

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 05	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA		PROFESIÓN: Psicóloga.	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): LUZ ESTELLA		VALENCIA BUELVAS			EDAD: 17
TIPO ID: CC	N° ID: 29179630	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	NR
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO: 3178871329		DIRECCIÓN: MZ 7 CASA 9		BARRIO: COMUNA EL OSO MONTELIBANO CUBA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID:	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R			BARRIO: N/R
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)					
Se Recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123. Nivel de requerimiento: Prioritario "Violencia física , verbal , psicológica hacia la mujer por su pareja. Desasosiego , desesperanza, intranquila, nerviosa.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
red de apoyo nula , depresión, ansiedad, pensamientos intrusivos.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Técnica escucha activa y relajación.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
estar pendiente de su línea telefónica para notificar la agenda de su cita en salud mental					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Asistir a las terapias.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se recomienda agendar cita en salud mental con su EPS, por sus propios medios					



Alcaldía de
PEREIRA

Secretaría de
SALUD

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

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Versión: 01

<div><div></div><div>Firma del usuario</div><div>Cédula: <input type="text"/></div><div>Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐</div><div>Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/></div></div>	<div>Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA</div> <div>N° Tarjeta Profesional: 210928</div> <div>Firma:</div>
--	--



ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 02	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA		PROFESIÓN: Psicóloga.	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): MARIA SALOME		APELLIDOS: RUIZ		EDAD: 17	
TIPO ID: CC	N° ID: 1089384327	EAPB:	S.O.S.	ETNIA/POBLACIÓN:	NR
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO: 311-318-38-01		DIRECCIÓN: COMUNA EL JARDÍN MZ 52 CS 7 Primera etapa		BARRIO: El Jardín	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID:	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)					
Se Recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123. Nivel de requerimiento: Prioritario "Violencia física y verbal hacia la progenitora Nieta presenta un patrón de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia las figuras de autoridad.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Abuela pierde la paciencia, falta de supervisión, disciplina estricta, descuidos por parte de sus cuidadores, impulsividad, dependencia en la afectación conductual en el estado de ánimo y percepción, familia disfuncional.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Técnica escucha activa y relajación.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Es importante buscar ayuda profesional si se sospecha que un adolescente tiene TOD. Un diagnóstico y tratamiento temprano pueden ayudar a mejorar su vida social, académica y personal.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Asistir a las terapias.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se recomienda agendar cita en salud mental con su EPS.					



Alcaldía de
PEREIRA

Secretaría de
SALUD

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

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Versión: 01

<p>Firma del usuario _____</p> <p>Cédula: _____</p> <p>Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐</p> <p>Tamizaje ☐ Otro: _____</p>	<p>Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA</p> <p>N° Tarjeta Profesional: 210928</p> <p>Firma:</p>



ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 11	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM-SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE		AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA			PROFESIÓN: Psicóloga.
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Raquel			APELLIDOS: Salazar		EDAD: 21
TIPO ID: CC	N° ID: 1004778094	EAPB	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN: N/A
TELEFONO: 3136736015		DIRECCION: CARRERA 11 No 28-18		BARRIO: COMUNA CENTRO VICTORIA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB	N/R	
TELEFONO: N/R		DIRECCION: N/R		BARRIO: N/R	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISIÓN					
EAPB				OTRA(S)	
N/A		N/A		N/A	
Observaciones: N/A					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad))					
"SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (sin establecer)					
Nivel de requerimiento: Alto					
Motivo de atención: Hermano presenta descompensación emocional hace (3) tres días con alteraciones en el estado de ánimo.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Factores de riesgo identificados: Desregulación emocional, frustración entre la realidad y lo que debería ser, un clima familiar negativo (estrés, negatividad, rechazo), un conflicto familiar excesivo (hostilidad), falta de comunicación, ausencia de atención psicológica, dificultades en las relaciones interpersonales.					
Actos impulsivos y conductas de riesgo para su integridad.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
El entorno familiar establecer límites , ya que un consumidor con mayor índice de asociación al uso de sustancias psicoactivas (SPA) cambia de personalidad, se evidencia que hay una comorbilidad del consumo con los trastornos negativita desafiante, al comprender su comportamiento se logra identificar cada uno de sus síntomas y actuaciones, se le brinda información sobre la importancia de la línea de emergencia de la policía metropolitana, la cual la misma ciudadana de ahora en adelante puede contactar su cuadrante y resolver su queja ,por tal motivo se aporta el número telefónico de la estación de dicha jurisdicción 3138602403,para que sea ella misma ,por sus propios medios, quien se interese por comunicarse vía telefónica con el comandante de dicha estación , y de esta manera ser conocido el caso por la autoridad competente, y siempre realice la misma gestión hasta que el mencionado individuo acate la orden policial, y así no volver a utilizar la línea 123 para este tipo de casos.					
Gestión del riesgo realizada por el profesional: El señor Agustín Quintero en varias ocasiones estará en ese sector, por ello la importancia de estar en contacto con el cuadrante de la victoria Pereira, para que sean ellos de manera respetuosa y comprensiva retirarlo siempre que llegue afuera de la vivienda .					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					



Alcaldía de
PEREIRA

Secretaría de
SALUD

**REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL**

Versión: 01

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

<p>Nombre y Firma de la Persona entrevistada</p> <p>Cedula: _____</p>	<p>Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA N° Tarjeta Profesional: 210928</p> <p>Firma: _____</p>
---	--



ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 18	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		AIDA MAJORY JARAMILLO LOAIZA		PROFESIÓN: Psicóloga	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): LAURA ALEJANDRA			APELLIDOS: PULGARIN		EDAD: 32
TIPO ID:	N° ID 1,088,302,790	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: NR		INSTITUCIÓN E: NR		OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO: 3244368416		DIRECCIÓN: MZ 26 CS 12		BARRIO: Comuna del café del café Sector Boquia	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): NR			APELLIDOS: NR		
TIPO ID: NR	N° ID NR	EDAD: NR	EAPB:	NR	
TELÉFONO: NR		DIRECCIÓN: NR		BARRIO: NR	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)					
<p>"VIOLENCIA FISICA: HACIA LA PROGENITORA</p> <p>Se Recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123.</p> <p>Nivel de requerimiento: Prioritario</p> <p>Motivo de atención: Hijo, comportamientos de rebelión y frustración, problemas de comunicación anteriores, expectativas no cumplidas, conflictos familiares o problemas del pasado.</p>					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Madre pierde la paciencia, falta de supervisión, disciplina estricta, impulsividad, familia disfuncional.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Técnica escucha activa, pautas de crianza.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Dirigirse personalmente a la Institución ICBF .					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Acatar las recomendaciones					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
cuadrante de la jurisdicción parque industrial, sector Boquia. Recomendaciones asistir por sus propios medios al Instituto de Bienestar Familiar.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA N° Tarjeta Profesional: 210928 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 19	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA		PROFESIÓN: Psicóloga	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): CAMILA			APELLIDOS: FERNANDEZ IBARRA		EDAD: 22
TIPO ID: C.C	N° ID 1004685438	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	NR
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: NR		DIRECCIÓN: Corregimiento Tribunas Córcega Vía Armenia.		BARRIO: CARACOL LA CURVA EN VIA PRINCIPAL ENCIMA DEL MONTALLANTAS	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Juan Manuel (sobrino)			APELLIDOS: FERNANDEZ		
TIPO ID: NR	N° ID NR	EDAD: NR	EAPB:	NR	
TELÉFONO: 3205860645		DIRECCIÓN: Corregimiento Tribunas Córcega Vía Armenia		BARRIO: caracol la curva en vía principal encima del monta llantas	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)					
<p>"VIOLENCIA VERBAL Y PSICOLÓGICA HACIA LA MUJER</p> <p>Se Recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123.</p> <p>Nivel de requerimiento: Urgente</p> <p>Motivo de atención: Expresiones para causar daño emocional a una persona, amenazas de muerte, hostigamiento por parte de hombre desconocido.</p>					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Frustración entre la realidad y lo que debería ser, pérdida de confianza en los demás, descompensación emocional, falta de autonomía, eventos estresantes, preocupaciones financieras.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brindó asesoría sobre la importancia de interponer la denuncia en la Fiscalía Nacional y solicitar la individualización de este sujeto, se lleva a cabo escucha activa, igualmente se le brindó la información de la línea de contención emocional.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
21/05/2025 vía telefónica informa el sobrino Juan Manuel, ya interpusieron la denuncia ayer tiene oficio de protección por parte de esta entidad y el CAI ubicado en la carrera 12 de esta ciudad estará dando ronda a su vivienda para lograr identificar este sujeto.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Acatar las recomendaciones .					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Hoy de carácter urgente después de colgar esta llamada, la importancia de registrarse en la app mujer segura, igualmente su sobrino JUAN MANUEL FERNANDEZ como red de apoyo, se concientiza de activar la alarma solo en un momento de amenazas contra su vida de lo contrario no lo puede hacer, entiende la explicación brindada del buen uso de la plataforma, manifiesta sentirse más tranquila con el diálogo en salud mental agradece y cuelga					



