

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): JOHN SNEIDER			APELLIDOS: AGUIRRE ALVARADO		EDAD: 20
TIPO ID: CC	N° 1022927401	EAPB:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZO
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: NO APLICA		OCUPACIÓN: VENDEDOR FRUTAS	
TELÉFONO: 3136106487		DIRECCIÓN: CRA 2 BIS 24B 54		BARRIO: SAN JORGE (COMUNA SAN JOAQUIN)	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	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, resolutivez)					
se comunica Usuario a la línea de contención emocional manifestando síntomas asociados a cuadro de ansiedad y depresión, en donde como factor detonante se evidencia ruptura amorosa con su ex pareja.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Como factores de riesgo se identifican dificultad para conciliar el sueño, momentos de irritabilidad, llanto constantes, ideación suicida.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Por medio de la escucha activa se generan procesos catárticos logrando regular estado emocional, se brindan herramientas de tipo preventivas al momento de que el usuario presente crisis, finalmente se explica la importancia de adherir actividades y habito dentro de sus rutinas que logren mitigar síntomas asociados a su actual diagnóstico.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda activar ruta de emergencia en salud mental al momento de presentar conductas que pongan en riesgo su integridad física.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
El usuario se compromete a poner en práctica lo interiorizado durante la atención, también se compromete a tener en cuenta rutas de atención al momento de presentar crisis emocionales.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No se realiza ninguna articulación porque el usuario está activo en proceso con especialistas por su EAPB					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas N° Tarjeta Profesional: 128066 Firma: <input type="text"/>		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 18	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): LAURA MARCELA			APELLIDOS: QUINTERO BOTERO		EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° 1088344672	EAPB:	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: NO APLICA			OCUPACIÓN: NO RESPONDE
TELÉFONO: 3182364176		DIRECCIÓN: MZ 13, CASA 1		BARRIO: SAMARIA 1 (COMUNA EL POBLADO)	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID NO RESPONDE		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, resolutivez)					
Usaria que llama a la línea de atención presentando crisis emocional el cual se manifiesta por medio de llanto constante, dolor de cabeza y escalofríos en sus extremidades.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Dentro de los factores de riesgo identificados se evidencia ideaciones suicidas, relación conflictiva con red familiar y duelo no elaborado por la pérdida de su progenitora (referente significativa)					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se contesta llamada en donde se identifica llanto prolongado, se logra por medio de dialogo motivacional regular su estado emocional, se percibe estado de ánimo Eutimio, en donde brinda información relevante, se explican algunas técnicas de relación mediante ejercicios de respiración al momento de presentar crisis, en un principio muestra resistencia en asistir a especialista por psiquiatría, se logra persuadir para asistir a cita de valoración inicial. Finalmente se explica la importancia de modificar conductas por medio de la inclusión de hábitos y actividades dentro de sus rutinas diarias.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda continuar en proceso psicoterapéutico y articular plan de trabajo con especialistas que se requieran.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Se compromete a poner en práctica lo interiorizado durante la llamada con el profesional y asistir a especialistas que se requieran					
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: _____			N° Tarjeta Profesional: 128066		
Anexo(s): Remisión ☐			Firma:		
Tamizaje ☐			Otro: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 05	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): LUZ ESTELLA			APELLIDOS: VALENCIA BUELVAS		EDAD: 45
TIPO ID: CC	N° 29179630	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: TECNICO		INSTITUCIÓN E: NO APLICA		OCUPACIÓN: TECNICA ADMINISTRATIVA UNILIBRE	
TELÉFONO: 3178871329		DIRECCIÓN: MZ 7 CASA 9		BARRIO: MONTELIBANO CUBA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): NO APLICA			APELLIDOS: NO APLICA		
TIPO ID:	N° ID	EDAD: NA	EAPB:	NO APLICA	
TELÉFONO:		DIRECCIÓN:		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)					
Usaria que llama a la línea de contención emocional reportando situación de agresión por parte de su hijo					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Dentro de los factores de riesgo identificado se percibe violencia física					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Durante la llamada se escucha a la usuaria en donde manifiesta que su hijo en ocasiones la agrede físicamente, se identifica estado de ánimo que denota tristeza, se explican las estrategias que debe tener al momento de responder ante una conducta agresiva, llevando a buscar estrategias que permitan mitigar la situación de violencia. En donde se busca fortalecer pautas de crianza. Por otra parte, se explica la importancia de solicitar a su EAPB al igual que a la de su hijo poder hacer el traslado a la ciudad de Pereira. Logrando así generar las respectivas atenciones a especialistas y profesionales pertinentes.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda dirigirse hasta las oficinas de Salud Total y realizar traslado de ciudad para poder solicitar citas a especialistas y profesionales pertinentes.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
La usuaria se compromete a seguir las orientaciones brindadas por el profesional frente a pautas de crianza al igual que se genera compromisos frente a la modificación de ubicación por parte de la EAPB.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas N° Tarjeta Profesional: 128066 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 29	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): MARIANA			APELLIDOS: CASTRO		EDAD: 15
TIPO ID: TI	N° 1089936661	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: KENNEDY		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3009745769		DIRECCIÓN: MZ 3 CASA 16		BARRIO: VILLASANTANA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): KARIME			APELLIDOS: CASTRO BURITICA		
TIPO ID: CC	N° ID 1088329032	EDAD: 30	EAPB:	SALUD TOTAL	
TELÉFONO: 3052278802		DIRECCIÓN: DIAGONAL 25 A #4-130		BARRIO: DOSQUEBRADAS	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)					
