces se puso a investigar que podría ser y en internet vio que era un efecto de las pastillas que tomaba y las dejo, hace 6 meses no se toma las pastas y ha estado muy mal. Es agresivo, mi esposo tiene 75 años y yo también ya soy una persona mayor y nos empuja, no reconoce a nadie ni a la familia, ya no sé qué hacer o a dónde acudir para que me ayuden con él".

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

Mala adherencia al tratamiento - Dx bipolaridad

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

Se le explica a la usuaria que es necesaria una atención clínica hospitalaria, por lo cual desde la línea de orientación no podemos atender a su familiar.

Al ser dos personas mayores a cargo del cuidado del paciente, se indaga sobre la red de apoyo, esto con el objetivo de conocer que ayuda han recibido o si han tenido que enfrentar la situación solos. Al respecto la usuario refiere que toda su familia sabe de la situación pero "nadie ha podido hacer nada para que las cosas mejoren."

Se dan recomendaciones de autocuidado ante la agresividad del paciente, enfatizando que primero debe priorizar su integridad ya que al ser adulta mayor los riesgos son altos ante una caída o un golpe.

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

Se explica la importancia de acudir al hospital con el fin de que su hijo reciba la atención pertinente, ya que mientras no se tome los medicamentos ni ella, ni su familia podrán ayudar al paciente.

Se hace énfasis en la importancia de involucrar y apoyarse en la familia durante el proceso.

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

La usuaria es consciente que es necesario que su hijo esté recibiendo atención hospitalaria, pero no sabe cómo llevarlo ya que este se niega a ir. Refiere que buscará la ayuda de amigos y familiares cercanos con los cuales su hijo tenga confianza buscando que estos logren llevarlo a la clínica.

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

Se enfatiza la importancia de acudir al hospital más cercano para recibir atención pertinente.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma:** Valentina largo _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 09**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Valentina Largo**			**PROFESIÓN: psicóloga**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Daniela		APELLIDOS: Haquiro Cortez			EDAD: 16
TIPO ID: TI	N° ID 1106222392	**EAPB**:	sura	ETNIA/POBLACIÓN:	no aplica
N. ESCOLARIDAD: no refiere		INSTITUCIÓN E: no refiere		OCUPACIÓN: estudiante	
TELÉFONO: 3134555887		DIRECCIÓN: Av americas #93-10		BARRIO: bulevar del café	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Yudi		APELLIDOS: Cortez		
TIPO ID: CC	N° ID 65823177	EDAD:	**EAPB**:	sura
TELÉFONO:3134555887	DIRECCIÓN: Av americas #93-10		BARRIO: bulevar del café	

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

Usuaria manifiesta tener dx de anorexia nerviosa, y durante los últimos días se ha sentido ansiosa con deseos de “solo comer”

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

Dx anorexia nerviosa, en tratamiento actualmente con psicología y psiquiatría.

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

Se realiza contención emocional ante la ansiedad referida por la usuaria, se psicoeduca sobre técnicas de respiración, ejercicios de mindfulness enfocados en disminuir pensamientos intrusivos, tales como los referidos ante la comida.

Ante la frustración expresada por no ver resultados de la terapia que está recibiendo, se explica cómo los procesos terapéuticos toman tiempo, y los resultados dependen del compromiso del paciente, por lo cual se anima a continuar con los ejercicios propuestos, continuar tomando su medicación tal como lo indica el psiquiatra, y asistir a todos sus seguimientos.

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

Se orienta a su acompañante (mamá) a no dejar sola a la paciente, continuar implementando las estrategias que le han ayudado previamente a reducir la ansiedad en episodios pasados, e implementar los ejercicios propuestos durante la atención. En caso de que la ansiedad persiste e incremente puede consultar a su servicio de urgencias más cercano.

Igualmente se refuerza la importancia de suministrar el medicamento recetado por el psiquiatra en los horarios indicados por este.

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

La paciente se compromete a implementar los ejercicios propuestos y continuar con su proceso terapéutico ambulatorio. Su acompañante se muestra consciente de los límites ante las técnicas que puede implementar para ayudar a su hija, por lo cual se compromete a acudir al servicio de urgencias en caso de que la ansiedad se incrementa.

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

No se hace activación de ruta en un primer momento, se refuerza la importancia de asistir a controles por su eps.