Alcaldía de
PEREIRA

Secretaría de
SALUD

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

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Versión: 01

Firma del usuario

Cédula: _____

Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐

Tamizaje ☐ Otro: _____

Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARAMILO LOAIZA

N° Tarjeta Profesional: 210928

Firma: _____



ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 20	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA		PROFESIÓN: Psicóloga	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): DIEGO ARMANDO			APELLIDOS: ZULUAGA		EDAD: 23
TIPO ID: cc	N° ID 1000121602	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	NR
N. ESCOLARIDAD: NR		INSTITUCIÓN E: NR		OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO: NR		DIRECCIÓN: COMUNA VILLASANTANA mz 45 cs 6		BARRIO: el Remanso	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): JOSE ROBERTO			APELLIDOS: ZULUAGA		
TIPO ID: CC	N° ID NR	EDAD: NR	EAPB:	SALUD TOTAL	
TELÉFONO: 3137389407		DIRECCIÓN: COMUNA VILLASANTANA mz 45 cs 6		BARRIO: EL Remanso	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
CONDUCTA SUICIDA MASCULINO CON SINTOMAS DE DEPRESIÓN MAYOR Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123. Tristeza, vacío, desesperanza, anhedonia, insomnio, exceso de sueño en el día, bajo apetito,					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
factores de riesgo nulas herramientas de afrontamiento, descompensación emocional, pensamientos marcados de muerte, llanto incontrolable, aislamiento.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brindó escucha activa al padre, orientación psicológica sobre el estado de ánimo de su hijo y las consecuencias de no ser tratado por psicología y psiquiatría.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Desplazarse por sus propios medios al hospital más cercano de su jurisdicción.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
De carácter urgente dirigirse al hospital más cercano de su lugar de residencia, porque su hijo está en alto riesgo.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
. siendo las 11:30a.m a 5:50a.m aún no recibe ningún medicamento , se recomienda esperar la atención solicitada					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA N° Tarjeta Profesional: 210928 Firma: <input type="text"/>		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 23	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA		PROFESIÓN: Psicóloga	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): EDWIN ALEXANDER			APELLIDOS: MARIN MARTINE		EDAD: 25
TIPO ID: cc	N° ID 1024594756	EAPB:	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	NR
N. ESCOLARIDAD: NR		INSTITUCIÓN E: NR		OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO: NR		DIRECCIÓN: PEREIRA		BARRIO: PEREIRA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): DANNA			APELLIDOS: ARIAS MARTINEZ		
TIPO ID: NR	N° ID NR	EDAD: NR	EAPB:	Salud total	
TELÉFONO: 3503555159		DIRECCIÓN: PEREIRA		BARRIO: PEREIRA	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
<p>"CONDUCTA SUICIDA</p> <p>Nivel de requerimiento: Urgente</p> <p>Motivo de atención: Llanto constante, está aislado, callado, desinterés académico, tristeza profunda, ausencia de terapias psicológicas, encerrado en el cuarto.</p>					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Pensamientos intrusivos. (intento de suicidio a los 13 años)					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Orientación en salud mental, sobre el estado de ánimo de su familiar y las consecuencias de no ser atendido por psicología y psiquiatría a partir de hoy					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Atención urgencias hospital San Joaquín Cuba, al llegar le informan ausencia de los profesionales psicología y psiquiatría, se dirigen a la clínica los Rosales siendo las 12:40p.m a 6:00 am ,la hermana informa realizaron examen de orina y de sangre hasta el momento no le han aplicado ningún medicamento ya está cansado se quiere ir ; se recomienda esperar la atención solicitada ,su hermano requiere medicamento y posiblemente terapias					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Acatar las recomendaciones					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se recomienda de carácter urgente dirigirse al hospital más cercano de su lugar de residencia, porque su hermano está en alto riesgo.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA N° Tarjeta Profesional: 210928 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 26	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA			PROFESIÓN: PSICOLOGA
1.DATOS DEL USUARIO				
NOMBRE(S): JHON EDIER		APELLIDOS: CARDONA CAÑAS		EDAD: 60
TIPO ID: CC	N° ID 10124011	EAPB:	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: NR		INSTITUCIÓN E: NR		OCUPACIÓN: NR
TELÉFONO: NR		DIRECCIÓN: MZ 19 CS 259		BARRIO: LENINGRADOCOMUNA SAN JOAQUIN CUBA
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)				
NOMBRE(S): NATALIA		APELLIDOS: CARDONA LÓPEZ		
TIPO ID: CC	N° IDNR	EDAD: NR	EAPB:	NR
TELÉFONO: 3146685059		DIRECCIÓN: MZ 19 CS 259		BARRIO: LENINGRADOCOMUNA SAN JOAQUIN CUBA
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)				
"CONDUCTA IDEACIÓN SUICIDA Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123. Nivel de requerimiento: ALTO Motivo de atención: Padre, Descompensación de su estado mental.				
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)				
Factores de riesgo identificados: Pensamientos de muerte, ideas sobrevaloradas.				
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)				
Se brindó asesoría sobre la importancia de la adecuada adherencia al tratamiento				
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)				
El usuario, condición en salud mental, no debe ingresar a la vivienda; es importante trasladarlo por sus propios medios al hospital más cercano para lograr estabilizarlo.				
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)				
Acatar las recomendaciones.				
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)				
Gestión de riesgo: Acompañamiento de la cuadrante jurisdicción de Cuba a la hija NATALIA CARDONA LOPEZ, mz 19 cs 259 Barrio Leningrado Cuba.				
Firma del usuario		Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA		
Cédula: _____		N° Tarjeta Profesional: 210928		
Anexo(s): Remisión ☐		Firma: _____		
Tamizaje ☐		Consentimiento Informado ☐		
Otro: _____				