PRIORITARIO Se comunica a la línea de contención emocional la usuaria Karime Castro manifestando que le preocupa cambio comportamental en su hermana menor, a partir de la dinámica relacional que presento con su ex pareja.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran: -momentos de irritabilidad -llanto constante -oculta información llegando a mentir en su capacidad argumentativa. -se presume que su expareja en la dinámica relacional presento acciones de tipo amenazantes hacia la menor.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se atiende llamada en donde se identifica preocupación por parte de la red de apoyo en la menor, se explican diversas rutas de atención para víctimas de violencia de genero ya que se presume que la expareja de su hermana la tiene intimidada con amenazas generando afectaciones psicológicas en la menor. También se explican algunas herramientas para fortalecer el auto concepto. Finalmente se explica la importancia de adherir hábitos que permitan minimizar riesgos teniendo en cuenta entorno barrial.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda hacer seguimiento y acompañamiento con la menor permitiendo generar sentimiento de seguridad en la menor					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Se compromete a realizar acompañamiento a su hermana en citas que se brinden desde diversos especialistas.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se genera articulación con la oficina de la mujer teniendo en cuenta apoyo inminente frente a posible violencia de genero					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas N° Tarjeta Profesional: 128066 Firma: _____		

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: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 26	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): STEPHANY			APELLIDOS: MEJIA CANDAMIL		EDAD: 32
TIPO ID: CC	N° 1088012660	EAPB:	SURAMERICANA S.A.	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZO
N. ESCOLARIDAD: SIN DATOS		INSTITUCIÓN E: SIN DATOS		OCUPACIÓN: ADMINISTRADORA DE EMPRESAS	
TELÉFONO: 3117142266		DIRECCIÓN: MZ G CASA 5, PISO 1		BARRIO: HAMBURGO	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: NO RESPONDE		DIRECCIÓN: NO RESPONDE		BARRIO: NO RESPONDE	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
PRIORITARIO - Usuaría que se comunica a la línea de contención emocional manifestando sentimiento de ansiedad por la ausencia de su expareja.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
<p>Durante la atención se logró identificar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vínculo afectivo inseguro - Síntomas asociados a trastorno mixto de ansiedad y depresión. - Crisis asociadas a sentimiento de abandono - Dificultad para la expresión de emociones de manera asertiva. 					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se atiende llamada en donde se identifica situación de crisis por parte de la usuaria, por medio de primeros auxilios psicológicos logra de manera catártica el desahogo emocional, posterior pasa a regularse, logrando aportar datos con facilidad, si bien la usuaria ya se encuentra asistiendo a proceso terapéutico por psicología de manera particular, se brindan algunas herramientas que permiten minimizar síntomas que puedan generar movilizaciones de manera constante. Se explica la importancia de mantener en constante comunicación con red familiar de apoyo, se identifican actividades y hábitos afines a gustos personales que pueden incluirse dentro de sus rutinas que ayudan a su vez a fortalecer el auto concepto.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda la modificación de rutinas que realizaba en compañía de su expareja, logrando así minimizar movilizaciones y fortalecer su autoestimas e independencia (estructura dependiente de la personalidad)					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Continuar asistiendo periódicamente a profesional en psicología					
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 profesional en psicología					
<p>Firma del usuario</p> <p>Cédula: _____</p> <p>Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐</p> <p>Tamizaje ☐ Otro: _____</p>			<p>Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas</p> <p>N° Tarjeta Profesional: 128066</p> <p>Firma: _____</p>		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 29	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): ALIRIO		APELLIDOS: ROPERO GUERRERO		EDAD: 39	
TIPO ID: CC	N° 1093904933	EAPB:	COMFAORIENTE	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZO
N.ESCOLARIDAD:DESESCOLARIZADO		INSTITUCIÓN E: SIN DATOS		OCUPACIÓN: DESEMPLEADO	
TELÉFONO: 3132357120		DIRECCIÓN: CR 2 BIS 34 – 26		BARRIO: GALAN	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): SARA VIVIANA		APELLIDOS: HURTADO			
TIPO ID: S/D	N° ID SIN DATOS	EDAD: S/D	EAPB	SIN DATOS	
TELEFONO: SIN DATOS		DIRECCION: SIN DATOS		BARRIO: SIN DATOS	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)					
PRIORITARIO Se comunica a la línea de atención el usuario en mención en donde manifiesta sentirse agobiado ya que no sabe qué decisión tomar para el bienestar suyo y de su familia.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Dentro de los factores de riesgo identificados se percibe, sentimiento de desesperanza, estado de ánimo que denota tristeza.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Por medio de escucha activa se logra identificar estado de ánimo que denota tristeza en el usuario, se logra percibir que presenta movilizaciones de tipo emocional como motivo de desplazamiento forzado por parte de grupos armados que lo llevaron a pernoctar con su núcleo familiar primario a residir en la ciudad de Pereira, se brinda psicoeducación frente a poder realizar actividades que permitan mitigar dichas movilizaciones. Por otra parte se brinda números telefónicos y direcciones de la defensoría del pueblo y la unidad de víctimas en donde logre un apoyo frente a las necesidades básicas tanto de él como de su red familiar primaria.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda priorizar el traslado de su EAPB ya que aún se encuentra en Tibu Norte de Santander, garantizando así el cumplimiento de los derechos para su hijo y esposa.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
El usuario se compromete a poner en práctica las orientaciones brindadas por el profesional y priorizar algunas acciones que ayudaran a generar avances frente a sus necesidades básicas.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se orienta para la articulación prioritaria con defensoría del pueblo y la unidad de víctimas.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas N° Tarjeta Profesional: 128066 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 06	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): ALLISON AMANDA			APELLIDOS: CHAPARRO GONZALES		EDAD: 25
TIPO ID: CC	N° 1088357120	EAPB:	SURA SUBSIDIADO	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: NO APLICA		OCUPACIÓN: AMA DE CASA	
TELÉFONO: 3243467856		DIRECCIÓN: MZ 1 CASA12, SECTOR I		BARRIO: ROSIO ALTO	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	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)					
Se recepciona llamada transferida por operadores NUSE 123 donde ciudadana se comunica indicando situación de violencia intrafamiliar por su ex pareja					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Dentro de los factores de riesgo identificados se percibe Violencia intrafamiliar, situación en crisis, traumas que afectan su estructura de la personalidad					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Por medio de vía telefónica se identifica usuaria en estado de crisis emocional teniendo en cuenta situación de violencia intrafamiliar por parte de su expareja, se explican técnicas de relajación por medio de ejercicios de respiración, se logra tener comunicación por medio de un dialogo motivacional hasta que llega la patrulla para lograr sentimiento de seguridad hacia la usuaria. Finalmente se contextualiza las diversas rutas de atencion para su respectiva denuncia al momento de encontrarse en situación de riesgo nuevamente					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda reestructuras sus rutinas diarias en donde se priorice incluir espacios de jornada laboral minimizando dependencia a personas externas.					