Ante la duda del acompañante sobre si podía acudir a cualquier centro de urgencias o tenía que ser a una institución especial, se explica que tiene derecho a acudir a cualquier centro asistencia y estos deben brindar atención, y si lo consideran necesario hacer el traslado a la institución que consideren acorde a la situación presentada.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma:** Valentina largo _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 14**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	Evelin Xiomara Díaz López			**PROFESIÓN: Psicóloga**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Angie Vanessa		APELLIDOS: Cañas López			EDAD: 20
TIPO ID: T.I	N° ID 1089598760	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: estudiante		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: Desempleada	
TELÉFONO: 3167931822		DIRECCIÓN: mz 27 cs 19		BARRIO: Villa Maria Cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Diana Nelsy		APELLIDOS: López Patiño		
TIPO ID:	N° ID 42100911	EDAD: 53	**EAPB**:	sura
TELÉFONO: 3187813160	DIRECCIÓN: mz 27 cs 19		BARRIO: villa maria cuba	

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

Angie Vanessa Cañas López 20 años cc 1089598760, vive en el barrio cuba villa maría, mz 27 cs 19, estudio farmacia está esperando rehús para poder iniciar a trabajar, eps sura cotizante activo, manifiesta que llama a pedir cita con medicina general y le dicen que está suspendida, tuvo intento suicido hace 1 año, estuvo hospitalizada en san Joaquín 8 días, el psiquiatra la atendió y no le mando seguimiento ni tratamiento, manifiesta tener dependencia emocional de la ex pareja, ideación suicida hace 2 días, quería cortarse, no lo hizo por la mamá no quería verla triste, está suspendida en la eps, por tal motivo se le indica que se acerque a la secretaria de salud de Pereira con fotocopia de la cedula y recibo de servicios públicos para que en el área de aseguramiento le puedan ayudar, se le brindan primero auxilios psicológicos, manejo de respiración

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

Conducta suicida, cutting

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

Debe acercarse a la secretaria de salud de Pereira con fotocopia de la cedula y recibo de servicios públicos para que en el área de aseguramiento le puedan ayudar a activar la EPS, se le brindan primero auxilios psicológicos, manejo de respiración, solicitar valoración con psicología

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

Importancia del manejo de respiración, solicitar valoración con psicología

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

Riesgo Urgente

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

EAPB- IPS

EAPB – IPS

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional:** _____**Evelin Xiomara Díaz López**_ **N° Tarjeta Profesional:** ____**197555**_____ **Firma:** _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 10**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	Evelin Xiomara Diaz López		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Luz Marina		APELLIDOS: López Pérez			EDAD: 70
TIPO ID: cc	N° ID 25154248	**EAPB**:	Nueva Eps	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: profesional		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: pensionada	
TELÉFONO: 3116827141		DIRECCIÓN: mz 11 cs 11		BARRIO: sauces 5	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): María Stella		APELLIDOS: López Pérez		
TIPO ID:	N° ID 25157597	EDAD: 64	**EAPB**:	Coosalud
TELÉFONO: 3006920237		DIRECCIÓN: mz 26 cs 24		BARRIO: samaria 1

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

prioritaria

Se contacta la señora Luz Marina indicando que no ha podido conseguir cita con psiquiatría, llama y le dicen que no hay agenda disponible, tiene orden pendiente desde agosto del 2024 N°7013543097

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

Trastorno mental – Dx G309 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER NO ESPECIFICADA

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

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

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

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

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional:** _____**Evelin Xiomara Díaz López**_ **N° Tarjeta Profesional:** ____**197555**_____ **Firma:** _____

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 14**	**MES: 02**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	Evelin Xiomara Diaz López		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Santiago		APELLIDOS: Chala Arboleda		EDAD: 19	
TIPO ID: T.I	N° ID 1137059048	**EAPB**:	SOS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: estudiante		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: Desempleada	
TELÉFONO: 3165121986		DIRECCIÓN: cra 37 b 36-24		BARRIO: villa verde	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): Yaqueline		APELLIDOS: Arboleda		
TIPO ID: cc	N° ID 66678174	EDAD: 53	**EAPB**:	SOS
TELÉFONO: 3154558799	DIRECCIÓN: cra 37 b 36-24 villa verde		BARRIO: villa maria cuba	

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

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

Conducta suicida, ideaciones suicidas frecuentes

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

Escucha, primeros auxilios psicológicos, se le explica el proceso, acepta iniciar proceso psicológico, se le brindan técnicas de respiración, higiene del sueño

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

Importancia del manejo de respiración, solicitar valoración con psicología y psiquiatra

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

Riesgo Urgente

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

EAPB- IPS

EAPB – IPS

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional:** _____**Evelin Xiomara Díaz López**_ **N° Tarjeta Profesional:** ____**197555**_____ **Firma:** _____