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 19	MES: Mayo	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA		PROFESIÓN: PSICOLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ANDREA		APELLIDOS: QUINCHIA BERMUDEZ		EDAD:	
TIPO ID: CC	N° ID 1004739333	EAPB:	COOSALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	NR
N. ESCOLARIDAD: NR		INSTITUCIÓN E: NR		OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO: 3163559832		DIRECCIÓN: comuna universidad carrera 5a N° 38-01		BARRIO: Barrio la Aurora	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPÑANTE)					
NOMBRE(S): ASMAIRA		APELLIDOS: BERMUDEZ (mamá)			
TIPO ID: CC	N° IDNR	EDAD: NR	EAPB:		
TELÉFONO: 3244114148		DIRECCIÓN: comuna universidad carrera 5a N° 38-01		BARRIO: Barrio la Aurora	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)					
<p>"VIOLENCIA VERBAL Y PSICOLÓGICA HACIA LA MUJER</p> <p>Se Recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123.</p> <p>Motivo de atención: Estado emocional bajo, llanto constante, discusión constante con su pareja consumidor de sustancia psicoactivas .</p>					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Frustración entre la realidad y lo que debería ser, baja autoestima, descompensación emocional, falta de autonomía, eventos estresantes, preocupaciones financieras.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
. Se realiza técnica reestructuración cognitiva.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
La importancia de interponer la denuncia hacia el padre de su hijo en comisaria de familia cerca de su dirección de residencia.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Acatar las recomendaciones.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se solicita visita del cuadrante de la jurisdicción para el respectivo acompañamiento. Hoy de carácter urgente después de colgar esta llamada, la importancia de registrarse en la app mujer segura, igualmente, si es su voluntad solicitar a su Eps cita en salud mental y asistir a todas las sesiones programadas.					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA N° Tarjeta Profesional: 210928 Firma: <input type="text"/>		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 19	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA		PROFESIÓN: Psicóloga	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): LUISA FERNANDA		APELLIDOS: ARIAS MARIN		EDAD: 20	
TIPO ID: CC	N° ID 1193099874	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	NR
N. ESCOLARIDAD: NR		INSTITUCIÓN E: NR		OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO: 3023699059		DIRECCIÓN: , Carrera 22 calle 9-b 18 piso 1 bajos		BARRIO: Cuba	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): JHON JAIRO		APELLIDOS: LOPEZ (esposo)			
TIPO ID: NR	N° ID NR	EDAD: NR	EAPB:	NR	
TELÉFONO: 3023699059		DIRECCIÓN: Carrera 22 calle 9-b 18 piso 1 bajos		BARRIO: Cuba	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)					
<p>"VIOLENCIA VERBAL HACIA LA MUJER PAREJA SENTIMENTAL</p> <p>Se Recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123.</p> <p>Nivel de requerimiento: Prioritario</p> <p>Motivo de atención: Frustración entre la realidad y lo que debería ser, llanto constante, baja autoestima, descompensación emocional, falta de autonomía, eventos estresantes, preocupaciones financieras, contraindicaciones de medicamentos psiquiátricos.</p>					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Frustración entre la realidad y lo que debería ser, baja autoestima, descompensación emocional, falta de autonomía, eventos estresantes,					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Técnica de escucha activa.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Desplazarse por sus propios medios al hospital más cercano de su jurisdicción.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Acatar las Recomendaciones.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
El esposo se compromete de carácter urgente trasladarla el día de hoy a su EPS por urgencia, igualmente se recomienda cambio de medicamentos.					
Firma del usuario			Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA		
Cédula: _____			N° Tarjeta Profesional: 210928		
Anexo(s): Remisión ☐			Firma: _____		
Tamizaje ☐			Consentimiento Informado ☐		
			Otro: _____		