También se recomienda instaurar la respectiva denuncia por maltrato a la comisaría más cercana.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Se compromete a minimizar contacto con el maltratador, también se compromete a generar ingresos de manera independiente.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas N° Tarjeta Profesional: 128066 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 Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas N° Tarjeta Profesional: 128066 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 Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas N° Tarjeta Profesional: 128066 Firma:		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 05	MES: 13	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		PROFESIÓN: PSICOLOGO	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): CHRISTIAN DAVID			APELLIDOS: GARCIA SILDARRIAGA		EDAD: 32
TIPO ID: CC	N° 1088304788	EAPB:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: NO APLICA		OCUPACIÓN: BARBERO	
TELÉFONO: 3217215434		DIRECCIÓN: CRA 7MA BIS #5ª - 75		BARRIO: VILLAVICENCIO	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPANANTE)					
NOMBRE(S): MARIA OLGA SILDARRIAGA			APELLIDOS: SILDARRIAGA MARIN		
TIPO ID: CC	N° ID 34057741	EDAD: 69	EAPB:	ASMET SALUD	
TELÉFONO: 3104352157		DIRECCIÓN: CRA 7MA BIS #5ª - 75		BARRIO: VILLAVICENCIO	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Se comunica a la línea de contención emocional la señora María Olga Saldarriaga manifestando que necesita el servicio de ambulancia para trasladar a su hijo a especialista por psiquiatría, teniendo en cuenta sintomatología asociada a posible síndrome maniaco.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran agresiones físicas hacia miembros de su entorno, síntomas asociados a posible síndrome maniaco, lenguaje poco coherente con delirios de persecución.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se realiza psicoeducación con la red de apoyo frente a la importancia de persuadir a su hijo por medio de lenguaje asertivo para el consumo del medicamento y la asistencia a control de citas por especialistas, por otra parte, se explica la importancia de identificar factores de riesgo sin normalizar situaciones particulares.					
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/ACOMPANANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Se compromete a realizar acompañamiento con el usuario generando garantías frente a las recomendaciones y orientaciones referidas por el especialista					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas N° Tarjeta Profesional: 128066 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 19	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): LUISA FERNANDA		APELLIDOS: BLANDON ARIAS		EDAD: 36	
TIPO ID: CC	N° 1088263643	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3157408738		DIRECCIÓN: Cerritos reservado 30 - 38		BARRIO: Cerritos	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): GILMA		APELLIDOS N/A			
TIPO ID: N/A	N°: N/A	EDAD: N/A	EAPB:	N/A	
TELÉFONO: 3127101091		DIRECCIÓN: Pereira		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
[URGENTE] Se comunica conocida de usuaria que se encuentra en crisis. Se le solicitan datos y se establece comunicación con usuaria de inmediato. Usuaria quien se encuentra en episodio de ansiedad y depresión debido a circunstancias personales detonado por dinámicas familiares.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Trastorno depresivo recurrente (distimia) de larga data. Historial de intento suicida. Nulas herramientas de afrontamiento, pobre gestión emocional, red de apoyo y social debilitada					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brindaron primeros auxilios psicológicos por medio de respiración diafragmática. Se realizó charla reflexiva con usuaria donde se logró persuadir en aceptar remisión a psicología y psiquiatría. Se brindaron técnicas de defusión y reestructuración cognitiva. Adicional, se dotó a usuaria de herramientas de gestión emocional, tolerancia a la frustración y validación emocional. Finalmente, se recalcó la importancia de los anclajes emocionales y la importancia de apoyarse en su red de apoyo					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomendó ampliamente a la usuaria la importancia de iniciar proceso psicoterapéutico con el fin de sobrellevar circunstancias personales y ser escuchada por profesionales donde se permita realizar proceso catártico					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuaria se compromete de estar al tanto de líneas telefónicas para asignación de cita					
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"/>		

Versión: 01

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero de 2024

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 25	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): MARIA JOSÉ			APELLIDOS: VELASQUEZ PELAEZ		EDAD: 9
TIPO ID: TI	N° 1089389497	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: ESTUDIANTE		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 305 4436358		DIRECCIÓN: CRA 4TA 12-06		BARRIO: CENTRO	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): ANGELA MARÍA			APELLIDOS: PELAEZ GARCIA		
TIPO ID: CC	N°: 1088338250	EDAD: 28	EAPB:	SALUD TOTAL	
TELÉFONO: 305 4436358		DIRECCIÓN: CRA 4TA 12-06		BARRIO: CENTRO	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
[URGENTE] Madre de menor se comunica a la línea de contención emocional en estado de crisis emocional refiriendo que su hija la tiene el padre y no se la ha entregado desde hace diez días. Manifiesta que padre no ha llevado a su hija a estudiar y tampoco ha brindado medicación que su hija requiere. Por otra parte, indica que tienen custodia compartida.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
<ul style="list-style-type: none"> Según relato de madre menor cuenta con Dx de trastorno afectivo bipolar, retraso mental leve y se encuentra bajo medicación de ácido valproico y risperidona. Además, debido a alto estigma en salud mental por parte del padre este no ha brindado medicación que menor requiere y que fue prescrito por psiquiatra infantil. Inhaderencia al tratamiento por decisión de padre debido a alto estigma en salud mental Posible alienación parental Posible vulneración de derechos (falta de acceso a educación) (falta de atención en salud mental) Presunta apropiación 					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Durante llamada se brindan primeros auxilios psicológicos, se brinda espacio de escucha empática y desahogo emocional. Se realiza contención por medio de respiración consciente y diafragmática. Adicional, se le brindan herramientas de afrontamiento y manejo 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 indica que debe asistir de manera urgente a comisaria de familia e ICBF para poner en conocimiento a las autoridades competentes caso de presunta apropiación y vulneración de derechos					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usaria se compromete a asistir de carácter urgente a comisaría de familia e ICBF para poner al tanto a las autoridades competentes sobre el caso. Además, se le recalca la importancia de estar al tanto de líneas telefónicas.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza notificación a ICBF, comisaria de familia, Policía de infancia y adolescencia (E-PAIS) [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: 22	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): MARIA ROCIO			APELLIDOS: GOMEZ TREJOS		EDAD: 46