Alcaldía de
PEREIRA

Secretaría de
SALUD

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

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Versión: 01



ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 02	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		PROFESIÓN: PSICOLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Anónima			APELLIDOS: N/R		EDAD: N/R
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EAPB:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3104687603		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: Samaria 1	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica Ciudadana Anónima reportando que su tío de 25 años de edad, esta depresivo, desde diciembre del año 2024 por ruptura amorosa con idea suicidas, hoy salió de la casa y no contesta ni aparece y necesita una ambulancia.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Cuadro de depresión -Red de apoyo débil -Ruptura amorosa hace 6 meses aproximadamente -Ideación suicida -Conductas de aislamiento familiar y social					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se realiza escucha asertiva, indica que el usuario estuvo en el psicólogo, pero no ha estado en psiquiatría, que no tiene mucho conocimiento de su condición, se brinda psicoeducación en el proceso de activación de ruta por EAPB, para apoyo emocional y resiliente después del proceso amoroso, se le indica que la ambulancia ni el cuadrante de policía se puede enviar porque el usuario no está en el lugar y tampoco se tiene conocimiento en donde se encuentre, se le informa que cuando el usuario este en casa, se comunique nuevamente para realizar ese apoyo, dependiendo la condición en la cual él se encuentre, se educa en derechos en salud mental y en la sintomatología que tiene el usuario y la importancia de activar ruta, mientras se está haciendo la intervención, ella cuelga la llamada y no vuelve a contestar.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Importante activar ruta por EAPB por sintomatología depresiva					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
No se realiza ningún compromiso porque la usuaria cuelga la llamada y no vuelve a contestar					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No se realiza ninguna articulación por que la usuaria cuelga la llamada.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA N° Tarjeta Profesional: 212397 Firma: KATERIN SANCHEZ M.		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 06	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		PROFESIÓN: PSICOLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Elder		APELLIDOS: Vanegas		EDAD: N/R	
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EAPB:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: Institución Educativa Boyacá		OCUPACIÓN: Coordinador	
TELÉFONO: 3166497504		DIRECCIÓN: cra 5 número 21-03		BARRIO: Institución Educativa Boyacá	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)					
Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica el ciudadano Elder Vanegas coordinador de la Institución Educativa Boyacá, reporta que tiene 2 estudiantes que presentan cutting en los brazos, una de ellas la acudiente ya fue por ella, pero la otra de 11 años de edad la acudiente infiere que no va ir, que no cree que se haya cortado, la menor no se quiere dejar llevar para activar ruta por EAPB esta agresiva.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Cutting en los brazos -Red de apoyo débil -Trastorno de conducta (Agresividad)					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se le explica como activar ruta por EAPB, se habla de la importancia de incentivar el acompañamiento del acudiente en el proceso de la menor, el coordinador indica que el conoce la ruta, pero no es capaz de controlar la menor ya que esta agresiva y solicita apoyo de la policía, se habla con el intendente Jonathan Ardila de policía de infancia y adolescencia, (dato suministrado por el sargento Parra) él informa nuevamente como sería la ruta, pero se le informa que ella esta agresiva, el intendente dice que ellos van a ir pero que tengan listo el informe y el profesor quien va a hacer el acompañamiento, ya que muchas veces las instituciones educativas no les gusta realizar la ruta y esperan que la policía lo haga todo, informa que si ellos no están diciendo la verdad, le pasan informe a la Institución, se le indica esta información al Coordinador de la Institución y se finaliza la llamada.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda activar ruta por EAPB, Crear espacios para incentivar el acompañamiento del acudiente en el proceso de la menor					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Se compromete a activar ruta e informar al acudiente					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza articulación enviando patrulla de infancia y adolescencia.					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA N° Tarjeta Profesional: 212397 Firma: KATERIN SANCHEZ M.		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 08	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		PROFESIÓN: PSICOLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Daniela			APELLIDOS: Cano		EDAD: N/R
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EAPB:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Jefe de enfermera	
TELÉFONO: 3124302799		DIRECCIÓN: Clínica los rosales		BARRIO: Urgencias	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivead)					
Se recepciona llamada, caso transmitido por el canal de Pereira (policía Agudelo), informa de un caso de una femenina que llega a la clínica los rosales, víctima de violencia intrafamiliar.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Violencia intrafamiliar por parte de su ex pareja					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Nos comunicamos con la jefa de enfermera Daniela cano, por medio del celular de la línea de contención emocional (3228615710), en donde se le pregunta acerca de la llamada, informa que tiene una mujer víctima de violencia intrafamiliar que llegó a la clínica los rosales, por parte de su ex pareja y quiere demandar, que necesita cuadrante de policía para que la trasladen a la fiscalía para poner la demanda, Se indaga con el policía Agudelo del canal de Pereira, si pueden hacer el acompañamiento de la policía en la clínica los rosales, él informa que no pueden hacer el traslado en la patrulla, pero si pueden ir a realizar acompañamiento por sus propios medios en un taxi, y lo mismo acompañamiento a la casa. Se le informa a la enfermera y ella informa que le va a decir al médico para que ponga la nota y le informen a la ciudadana y si algo volvía a llamar para solicitar apoyo del cuadrante					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda activar ruta lo más pronto posible por fiscalía.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuaría se compromete a informar al médico de turno y a la usuaria para la activación de ruta.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza articulación informando que la ruta se activa por fiscalía para poner la respectiva demanda en horario de oficina.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA N° Tarjeta Profesional: 212397 Firma: KATERIN SANCHEZ M.		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 08	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		PROFESIÓN: PSICOLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Angélica Tatiana			APELLIDOS: Torres Santamaría		EDAD: 35
TIPO ID: CC	N° ID 1094906375	EAPB:	Sura	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3183294410		DIRECCIÓN: torre 1 apto 304		BARRIO: conjunto mirador del viento	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)					
Se recepciona llamada de la línea de contención emocional, en donde se comunica Angélica Torres de 35 años de edad, reporta que se siente muy mal emocionalmente y que necesitan que la escuchen, tiene un diagnostico mental y estuvo con psiquiatra y psicólogo hace 2 semanas, está al día con los medicamentos.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
<ul style="list-style-type: none"> -Trastorno mixto de ansiedad y la depresión y TOC -Fibromialgia -Antecedentes suicidas con medicamentos hace un año -Ideas suicidas -Alucinaciones -Red de apoyo débil -Duelo por la muerte de su pareja hace 1 mes -Relaciones interpersonales deficientes -Conflictos con los compañeros de trabajo -Temores por el futuro. 					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se realiza escucha activa y asertiva mediante rapport, la usuaria realiza catarsis, Se le orienta desde el diagnóstico y la importancia de continuar el proceso con psiquiatría y psicología como lo ha venido haciendo, informa que con psicología ha notado poca afinidad con la profesional y por eso siente que no le está funcionando, se recomienda cambiar de profesional en su EAPB, para las herramientas pertinentes de apoyo emocional, se educa en derechos en salud mental, en el ejercicio neurolingüística, en su léxico y actitud, se fortalece y se dan herramientas de autoestima y auto concepto, de manejo de emociones y resiliencia, se habla en la importancia de explorar nuevas oportunidades y de iniciar un nuevo rumbo en su vida, la importancia de cerrar ciclos y sanar heridas, pensando en su bienestar y felicidad, se dan pautas del manejo del tiempo de ocio. Cambiar el enfoque y la perspectiva de la vida.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda retomar el proceso por psicología para apoyo emocional y no dejar el medicamento que le envía el psiquiatra					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Se compromete a continuar el proceso con psicología por su EAPB y no dejar el medicamento					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No se realiza ninguna articulación porque la usuaria esta activa en proceso con los dos especialistas por su EAPB					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA N° Tarjeta Profesional: 212397 Firma: KATERIN SANCHEZ M.		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 10	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		PROFESIÓN: PSICOLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Sofía			APELLIDOS: N/R		EDAD: N/R