TIPO ID: CC	N° 24396539	EAPB:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: DESEMPLEADA	
TELÉFONO: 314 4225742		DIRECCIÓN: torre 5 apto502		BARRIO: Country 3. Dosquebradas	
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, resolutiveidad)					
[PRIORITARIO] Usuaría se comunica solicitando escucha psicológica debido a duelo patológico					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Duelo patológico, anhedonia, fluctuación significativa en su estado de ánimo afectando su cotidianidad. Pobres herramientas de afrontamiento y pobre manejo emocional.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brindan herramientas de afrontamiento, realización de carta simbólica hacia su familiar, la importancia de ampliar su red de apoyo social y familiar haciendo uso de esta con el fin de canalizar sus emociones y desahogarse emocionalmente					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recalca la importancia de iniciar proceso psicoterapéutico, realizar diario emocional, fortalecer sus redes de apoyo					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuaría se compromete de estar al tanto de líneas telefónicas para asignación de cita, seguir recomendaciones brindadas durante llamada y asistir cumplidamente a psicoterapia					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión a psicología [PRIORITARIO]					
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: 12	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): SEBASTIAN		APELLIDOS: SALAZAR CASTAÑEDA			EDAD: 14
TIPO ID: T.I	N° 1085720474	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: ESTUDIANTE		INSTITUCIÓN E: José Antonio Galán		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3214108294		DIRECCIÓN:		BARRIO:	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): LAURA		APELLIDOS: SALAZAR CASTAÑEDA			
TIPO ID: CC	N°: 1088298338	EDAD:	EAPB:	SALUD TOTAL	
TELÉFONO: 3214108294		DIRECCIÓN: VEREDA MONTELARGO		BARRIO: Las Brisas	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
[URGENTE] Se realiza gestión de base de datos de estudiantes 4to acuerdo. Madre indica que ha presentado barreras al momento activación de ruta en salud mental. Estudiante quien fue remitido por IE por psicología por consumo de SPA					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Consumo de SPA desencadena posible dependencia. Barreras de activación en salud mental.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda asesoría a madre de estudiante sobre activación de ruta en atención de salud mental					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda a progenitora estar al tanto de su hijo, amistades, redes sociales y detonantes de consumo de SPA					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Progenitora se compromete de estar al tanto de líneas telefónicas para asignación de cita					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión a psicología [URGENTE]					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 03	MES: 04	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ		PROFESIÓN: PSICOLOGO	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ANGEL GABRIEL			APELLIDOS: TORO GALLARDO		EDAD: 12
TIPO ID: TI	N° 1088001981	EAPB:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	Migrante
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E: Sofía Hernández Marín		OCUPACIÓN: Estudiante	
TELÉFONO: 3245767083		DIRECCIÓN: MZ 1 CS 4 A PI 2		BARRIO: LAURELES	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): OSCAR ALEXANDER			APELLIDOS: GUERRERO CANO		
TIPO ID: N/A	N°: N/A	EDAD: 34	EAPB:	N/A	
TELÉFONO: 3245767083		DIRECCIÓN: MZ 1 CS 4 A PI 2		BARRIO: LAURELES	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)					
[URGENTE] Se llama a número de celular 3135664416 responde tía de menor Rosangela quien expresa que aún no han afiliado a menor a seguridad social aun llevando desde septiembre de 2025 en el país. Se le explica la importancia de realizar dicho trámite administrativo con el fin de velar por el derecho de acceder a servicios de salud y el deber de sus padres por velar su integridad física y mental. Se le solicita número de padre a la Sra Rosangela, lo brinda y se llama al 3245767083 responde Oscar Alexander progenitor. Manifiesta que ha asistido a migración y que aún no han dado PPT para poder afiliar a eps al menor. Se le solicita que debe asistir de carácter urgente a migración para realizar dicho trámite administrativo, ya que, de lo contrario será notificado al ICBF por posible vulneración de derecho a menor de edad. Teniendo en cuenta lo anterior se realiza respectiva notificación a coordinadora y a ICBF					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Estado de ánimo con tendencia a la depresión, clinofilia, llanto, sentimientos de minusvalía. Desempleo, proceso de duelo por ruptura amorosa					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Menor no cuenta con afiliación a sistema de seguridad social. No cuenta con PPT. Posible vulneración de derechos					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomendó asistir de carácter urgente a migración Colombia para realizar dicho trámite administrativo y afiliar a su hijo a seguridad social. Así mismo para que menor tenga identificación dentro de territorio nacional					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Padre de menor quedó comprometido con realizar gestión en migración Colombia. Así mismo, durante llamada se recalcó la necesidad y la importancia de tener a su hijo asegurado, ya que debe velar por la integridad física y mental de su hijo					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión/notificación a Instituto Colombiano de Bienestar familiar [URGENTE]					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 29	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): ANGELICA TATIANA			APELLIDOS: TORRES SANTAMARÍA		EDAD: 35
TIPO ID: CC	N° 1094906375	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3183294410		DIRECCIÓN: Torre 1 apto 304 Conjunto mirador del viento			BARRIO: Vía Condina
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/A			APELLIDOS: N/A		
TIPO ID: N/A	N°:	EDAD: N/A	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)					
[PRIORITARIA] Usaria se comunica con sintomatología depresiva y ansiosa con marcados sentimientos de minusvalía y desesperanza.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno de la personalidad en remisión, fibromialgia, síntomas sugestivos de despersonalización, sentimientos marcados de minusvalía, percepción alterada, clinofilia, impresiona marcada anhedonia y clinofilia lo que dificulta cotidianidad de usaria. Por otra parte, se encuentra bajo medicación de sertralina, pregabalina y quetiapina con adecuada adherencia					
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 psicoterapéutico con adecuada adherencia al tratamiento, continuar citas control por psiquiatría. Se recalca la importancia de acudir a su red de apoyo social y familiar. Se brindan herramientas de gestión emocional por medio de la defusión y reestructuración cognitiva, además, se proponen técnicas de aceptación y compromiso basadas en terapia cognitivo conductual de tercera generación e implementación de mindfulness en su cotidianidad.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda realizar ejercicios y técnicas psicológicas aplicándolas en su cotidianidad. Se recalca la importancia de la adecuada adherencia al tratamiento y a las citas por psicología y psiquiatría. Se deja a disposición línea de contención emocional					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usaria se compromete a realizar ejercicios y técnicas. Además de cumplir estrictamente tto farmacológico.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No se realiza remisión, ya que, usaria asiste activamente a psicoterapia y citas de control por psiquiatría					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado Tamizaje ☐ Otro: ☐ _____			Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma:		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 29	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): DAIRY VALERIA		APELLIDOS: ALVAREZ VILLADA		EDAD: 18
TIPO ID: CC	N° 1142514416	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:
N. ESCOLARIDAD: BACHILLAR		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: EMPLEADA
TELÉFONO: 3104870981		DIRECCIÓN: MZ K CASA 193A Piso2		BARRIO: La Isla, cuba
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): JESSICA ALEJANDRA		APELLIDOS: VILLADA ARIAS		
TIPO ID: N/A	N°: 1088272214	EDAD: 35	EAPB:	SURA
TELÉFONO: 3104870981		DIRECCIÓN: MZ K CASA 193A Piso2		BARRIO: La Isla, cuba
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)				
[PRIORITARIA] Se comunica madre de usuaria indicando que esta se encuentra en llanto detonado por ruptura amorosa y dinámica familiar difusa con su padre. En reiteradas ocasiones se le indica a usuaria hablar con profesional pero se niega rotundamente				
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)				
Episodio depresivo detonado por ruptura amorosa, clinofilia, llanto motivado, dependencia emocional severa hacia figura sentimental, pobre gestión emocional, nula tolerancia a la frustración				
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)				
Se asesora a madre de usuaria sobre la importancia de brindar espacios de escucha empática y desahogo emocional. Se menciona la necesidad de fortalecer vínculo materno, se brindan pautas de crianza positivas				
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)				
Se recomienda a madre de usuaria establecer comunicación con línea de contención emocional en el momento en que decida hacerlo por sus propios medios.				
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)				
Madre se compromete a seguir recomendaciones por parte de profesional.				
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)				
Se realiza remisión de carácter prioritario				
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado Tamizaje ☐ Otro: ☐			Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma:	

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 30	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): ELMER		APELLIDOS: CARDONA SANCHEZ			EDAD: 65
TIPO ID: CC	N° 10098872	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: ANALFABETO		INSTITUCIÓN E: CARLOTA SANCHEZ		OCUPACIÓN: PENSIONADO	
TELÉFONO: 3225862074		DIRECCIÓN: CRA 23-11			BARRIO: CENTRO
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): WILLIAM		APELLIDOS: ZAPATA			
TIPO ID: N/A	N°: N/A	EDAD: N/A	EAPB:	N/A	
TELÉFONO: 3022846531		DIRECCIÓN: COORDINADOR COLEGIO CARLOTA SANCHEZ Cl. 20 #3-23		BARRIO: CENTRO	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
[PRIORITARIA] Coordinador de institución educativa solicita orientación psicológica para estudiante. Se entabla conversación con usuario quien indica que presenta estrés detonado por estudio					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Pobre tolerancia a la frustración, pobre introspección, estrés académico, posible déficit cognitivo					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda asesoría a coordinador de institución educativa sobre incluir a estudiante a programas de educación especial. Adicional, se le brindan herramientas de afrontamiento y tolerancia a la frustración. Adicional, se le brindan estrategias para manejo del estrés académico					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda iniciar proceso psicoterapéutico, se le indica a coordinador de institución educativa seguir recomendaciones por profesional con el fin de dotar a usuario de herramientas de afrontamiento y manejo emocional					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuario se compromete a iniciar proceso psicoterapéutico, por otra parte, coordinador se compromete a incluir a estudiante a programa de educación inclusiva					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión a psicología prioritario					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado Tamizaje ☐ Otro: ☐ _____			Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma:		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 11	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): GENESIS VILMAR		APELLIDOS: Trompiz Jordan		EDAD: 32	
TIPO ID: Cedula de extranjería	N° 19059695	EAPB:	NO CUENTA CON EAPB	ETNIA/POBLACIÓN:	Migrante
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO:		DIRECCIÓN: Calle 74 Casa 27		BARRIO: Sector El Oso	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): /A		APELLIDOS: N/A			
TIPO ID: N/A	N°: N/A	EDAD: N/A	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 usuaria población inmigrante indicando que ha presentado episodios depresivos con gesta suicida debido a circunstancias personales					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Llanto, ideación suicida con plan estructurado, pobre red de apoyo, nulas herramientas de afrontamiento, pobre tolerancia a la frustración, gesta suicida reciente con dos blíster de pregabalina posteriormente realiza emesis					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda asesoría sobre la importancia de iniciar proceso psicoterapéutico debido a circunstancia personales. Al no contar con PPT se le indica asistir a secretaria a salud en la dependencia de aseguramiento para que le brinden asesoría personalizada para proceso de afiliación a seguridad social.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomendó asistir a secretaria de salud para realizar dicho trámite. Se le brindaron herramientas de afrontamiento ,tolerancia a la frustración, gestión emocional, ejercicios de defusión y reestructuración cognitiva					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuaria se compromete a asistir a secretaria de salud para realizar trámite administrativo					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza orientación sobre afiliación a seguridad social					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 09	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): JENIFER			APELLIDOS: GALVIS GALLEG0		EDAD: 28