TIPO ID: N/R	N° ID N/R		EAPB:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN: N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R
TELÉFONO: 3008755775		DIRECCIÓN: Pereira			BARRIO:
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R		EDAD: N/R	EAPB:	N/R
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R			BARRIO: N/R
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)					
Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica la Ciudadana Sofía, informa que estuvo usando el método de la IA (inteligencia artificial) preguntando qué hacer para no continuar con su vida y la IA (le informa que no puede hacer nada e inmediatamente le dan varios números de emergencias, dentro de los cuales esta esté número y por esto está llamando para saber la línea como funciona					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Trastorno de depresión y bipolaridad sin medicamentos -Ideas suicidas -Antecedentes de intento de suicidio -Poco interés por la condición que tiene en salud mental -Indica que no tiene EAPB -Red de apoyo débil (la poca familia que tenía cercanía- murieron) -Soledad -Introvertida -Dificultad para expresar sus ideas					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se realiza escucha activa de la poca comunicación que suministra la ciudadana, se trata de persuadir por medio de empatía (rapport) para generar catarsis, haciendo preguntas abiertas y cerradas, pero no fue posible generar este procedimiento en ella, se da orientación de la línea sem de salud mental, se le informa los acompañamientos a los cuales ella puede acceder en su condición en salud mental, se le habla desde el diagnóstico y la importancia de tomar los medicamentos, de retomar el proceso y de igual manera con psicología, se educa en derechos en salud mental por EAPB, la importancia de su salud mental, se dan herramientas para el fortalecimiento de la autoestima y se valida emocionalmente psicoeducando en su proceso de vida, se habla desde el valor de la vida y de lo que perdería y ganaría atentando contra su vida, ella informa que no quiere tomar medicamentos y que va a mirar si va con psicología así sea particular o hacer el proceso por EAPB, que va a tratar de calmarse y estar bien, informa que ella puede sentirse segura mientras puede recibir algún tipo de ayuda, se ofrece la ambulancia, cuadrante de policía o dirigirse a los servicios de urgencias para activación de ruta, De igual manera se le informa que si desea más tarde hablar, en esta línea hay un psicólogo las 24 horas para ese apoyo emocional, desea finalizar la llamada y no recibir ningún tipo de ayuda.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se le recomienda retomar proceso con psiquiatría y psicología y afiliarse a la EAPB, para activación de ruta					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Se compromete a tratar de calmarse, que va a estar bien y que va a hacer el proceso de afiliación a la EAPB					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza articulación derivando a la zona de escucha, de disponibilidad de la secretaria de salud de Pereira para apoyo emocional, de igual manera se orienta en el área de aseguramiento de la secretaria de salud de Pereira, para que le realicen la activación de la EAPB.					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Sentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐			Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA N° Tarjeta Profesional: 212397 Firma: KATERIN SANCHEZ M.		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 10	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		PROFESIÓN: PSICOLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Jhon Stiven			APELLIDOS: Carmona Henao		EDAD: 29
TIPO ID: CC	N° ID 1007224183	EAPB:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3226685546		DIRECCIÓN: Mz 23 cs 19		BARRIO: Samaria	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)					
Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica el usuario Jhon Carmona de 29 años de edad, vive con los abuelos, se denota alteración emocional, reporta que nunca ha tenido pareja, no ha sido capaz y esto lo hace sentir muy mal.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
<ul style="list-style-type: none"> -Ideas suicidas -Insomnio -Sintomatología de depresión y frustración -Familia Disfuncional -Red de apoyo débil -Baja autoestima -Poca oferta laboral -Tiempo de ociosidad. 					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se realiza escucha activa y reestructuración cognitiva, dando a conocer su valor como persona y que hay muchas cosas que se necesitan aprender y explorar para adquirir habilidades para enfrentar muchas situaciones en la vida, cosas que no se comprenden y se necesita una ayuda profesional, se educa en derechos en salud mental, y se le informa la importancia de activar ruta por EAPB, para ese apoyo emocional, el usuario acepta informa que va a esperar la llamada para asistir a la cita, Se dan pautas para manejo del tiempo de ocio y el fortalecimiento de su autoestima.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se le recomienda asistir a la cita por EAPB Para el apoyo emocional que necesita.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuario se compromete a estar pendiente del celular para el informe de la cita y así mismo asistir a ella.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se articula Activando ruta por EAPB, SURA cita urgente por psicología					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA N° Tarjeta Profesional: 212397 Firma: KATERIN SANCHEZ M.		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 15	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.			PROFESIÓN: PSICOLOGA
1.DATOS DEL USUARIO				
NOMBRE(S): Juan David		APELLIDOS: Henao Ramírez		EDAD: 28
TIPO ID: CC	N° ID 1088339199	EAPB:	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN: N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Camillero
TELÉFONO: 3126295547		DIRECCIÓN: Pereira		BARRIO: Pereira
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)				
Se recepciona llamada por la línea de contención emocional, en donde se comunica el ciudadano Juan de 28 años de edad, Reportando que no sabe qué hacer, ya que tiene un diagnostico físico (VIH) y psicológico (Trastorno de bipolaridad y depresión desde los 11 años) y en la EAPB le informan (hoy) que no le pueden dar citas, para los medicamentos porque aparece en la plataforma de la NUEVA EPS como suspendido, porque la Empresa donde trabaja no le ha pagado hace 2 meses, dice que se auto médica, para sentirse un poco mejor, pero el necesita las consultas con los profesionales y las órdenes para los medicamentos, solo tiene medicamento hasta hoy.				
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)				
-Trastorno bipolar y depresión sin medicamentos -VIH sin medicamentos -Red medica de apoyo débil (no le atienden ni una urgencia) -Vulneración de sus derechos como empleado por parte del empleador donde labora (le cierran la puerta cuando se dirige a gestión humana a preguntar por qué no han pagado) -Trabaja en el sector salud (como camillero) no hay garantías de sus derechos. -Desconocimiento del proceso a seguir para que lo puedan atender en la EAPB y continuar su proceso medico -Usuario que no puede parar su proceso medico por las condiciones que tiene.				
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)				
Se realiza escucha activa y se educa en derechos en salud mental, la importancia de cuidarse de pensar en él, de no parar los medicamentos, pero no auto medicarse si no hacer el proceso con los profesionales, explicando que las condiciones físicas y mentales pueden variar con el tiempo y por eso la importancia de tener las consultas con los profesionales y poder seguir las orientaciones por parte de ellos.				
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)				
Se orienta brindando los datos pertinentes a seguir para poder solucionar el proceso con la EAPB por medio de la Empresa en la cual labora.				
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)				
Usuario se compromete a llamar a las líneas suministradas para que le orienten que hacer en el proceso, con el fin de poder continuar su proceso de tratamiento, pensando en salud mental				
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)				
Se articula indicando los datos del defensor del pueblo, de la defensoría del pueblo y de la secretaria de salud, también se orienta en la zona de escucha-disponibilidad y el psiquiatra que están en la secretaria de salud, se le indica que la línea a la que llamo es de contención emocional y allí estará disponible para ese apoyo psicológico las 24 horas.				
Firma del usuario		Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA		
Cédula: _____		N° Tarjeta Profesional: 212397		
Anexo(s): Remisión	☐	Consentimiento Informado	☐	
Tamizaje	☐	Otro: _____	Firma: KATERIN SANCHEZ M.	