TIPO ID: CC	N° 1087493106	EAPB:	SOS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3188763181		DIRECCIÓN: DECIDE NO BRINDARLOS		BARRIO: DECIDE NO BRINDARLOS	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): JAIME			APELLIDOS: RESTREPO		
TIPO ID: N/A	N°: N/A	EDAD: N/A	EAPB:	N/A	
TELÉFONO: 3148055625		DIRECCIÓN: N/A		BARRIO: N/A	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
[URGENTE] Se comunica usuaria manifestando detonante emocional debido a dificultades presentadas en un parcial de la universidad. Indica que no cuenta con red de apoyo, sin trabajo y con dificultades emocionales					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Llanto, ideación suicida sin plan estructurado, pobre red de apoyo, nulas herramientas de afrontamiento, pobre tolerancia a la frustración, inhaderencia al tratamiento. Duelo patológico					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda asesoría sobre la importancia de iniciar proceso psicoterapéutico debido a proceso de duelo no resuelto. Se brindan herramientas de afrontamiento, tolerancia a la frustración y ejercicio de carta simbólica. Por otra parte, se realiza ejercicio de respiración y relajación de Jacobson					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomendó a usuaria fomentar adecuados hábitos de vida, fortalecer red de apoyo y se recalca la importancia de iniciar proceso por psicología y psiquiatría. Y, en caso de ser medicada con psicofármacos ser adherente al tratamiento					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuaria se compromete a asistir a cita por especialidades ya mencionadas y ser adherente a la terapia					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión a psicología [URGENTE]					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma: _____		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 28	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): JHON JAIRO			APELLIDOS: LOPEZ GOMEZ		EDAD: 51
TIPO ID: CC	N° 79640898	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: EMPLEADO	
TELÉFONO: 3018617233		DIRECCIÓN: Cra 22 9-18 piso 2		BARRIO: Japón, dosquebradas	
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, resolutiveidad)					
Llamada transferida por operador NUSE 123. Se comunica víctima de violencia intrafamiliar, indicando que presencia agresiones constantes por parte de su pareja actual manifestando que en la última disputa su pareja de manera impulsiva destruyó prendas.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Víctima de violencia intrafamiliar. Confusión mental debido a altercado, sentimientos marcados de tristeza y angustia					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se realiza asesoría sobre la importancia de instaurar denuncia ante autoridades competentes con el fin de salvaguardar su integridad física y mental.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda iniciar proceso legal, asistir a psicoterapia. Se brindan herramientas de gestión emocional y la necesidad de establecer relaciones intra e interpersonales por medio de la comunicación asertiva					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuario se compromete a realizar respectivo denuncia y asistir a psicoterapia					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No se realiza remisión, puesto que usuario reside en dosquebradas					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 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: 19	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): KAREN JAZMIN		APELLIDOS: AGUDELO GUEVARA		EDAD: 16	
TIPO ID: T.I	N° 1023384240	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: ESTUDIANTE		INSTITUCIÓN E: REMIGIO ANTONIO CAÑARTE		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3187194179		DIRECCIÓN: ROCIO ALTO SECTOR C		BARRIO: ROCIO ALTO	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): HERNANDO		APELLIDOS: AGUDELO			
TIPO ID: CC	N°: N/A	EDAD:	EAPB:	N/A	
TELÉFONO: 3166689422		DIRECCIÓN: ROCIO ALTO SECTOR C		BARRIO: ROCIO ALTO	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
[URGENTE] Se comunica usuaria cursando episodio de ansiedad (agorafobia) se encuentra en compañía de docente de apoyo de su IE. Expresa que se siente observada cuando se encuentra en espacios abiertos.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Síntomas sugestivos de agorafobia lo que afecta el desarrollo de sus actividades académicas y su cotidianidad. Según relato de docente de apoyo, manifiesta que sus padres son de la tercera edad y ambos presentan altos prejuicios en cuanto a salud mental, debido a avanzada edad no comprenden como se debe radicar autorizaciones o solicitar citas.					
5.ASESORIA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brindó charla reflexiva a usuaria y docente. La importancia de continuar la positiva adherencia al tratamiento. Se le explica activación de ruta en salud mental.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda a docente y usuaria estar al tanto de episodios de ansiedad, como canalizarlos por medio de ejercicios de respiración, defusión y reestructuración cognitiva. Adicional, se le manifiesta la importancia de sostener anclajes emocionales y hacer uso de su red de apoyo					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuaria e Institución Educativa se comprometen de estar al tanto de líneas telefónicas para asignación de cita					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión a psiquiatría infantil [URGENTE]					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Tamizaje ☐			Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma: _____		
Consentimiento Informado ☐ Otro: _____					

FECHA DE ATENCIÓN		DIA: 06	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICÓLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): MIRIAN			APELLIDOS: HERNANDEZ			EDAD: N/R
TIPO ID: CC	N° N/R	EAPB:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R	
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: POLICIA	
TELÉFONO: 3135476503		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R		
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)						
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: CC	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 Usuaría manifiesta violencia psicológica por parte de su esposo, con el cual lleva 20 años "el me grita, me trata muy mal, como yo sufro ansiedad y he estado con psiquiatra y psicólogo me dice que estoy loca que deberían internarme en el hospital. Hace unos años me pego y yo le puse denuncia en la fiscalía, él consume marihuana, yo no quiero seguir en esta situación y necesito que me oriente sobre qué puedo hacer, yo quiero que se sienten con él y le digan que nos tiene que pasar plata, que no se puede desatender de nosotros" adicional relata que su mayor miedo es el factor económico ya que no cuenta con trabajo estable "yo como, a veces hago arreglitos, pero no gano mucho y no es algo fijo". En el momento los hijos tienen 15 y 17 años, ambos estudian.						