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 22	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		KATERIN JULIANA SANCHEZ		PROFESIÓN: PSICOLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Ángela Yolima		APELLIDOS: Idrobo Dorado		EDAD: N/R	
TIPO ID: CC	N° ID 1084551583	EAPB:	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3135903933		DIRECCIÓN: Estación Villegas		BARRIO: Cerritos	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)					
Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica la Ciudadana Ángela, reportando que se siente muy mal, porque tiene problemas con su esposo, dice que él se quiere separar, ella está en embarazo de 6 meses y no sabe qué va a pasar con ella porque no tiene trabajo y está sola con su otra hija de 14 años de edad, dice que en este momento está cuidando una abuela en Nariño que está enferma y está esperando recoger la plata para devolverse para Pereira y que dejo la hija sola, porque nadie se la quiso cuidar.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Depresión perinatal -Feto bajo de peso -Insomnio -Falta de apetito -Red de apoyo débil -Familia Disfuncional -Episodios leves de desubicación en tiempo y espacio -Crisis nerviosa (hospitalización el domingo presión alta e hipoglucemia)					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se realiza rapport, escucha activa, Se le indica la importancia de su salud mental y de qué manera cuidarla, se fortalece en la autoestima con estrategias de reestructuración cognitiva, pautas de manejo de emociones y resiliencia, se hace consiente de las consecuencias que puede tener él bebe, mientras esta alterada emocionalmente.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se le indica que se debe activar ruta por EAPB, se educa en derechos en salud mental y se orienta de qué manera buscar ayuda en alguna Entidad de apoyo económico, también poner la denuncia en el caso que el esposo no quiera responder por él bebe.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
se compromete que cuando llegue a Pereira se comunica nuevamente para la gestión de la cita o acudir al servicio de urgencias donde se encuentre					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se articula indicando que puede activar ruta por EAPB cita por psicología, no se realiza remisión porque ella se encuentra en Nariño y no sabe cuándo vuelve a Pereira También se indica que esta línea se está disponible para apoyo emocional y la zona de escucha de la secretaria de salud de Pereira.					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA N° Tarjeta Profesional: 212397 Firma: KATERIN SANCHEZ M.		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 26	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		PROFESIÓN: PSICOLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Daniela			APELLIDOS: Giraldo		EDAD: N/R
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EAPB:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 579119535136-3182251916		DIRECCIÓN: Club del comercio		BARRIO: Circunvalar	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Se recepciona llamada transferida por los APH sem de Pereira (APH-Ximena) en donde se comunica la Ciudadana Daniela Giraldo, reportando que su novio, esta agresivo estaban tomando y de un momento a otro decía que se quería matar, tirársele a los carros, como un ataque de pánico					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Crisis de ataque de pánico recientes sin activación de ruta por EAPB -Trastorno de conducta (Agresividad) -Bajo los efectos del alcohol					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda escucha activa, se realiza ejercicios de respiración, para entender el caso a la persona que está reportando el caso, se realiza el triage de riesgo en salud mental para identificar el envío de ambulancia, se denota que esta agresivo, así que se orienta a la usuaria para que se trasladen por sus propios medios al servicio de urgencias para activación de ruta, ya que la tripulación de la ambulancia podría salir afectados ya que no es medicalizada, se educa en derechos en salud mental por EAPB, se solicita al canal de Pereira apoyo del cuadrante y el radioperador informa que envió la patrulla 11 al lugar.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda lo más pronto posible acudir con el usuario a los servicios de urgencias para activación de ruta, ya que hay varios factores de riesgo en su vida.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usaria se compromete en llevar a su novio a los servicios de urgencias para activación de ruta					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se articula enviando cuadrante de policía, para que le apoyo el proceso de traslado a los servicios de urgencias.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA N° Tarjeta Profesional: 212397 Firma: KATERIN SANCHEZ M.		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 10	MES: 5	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Mariana Valencia Grajales		PROFESIÓN: Psicóloga
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Paola Andrea			APELLIDOS: Castrillón Acevedo		EDAD: 42
TIPO ID: CC	N° 24873576	EAPB:	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3205461153		DIRECCIÓN: mz 26 cs 352		BARRIO: Lenin grado 3	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB:		
TELÉFONO:		DIRECCIÓN:		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Otras causas: bipolaridad sin adherencia al medicamento: URGENTE – Se contacta el esposo quien indica "mándenme la ambulancia esta señora está muy agresiva, ella ya ha tenido intento suicida ya tiene historial en Homeris, me pego en la cara así ha estado toda la semana" se pide hablar con la señora quien indica, "el me trata mal, dice que estoy loca, que me vaya de la casa, como no se va a colocar uno mal si este señor es grosero hace 8 años me tome unas pastas pero no me quería morir solo quería dormir porque con este señor son muy frecuentes los problemas tomo 6 gotas de rescate"					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Bipolaridad sin adherencia al medicamento, agresiva- relación conflictiva- violencia verbal y física					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda escucha activa y empática					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda tomar 20 gotas de rescate ya que las que está tomando no le sirven, se recomienda realizar remisión a psiquiatría y a psicología lo cual inicialmente aceptan, después al ver que no será hoy o mañana dice que la llevara a urgencias y finaliza la llamada					
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)					
no aplica					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: N° Tarjeta Profesional: Firma:		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 04	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Mariana Valencia Grajales		PROFESIÓN: Psicóloga
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Jazmín			APELLIDOS: Gómez Espinosa		EDAD: 33
TIPO ID: CC	N° 1088292170	EAPB:	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3128476067		DIRECCIÓN: MZ 37 CS 5		BARRIO: las margarita invasión 2	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): LUZ MARINA			APELLIDOS: ESPINOSA		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB:		
TELÉFONO: 3228646189		DIRECCIÓN:		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Se atiende llamada transferida por los operadores NUSE 123. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: violencia intrafamiliar y acoso Prioritario - se contacta la señora Jazmín quien indica "ya no aguanto más, necesito que me ayuden, el papa de mi hijo no me deja tranquila, el no acepta que necesita ayuda de un psiquiatra que lo mediquen, mi ex pareja no me deja tranquila me persigue, él quiere que este con él a las malas, tengo miedo por mi vida y la de mis hijos, quiero que nos deje en paz, yo lo eche de la casa hace 3 años en el 2022, y este año como 3 meses intente darle otra oportunidad y fue el peor error que pude cometer, vivo con miedo, vivo escondiéndome, fui a la fiscalía a denunciarlo y me iban a arrestar a mí, todos se colocan de parte de él"					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
violencia intrafamiliar, acoso, amenazas, red de apoyo débil, ansiedad, inseguridad					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se le brindan primeros auxilios psicológicos, escucha activa y empática, manifiesta la posibilidad de dormir en la estación de policía ya que no se siente segura en su casa, pide dejar el caso en el sistema por si le llega a pasar algo, se le indica la posibilidad de enviar el cuadrante, dice que él ya se fue. eh indica el nombre de los hijos ALAN DAVID TREJOS Y KEINER GOMEZ.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
se recomienda remisión de cita a psicología lo cual acepta, se recomienda ir a la comisaria de familia más cercana, se brinda dirección e información de la comisaria nocturna, se le recomienda descargar la app mujer segura, se le explica su uso.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Se compromete a estar pendiente del celular para la asignación de citas y su asistencia					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se hace reporte a coordinadora del programa para gestión de cita urgente en salud por los servicios de psicología en la EAPB nueva EPS					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: N° Tarjeta Profesional: Firma:		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 02	MES: 05	AÑO:	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Mariana Valencia Grajales		PROFESIÓN: Psicóloga
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Sory Julieth			APELLIDOS: Grajales Acosta		EDAD: 42
TIPO ID: CC	N° 42148006	EAPB:	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3117426772		DIRECCIÓN: torre 2 apto 601		BARRIO: torres de villa verde	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Guillermo león			APELLIDOS: Pérez Vásquez		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB:		
TELÉFONO: 3137614702		DIRECCIÓN:		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Se atiende llamada transferida por los operadores NUSE 123 .Otras causas: alteración cognitivo Prioritario - se contacta Guillermo León quien indica "necesito ayuda par a mi esposa Julieth, ella tiene 42 años, hace días la veo como perdida, desorientada, en el trabajo sale sola a almorzar, se ha alejado de todo el mundo, esta mañana hablamos del entierro del papa, le dije que rico estar en roma visitar la tumba, y me pregunto por qué ir a roma si eso es en Europa, le explique qué roma era de Europa y me dice que estoy perdido que no sé de qué estoy hablando y comenzó a decir incoherencias me tiene muy preocupado"					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
pérdida de memoria, dificultad para reconocer lugares, desorientación repentina, discurso incoherente, sufre de tiroides y fibromialgia					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se le brindan asesoría al esposo, estar pendiente de más síntomas					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
se recomienda remisión de cita a psicología lo cual acepta					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Se compromete a estar pendiente del celular para la asignación de citas y su asistencia					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se hace reporte a coordinadora del programa para gestión de cita urgente en salud por los servicios de psicología en la EAPB nueva EPS					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: N° Tarjeta Profesional: Firma:		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 19	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Juan Sebastián Arenas Arenas		PROFESIÓN: Psicólogo.
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Christian David			APELLIDOS: García Saldarriaga		EDAD: 32
TIPO ID: CC	N° ID 1088304788	EAPB:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Independiente	
TELÉFONO: 3217215434		DIRECCIÓN: Carrera 7 bis # 5 A 75		BARRIO: Villavicencio	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): María Olga			APELLIDOS: Saldarriaga		
TIPO ID:	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: 3217215434		DIRECCIÓN:		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Nivel de requerimiento: Prioritario. Ciudadana solicita despacho de ambulancia para activación de ruta con su hijo quien tiene diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, es in-adherente a medicación alrededor de hace cuatro (4) meses, no asiste a citas, comportamiento amenazante tanto verbal como físicamente, relata incoherencias, con delirios, desubicado en tiempo y espacio.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Condición en salud mental (TAB) -No suministro de medicamento de control -No seguir las indicaciones médicas para su tratamiento.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se indaga caso donde se reconoce la sintomatología, se explica a la persona que no cumple con criterios para despacho de ambulancia, por lo cual, se debe realizar el traslado por sus propios medios y se puede solicitar el acompañamiento de los servicios de seguridad de policía, ya que la persona no responde a órdenes de sus cuidadores, se reporta caso al canal de Pereira se brinda dirección y se articula traslado a los servicios de urgencias de la clínica los nevados.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Activar ruta por los servicios de urgencias.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Trasladar la persona por sus propios medios.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Articulación con los servicios de Policía para control de la situación y lograr traslado del ciudadano a los servicios de salud.					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas. N° Tarjeta Profesional: 201668 Firma: <input type="text"/>		

FECHA DE ATENCIÓN		DIA: 05	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Juan Sebastián Arenas Arenas		PROFESIÓN: Psicólogo.	
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): Jazmín			APELLIDOS: Gómez Espinoza			EDAD: 33
TIPO ID: CC	N° ID 1088292170	EAPB :	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:		
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3128476047		DIRECCIÓN: Manzana 31 casa 20		BARRIO: Las Brisas		
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)						
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R			
TIPO ID:	N° ID N/R	EDAD:	EAPB:			
TELÉFONO:		DIRECCIÓN:			BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)						
Nivel de requerimiento: Prioritario. Ciudadana femenina con cuadro de ansiedad por violencia intrafamiliar, presenta alteración emocional, derrama llanto, lenguaje acelerado y poco coherente, presume que su pareja sentimental le va causar daño físico.						
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)						
*Violencia intrafamiliar						
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)						
Se brinda escucha activa, se inicia indagando el caso, relata que nunca ha recibido maltrato físico, sin embargo, tiene el presentimiento de que así será, se siente amenazada por su pareja sentimental y su familia, refiere que le quieren causar daño, se presume de condición en salud mental ya que no es coherente con los hechos que describe, se brinda número del cuadrante de policía de su sector para una respuesta más rápida ante cualquier situación en la que identifique un riesgo para su integridad y pueda sentirse más segura, se brinda psicoeducación sobre la ansiedad, síntomas y técnicas de relajación.						
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)						
usuaria que ya se había comunicado con la línea, se le indica que la profesional anterior ya hizo reporte para gestión de cita prioritaria por los servicios de psicología. la persona entiende y acepta las recomendaciones brindadas.						
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)						
Permanecer atenta ante la respuesta de solicitud de cita y asistir en el horario y día establecido.						
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)						
No se requieren remisiones a EAPB.						
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____				Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas N° Tarjeta Profesional: 201668 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 20	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Juan Sebastián Arenas Arenas.		PROFESIÓN: Psicólogo.
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): John Sneider			APELLIDOS: Aguirre Alvarado		EDAD: 20
TIPO ID: CC	N° ID: 1022927401	EAPB:	Asmet Salud.	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Empleado	
TELÉFONO: 3136106487		DIRECCIÓN: Carrera 2da bis 24 b 54		BARRIO: San Jorge.	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID N/R	EDAD:	EAPB:		
TELÉFONO:		DIRECCIÓN:		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Nivel de requerimiento: Prioritario. Ciudadano masculino, solicita orientación psicológica para problemas de convivencia en su relación amorosa, presentan dificultades en cuanto a nueva ocupación de su pareja (dama de compañía), lo cual le genera síntomas de malestar, con alteración en el estado de ánimo.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Baja autoestima. -Apego emocional. -Dificultades en la comunicación.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda escucha activa, expresa inconformismo por la decisión tomada por su pareja de ejercer como dama de compañía, siente deseos de insultarla y finalizar la relación, se orienta en cuanto a la toma de decisiones, no actuar de manera impulsiva, asimismo, no ejercer control sobre la otra persona, ya que esto no le podrá garantizar la fidelidad que es su principal temor, se motiva a trabajar en el fortalecimiento de su ser, realizar ejercicio, emprender nuevos retos, visitar amigos, entre otros, que le permitan reducir su malestar presentado, manifiesta sentirse más tranquilo y consciente de no tomar decisiones de manera impulsiva.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Comunicarse asertivamente con su pareja, sin recurrir al maltrato o actos inadecuados.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Realizar actividades de ocio y tiempo libre que le permitan reducir sus sentimientos negativos, evitando el aislamiento social.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No se requieren remisiones a EAPB, se brinda orientación psicológica.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas. N° Tarjeta Profesional: 201668. Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 02	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Juan Sebastián Arenas Arenas		PROFESIÓN: Psicólogo.
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Luis Santiago			APELLIDOS: Villa Henao		EDAD: 25
TIPO ID: CC	N° ID 1004699180	EAPB:	Sanitas S.A.S	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: Empleado.	
TELÉFONO: 3206757220		DIRECCIÓN: Centro de Pereira		BARRIO: N/R	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Angélica			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB:		
TELÉFONO: 32067572220		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Nivel de requerimiento: Prioritario. Ciudadana, solicita orientación psicológica en caso de masculino con antecedentes de condición en salud mental, al parecer trastorno mixto de ansiedad y depresión, presenta alteraciones en conductas habituales y pensamiento suicida, sin tratamiento ni medicamento de control.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Condición en salud mental. -In-adherencia a tratamiento farmacológico y psicoterapia.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se indaga caso para determinar el riesgo y sintomatología presentada por el ciudadano, refiere pensamientos suicidas, alteraciones en conductas habituales de alimentación y sueño, sentimientos de culpabilidad y vergüenza, miedo y preocupación excesiva hacia el futuro, se brinda orientación en la necesidad de acceder a los servicios de salud ya que se puede presentar riesgo para la integridad de la persona debido a la descompensación presentada, se advierte la importancia de seguir tratamiento farmacológico ya que fue suspendido por voluntad propia sin recomendación del profesional, la cual es una de las causas del avance de la sintomatología negativa, la ciudadana entiende y acepta las indicaciones brindadas.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Trasladar el ciudadano por cuenta propia a los servicios de urgencias para activación de ruta.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Brindar apoyo y facilitar el acceso a los servicios de salud.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No se requieren remisiones a EAPB. Se brinda orientación psicológica.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas. N° Tarjeta Profesional: 201668 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 19	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Juan Sebastián Arenas Arenas		PROFESIÓN: Psicólogo
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Natalia			APELLIDOS: Salazar Vega		EDAD: 33
TIPO ID: CC	N° ID 1088296865	EAPB:	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Ama de casa	
TELÉFONO: 31042552326		DIRECCIÓN: Manzana 4 Casa 12		BARRIO: Panorama 2 Cuba	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID N/R	EDAD:	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Nivel de requerimiento: Prioritario. Ciudadana femenina quien manifiesta depresión postparto con alteración, llanto y tristeza durante la mayor parte del día, pensamiento suicida, aislamiento social, dificultades para conciliar el sueño y baja autoestima.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Preocupación ante nueva etapa de vida (ser mamá). -Ser Juzgada por su familia. -Madre soltera.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se trabaja técnica de control de la respiración ya que se encuentra alterada, se indaga por síntomas que generan el malestar, se trabaja desde la empatía, para el reconocimiento y adaptación a esta nueva etapa de vida, resaltando que toda experiencia que implique un cambio para la vida, puede generar estados de alteración para la salud mental, se orienta en activación de ruta, se resaltan sus derechos en salud mental sin embargo, prefiere contar con el acompañamiento de los servicios de psicología, ya que no considera pertinente estar hospitalizada.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
No aislarse socialmente, modificar pensamientos negativos.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Asistir a los servicios de salud.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se hace reporte a coordinadora del programa para gestión de cita prioritaria en salud.					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas. N° Tarjeta Profesional: 201668 Firma: <input type="text"/>		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 12	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Juan Sebastián Arenas Arenas.		PROFESIÓN: Psicólogo.
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Patricia			APELLIDOS: Valencia Varela		EDAD: 64
TIPO ID: CC	N° ID 29305197	EAPB:	Suramericana	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3104962531		DIRECCIÓN: Calle 46 # 11-20		BARRIO: Maraya	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Ángela			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: 3117545209		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Nivel de requerimiento: Prioritario. Ciudadana, solicita orientación para activación de ruta en salud mental, para familiar (tía materna), quien presenta síntomas de depresión severa, cuadro presentado hace dos días, con aislamiento social, pérdida de apetito, insomnio, llanto y tristeza durante la mayor parte del día, irritabilidad e ideación suicida, existen antecedentes de depresión en la familia, actualmente la ciudadana está atravesando diferentes dificultades económicas, sociales, familiares.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
*Antecedentes de depresión en la familia. *Dificultades económicas, sociales y familiares. *Aislamiento social.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda orientación en activación de ruta en salud mental, se indaga sintomatología presentada, se presume de cuadro de depresión severa, causada por factores externos, no cumple con criterios para despacho de ambulancia por lo cual, se recomienda traslado a los servicios de urgencias por sus propios medios lo cual es aceptado por la ciudadana, se valida afiliación al sistema ADRES, pertenece a la EAPB SURA, se orienta para que se dirija a la clínica los rosales, comfamiliar o los nevados, donde podrá recibir la atención.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Brindar acompañamiento en activación de ruta, no dejar al alcance objetos contundentes con los que se pueda causar daño.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Trasladar a los servicios de urgencias la ciudadana.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Orientación en activación de ruta en salud mental.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas. N° Tarjeta Profesional: 201668 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 19	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Juan Sebastián Arenas Arenas.		PROFESIÓN: Psicólogo.
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Rosa Emilia			APELLIDOS: Bermúdez Cardona		EDAD: 49
TIPO ID: CC	N° ID 42119019	EAPB:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Ama de casa	
TELÉFONO: 3127827542		DIRECCIÓN: Manzana 11 Casa 15		BARRIO: Luis Alfonso Duque.	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID N/R	EDAD:	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)					