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)						
Violencia psicológica, dx ansiedad, apego.						
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)						
se brinda espacio de escucha activa, se orienta frente al proceso de acudir a comisaría de familia y poner la demanda respectiva, ante las dudas a nivel económico se explica que se determina a partir de los ingresos de la pareja y el respectivo estudio que hagan, adicional se aborda empoderamiento e independencia a nivel económica, siendo este factor el que más preocupa a la usuaria.						
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)						
se refuerza la importancia de seguir acudiendo a controles por psicología y trabajo social,						
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)						
La usuaria se muestra receptiva, con determinación a iniciar proceso legal.						
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: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290 Firma: Valentina Largo		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 14	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICÓLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): YESICA			APELLIDOS: PALACIOS		EDAD: 32
TIPO ID: CC	N° 1053824788	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3007381314		DIRECCIÓN: MANZANA 6 CASA 24		BARRIO: NORMANDIA CUBA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	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 comunica Yesica manifestando "he estado mal, con pensamientos suicidas, no tengo trabajo hace un año y medio, tengo una niña de 7 años y no cuento con el apoyo de nadie, he estado pasando con trabajitos que me salen por días, pero es complicado. La preocupación constante, el estrés de no saber que más hacer...El papá del niño está en la cárcel hace 7 años, el contacto es muy poco porque cuando hablamos es para agredirme, no tengo amigos, no tengo a nadie", la usuaria relata que hace unos días intento tomarse unas pastas, pero no fue capaz.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
ideación suicida, desempleo, aislamiento, llanto fácil.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se brinda espacio de escucha activa, se refuerza la importancia de establecer y fortalecer una red de apoyo, se sugieren plataformas para la búsqueda de empleo, se explica la importancia de iniciar proceso terapéutico, sin embargo, no es posible hacer remisión ya que la usuaria esta activa en el municipio de Palestina.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda hacer traslado de eps, igualmente se orienta en el proceso para iniciar acompañamiento psicológico por eps.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
usuaria se compromete a hacer traslado de eps.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No aplica.					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290 Firma: Valentina Largo		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 09	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICÓLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ANGEL ENOC			APELLIDOS: RAMOS		EDAD: 78
TIPO ID: CC	N° 108841239	EAPB:	SOS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3136276816		DIRECCIÓN: SECTOR E CASA 30		BARRIO: ROCIO BAJO	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): ANGELA MARIA			APELLIDOS: CORDOBA		
TIPO ID: CC	N° ID 42159677	EDAD: 40	EAPB:	NUEVA EPS	
TELÉFONO: 3136099922		DIRECCIÓN: SECTOR E CASA 30		BARRIO: ROCIO BAJO	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
se comunica Ángela sobrina del señor Ángel, quien se comunicó el pasado 23 de abril solicitando orientación ante la situación presentada con su familiar de 75 años, quien está presentando alucinaciones y delirios de persecución "él no es agresivo, pero a veces toma palos para pegarle a las personas que lo están persiguiendo, dice que la guerrilla lo está buscando, no acepta nada, no lo hemos podido llevar a ningún lado por lo mismo". En dicha llamada se evidencia que el señor tenía su eps en Bagado, Choco; se le indico que debía hacer portabilidad para ayudarlos con proceso de asignación de cita, el día de hoy la usuaria manifiesta que ya hicieron el proceso, solicita ayuda para la obtención de cita por psiquiatría					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
posible demencia senil o esquizofrenia, delirios de persecución, alucinaciones visuales y auditivas.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se hace remisión a psiquiatría.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Ante los síntomas descritos se recomienda acudir al servicio de urgencias si el usuario se niega a comer o se muestra agresivo.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuario se muestra receptivo ante la asesoría brindada.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión a psiquiatría					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290 Firma: Valentina Largo		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 18	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICÓLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): CAMILA		APELLIDOS: MONTOYA GRAJALES		EDAD: 28	
TIPO ID: CC	N° 1040753630	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3208698341		DIRECCIÓN: cra 29 18-136		BARRIO: Tulcán 1	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: CC	N° N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: 3006920237		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
se comunica usuaria de 28 años manifestando "siento que estoy deprimida, no tengo ganas de vivir, no estoy comiendo bien, no me da hambre, no estoy durmiendo, tengo días que me duermo 3-4 de la mañana, así como hay días en los que duermo todo el día y no quiero hacer nada, hace poco termine una relación, mi mamá hace 6 meses se fue para el extranjero, mi papá es drogadicto, hace 3 años me fui de donde él, no teníamos contacto pero me busco porque está enfermo y pues yo lo estoy ayudando, mi hermano falleció hace 9 años y ahora estamos con todo el proceso de la demanda porque fue un accidente de tránsito entonces por eso también tengo que estar en contacto con mi papá. Estoy bien económicamente, trabajo con 2 empresas de estados unidos, tengo mi casa, mi caro, todo lo que me propuse hace 3 años entonces siento que ya no tengo algo que me motive", como consecuencia de la ansiedad se está fumando una cajetilla diaria, adicional hace poco fue diagnosticada con colesterol alto.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
ansiedad, duelo sin gestionar, hiporexia, consumo de cigarrillo, relación familiar conflictiva, perdida de motivación.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se brinda espacio de escucha activa, se dan técnicas para el manejo de la ansiedad, se aborda reestructuración cognitiva ante los pensamientos de auto exigencia, se explica la importancia de identificar y fortalecer red de apoyo, buscar actividades de ocio que le generen placer y le permitan salir de la rutina. Se enfatiza en la importancia de iniciar proceso terapéutico y psiquiátrico, la usuaria menciona que desea retomar proceso terapéutico de manera particular y el psiquiátrico por la eps.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se hace énfasis en trabajar la implementación de limites ante la situación con su familia, igualmente realizar diario emocional con el objetivo de identificar desencadenantes de crisis.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