Nivel de requerimiento: Prioritario. Ciudadana manifiesta síntomas de depresión, con tristeza, hipersomnia, aislamiento social y pensamiento suicida, sin antecedentes de condición en salud mental.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Débiles redes de apoyo. -Duelos sin elaborar. -Vive sola en su residencia. (familia vive en el exterior).					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda escucha activa, permite conocer aspectos relevantes de su historia de vida, resalta sentirse muy sola y sin sentido de vida, lo cual la ha llevado aislarse socialmente, se explican fases del duelo y la depresión como parte del proceso de adaptación, se orienta para que inicie nuevamente hábitos y estilos de vida más saludables, visitar la naturaleza, salir a caminar, visitar un amigo, procurar alimentarse adecuadamente y estructurar nuevamente su proyecto de vida, para lo cual, se resaltan sus derechos en salud mental y se recomienda iniciar proceso de psicoterapia.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Iniciar proceso de atención por los servicios de psicología, implementar hábitos y estilos de vida mas saludables.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Seguir indicaciones de tratamiento realizadas por profesionales de la salud.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se hace reporte a coordinadora del programa para gestión de cita prioritaria por los servicios de psicología.					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas. N° Tarjeta Profesional: 201668. Firma: <input type="text"/>		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 30	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		Juan Sebastián Arenas Arenas		PROFESIÓN: Psicólogo.	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Jeison Stick		APELLIDOS: Cardoso Osorio		EDAD: 35	
TIPO ID: CC	N° ID 1087562206	EAPB:	S.O.S	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Empleado	
TELÉFONO: 3239870268		DIRECCIÓN: Mz 40 casa 17		BARRIO: 2500 Lotes-Cuba	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID:	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Nivel de requerimiento: Prioritario. Ciudadana manifiesta, que su hermano se encuentra auto y hetero-agresivo, con ideación suicida, presenta riesgo alto para su integridad, cuenta con arma-cortopunzante y expresa querer acabar con su vida.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Cuadro de depresión.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se orienta en activación de ruta por salud mental, para control de la crisis presentada, se solicita acompañamiento de los servicios de seguridad de policía para lograr traslado del ciudadano a los servicios de urgencias, lo cual es aceptado por su red de apoyo, se orienta sobre la mitigación de riesgos y daños.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Trasladar ciudadano a los servicios de urgencias.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Activar ruta en salud mental.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se solicita acompañamiento de los servicios de seguridad de policía para traslado y control de la situación.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas. N° Tarjeta Profesional: 201668 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 07	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Evelin Xiomara Díaz López		PROFESIÓN: Psicóloga
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Stefany			APELLIDOS: Gómez Ocampo		EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° 1088346882	EAPB	NUEVA EPS S.A	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO:	3332895818	DIRECCIÓN: cll 76 a #25a49		BARRIO: Uribe 2 cuba	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Graciela			APELLIDOS: Ocampo		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB:		
TELÉFONO:	3054431746	DIRECCIÓN:		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivead)					
Otras causas: Bipolaridad y depresión post parto sin adherencia al medicamento Prioritario – se contacta la señora Stefany en crisis emocional quien indica "necesito hablar con alguien no sé qué hacer, tengo trastorno de adaptación, trastorno bipolar hoy tengo muchas ganas de llorar y no sé porque, me siento mal, (llora) yo sufro de bipolaridad de trastorno de adaptación, yo quiero estar bien para mi hija, tiene 20 meses, se indaga por depresión post parto lo cual afirma, no tengo medicamentos desde noviembre, en diciembre me los compre, pero son costosos, estaba sin empleo y ahora estoy trabajando pero como pase de subsidiado a contributivo tengo que empezar de cero, y eso me angustia más, todo en mi vida está bien, no sé porque me pongo así"					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
dx Bipolaridad, Adaptación - Depresión post parto, sin adherencia al medicamento					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda escucha activa y empática, se permite llorar y realizar catarsis, se brindan primeros auxilios psicológicos y técnica de respiración					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
se recomienda iniciar nuevamente tratamiento con psiquiatría, y psicoterapia con el fin de estar adaptada al tratamiento y así evitar crisis lo cual acepta, se recomienda tomar gotas de rescate para ayudar a calmar los nervios y la ansiedad, se psicoeduca en el trastorno presentado					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Se compromete a estar pendiente del celular para la asignación de citas y su asistencia					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se hace reporte a coordinadora del programa para gestión de cita urgente en salud por los servicios de psicología en la EAPB nueva EPS					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: N° Tarjeta Profesional: Firma: 		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 27	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ		PROFESIÓN: PSICOLOGO	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): JULIO CESAR		APELLIDOS: FAJARDO FAJARDO		EDAD: 36	
TIPO ID: CC	N° 1115069440	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: TELEFONISTA CALL CENTER	
TELÉFONO: 301 7795610		DIRECCIÓN: CARRERA 4TA 21-56		BARRIO: CENTRO	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/A		APELLIDOS: N/A			
TIPO ID: N/A	N°:	EDAD:	EAPB:	N/A	
TELÉFONO: N/A		DIRECCIÓN: N/A		BARRIO: N/A	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
[URGENTE] Se comunica enfermera de call center tres nevados indicando que solicita orientación psicológica. Se le solicita que pase a usuario. Al momento de entablar conversación con usuario manifiesta que presenta ideación de muerte, llanto motivado por detonante de dinámica familiar conflictiva					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Consumo de SPA (cocaína), dinámicas familiares conflictivas, ideación suicida sin plan estructurado, sentimientos marcados de minusvalía, ideas sobrevaloradas, delirio de persecución secundario a consumo de cocaína					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda asesoría sobre la importancia de continuar proceso de rehabilitación. Se brindó orientación reflexiva donde usuario se permitió realizar proceso catártico. Adicional, se brindan herramientas de afrontamiento, tolerancia a la frustración y gestión emocional por medio de reestructuración y defusión cognitiva.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda continuar por psicología y psiquiatría con el fin de seguir rehabilitación con adecuada adherencia al tratamiento					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuario se compromete en asistir a servicio de urgencias y estar al tanto de líneas telefónicas al momento de brindarle respuesta					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión a psicología y psiquiatría [URGENTE]					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma: <input type="text"/>		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 13	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			PROFESIÓN: PSICOLOGO
1.DATOS DEL USUARIO				
NOMBRE(S): ANGELICA TATIANA		APELLIDOS: TORRES SANTAMARIA		EDAD: 35
TIPO ID: CC	N° 1094906375	EAPB:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3183294410	DIRECCIÓN: CONJUNTO MIRADOR DEL VIENTO		BARRIO: CONDINA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)				
NOMBRE(S): NO APLICA		APELLIDOS: NO APLICA		
TIPO ID: CC	N° ID NO APLICA	EDAD: N/A	EAPB:	NO APLICA
TELÉFONO: NO APLICA	DIRECCIÓN: NO APLICA		BARRIO: NO APLICA	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)				
Usaria que llama a la línea de contención emocional quien Manifiesta afectaciones emocionales asociadas a conflictos en la dinámica laboral con su jefe. En la actualidad presenta DX trastorno de la personalidad, fibromialgia, trastorno mixto de ansiedad y depresión, por lo cual consume pregabalina, quetiapina y clonasepam. Asiste de manera mensual por psicología, dentro de la sintomatología se identifica ideaciones suicidas. Y como factor motivacional se evidencia relación afectiva con su mascota.				
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)				
Ideación suicida, síntomas de tipo patológicos, consumo irregular de la terapia medicamentosa.				
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)				
Por medio de la escucha activa la usuaria logra realizar procesos catárticos, brinda información relevante, se explican ejercicios de relajación por medio de técnicas asociadas con la respiración, se prioriza como acción prioritaria la identificación de redes de apoyo y vincularlos en el proceso, también se busca que por medio de la inclusión de actividades diarias logre salir del entorno habitacional ya que se identifica que dicha dinámica aumenta la sintomatología asociada a la depresión.				
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)				
Se recomienda ante cualquier situación de riesgo manifestar de manera inmediata a las autoridades pertinentes.				
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)				
Se compromete a continuar asistiendo a especialistas que sean necesarios.				
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)				
Firma del usuario		Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas		
Cédula: <input type="text"/>		N° Tarjeta Profesional: 128066		
Anexo(s): Remisión ☐		Firma:		
Tamizaje ☐		Consentimiento Informado ☐		
		Otro: <input type="text"/>		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 20	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		PROFESIÓN: PSICOLOGO	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): OLGA YANETH			APELLIDOS: GARCIA AGUDELO		EDAD: 49
TIPO ID: CC	N° 30394898	EAPB:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: NO APLICA		INSTITUCIÓN E: NO APLICA		OCUPACIÓN: INDEPENDIENTE	
TELÉFONO: 3226584267		DIRECCIÓN: MZ 11 CASA 10		BARRIO: PARQUE INDUSTRIAL	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID	EDAD: N/R	EAPB:	NO RESPONDE	
TELÉFONO: NO RESPONDE		DIRECCIÓN: NO RESPONDE		BARRIO: NO RESPONDE	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivead)					
Se recepciona llamada por operadores NUSE 123, en donde se identifica ciudadana en crisis ya que es víctima de violencia psicológica por parte de su pareja.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Se identifican afectaciones de tipo emocional manifestándose por medio de crisis y síntomas asociados a cuadro depresivo.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Por medio de métodos catárticos se logra regular emocionalmente a la usuaria, se identifica secuela de tipo emocional por violencia psicológica, se genera como estrategias técnicas para aumentar su autoestima como lo es la técnica del espejo en donde logre reconocer sus habilidades y resignificarse como mujer.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda interponer denuncia en comisaría de familia más cercana de su entorno barrial.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
La usuaria se compromete poner en práctica las recomendaciones realizadas por el profesional, teniendo en cuenta técnicas psicológicas.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No se realiza ninguna articulación porque la usuaria esta activa en proceso con especialistas por su EAPB					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas N° Tarjeta Profesional: 128066 Firma: _____		