usuaria se compromete a estar pendiente del celular para asignación de cita					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión prioritaria a psiquiatría ala EAPB Salud Total					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290 Firma: Valentina Largo		



Alcaldía de
PEREIRA

Secretaría de
SALUD

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORÍA 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: 30	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICOLOGO	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): DAIRY VALERIA		APELLIDOS: ALVAREZ VILLADA		EDAD: 18	
TIPO ID: CC	N° 1142514416	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: BACHILLAR		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN: EMPLEADA	
TELÉFONO: 3104870981		DIRECCIÓN: MZ K CASA 193A Piso2		BARRIO: La Isla, cuba	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): JESSICA ALEJANDRA		APELLIDOS: VILLADA ARIAS			
TIPO ID: N/A	N°: 1088272214	EDAD: 35	EAPB:	SURA	
TELÉFONO: 3104870981		DIRECCIÓN: MZ K CASA 193A Piso2		BARRIO: La Isla, cuba	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
[PRIORITARIA] Se comunica Yesica madre de usuaria indicando que esta se encuentra en episodio depresivo, en aislamiento, refiriendo no querer seguir viviendo "me dice que ya no quiere ser una carga, un estorbo, yo no sé qué hacer, esta acostada llorando"					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Episodio depresivo detonado por ruptura amorosa, clinofilia, llanto motivado, dependencia emocional severa hacia figura sentimental, pobre gestión emocional, nula tolerancia a la frustración					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se asesora a madre de usuaria sobre la importancia de brindar espacios de escucha empática y desahogo emocional. Ante las ideas de autolesión se recomienda acudir al servicio de urgencias.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Ante las ideas de autolesión se recomienda acudir al servicio de urgencias, se explica que en caso de no recibir la atención debida se comunice de nuevo a la línea. Adicional en casa, esconder objetos con los cuales la joven pueda lastimarse.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Madre se compromete a llevar a su hija al hospital, adicional se persuade en la importancia de estar pendiente en casa de elementos con los cuales pueda atentar contra su vida.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Remisión realizada por el profesional Juan José Pulgarín					
Firma del usuario			Nombre del profesional: Valentina Largo		
Cédula: _____			N° Tarjeta Profesional: 273290		
Anexo(s): Remisión ☐			Consentimiento Informado		
Tamizaje ☐			Otro: ☐		
_____			Firma: Valentina Largo		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 06	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICÓLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): DIEGO ALBERTO			APELLIDOS: LARGO		EDAD: 48
TIPO ID: CC	N° 108841239	EAPB:	NO	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: OFICIOS VARIOS	
TELÉFONO: 3185602264		DIRECCIÓN: PARQUE INDUSTRIAL		BARRIO: PARQUE INDUSTRIAL	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	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)					
usuario manifiesta "yo fui habitante de calle, hace 4 años me salí y estoy viviendo con mi mamá, pero últimamente ella y mis hermanas solo hacen que pedir cosas a mi nombre, que, si se daña algo en la casa o se necesita, y lo hacen sin consultarme, yo trabajo en 2 parqueaderos y no gaño mucho, solo las monedas que me den y aun así ellas hacen eso, yo no sé qué hacer si devolverme para la acalle o qué". Usuario fue consumidor y habitante de calle 30 años aproximadamente.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
convivencia conflictiva, baja autoestima, sin seguridad social, débil red de apoyo.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se brinda espacio de escucha activa permitiendo liberación emocional, ante la idea de regresar a la calle, se le refuerza la importancia de no desistir en su proceso de rehabilitación y se dan pautas para mantener dicha conducta, tales como el establecimiento de límites y comunicación asertiva, adicional se orienta frente al proceso para iniciar vinculación a eps por medio del sisben.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se orienta frente al proceso de solicitar sisben,					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Usuario se muestra receptivo ante la asesoría brindada.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
No aplica					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290 Firma: Valentina Largo		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 22	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICÓLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): JESKA			APELLIDOS: BUSTAMANTE HERRERA		EDAD: 12
TIPO ID: TI	N° 1046714254	EAPB:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3217693217		DIRECCIÓN: mzana b casa 3 piso 3		BARRIO: la idalia 2	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): CATALINA			APELLIDOS: HERRERA		
TIPO ID: CC	N° ID 42162430	EDAD: 40	EAPB:	SIN EPS	
TELÉFONO: 3217693217		DIRECCIÓN: mzana b casa 3 piso 3		BARRIO: la idalia 2	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
se comunica Catalina, madre de la menor Jeska quien refiere "estoy pasando por unas situaciones desde hace tiempo, soy consciente que tengo que ir al psicólogo, estoy llena de deudas y mi trabajo no está funcionando, estoy sola con mi hija de 12 años. Hace un tiempo empezó a atacarme, me recrimina el haberme separado del papá, él ya no esta tan presente desde que consiguió novia, cambio mucho, mermo la cuota mensual y no la llama ni está pendiente de las cosas de ella." como consecuencia de este distanciamiento por parte del padre la menor se ha mostrado rebelde, con problemas de conducta en casa y colegio; adicional ha agredido a la madre de manera verbal y física.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
trastorno de conducta, disfunción familiar, violencia verbal					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se brinda espacio de escucha activa, se abordan pautas de crianza, se aborda proyecto de vida					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda buscar espacios de dialogo con el padre con el fin de que esté al tanto de la situación actual de la menor. Igualmente buscar espacios de deporte y cultura para un aprovechamiento del tiempo libre.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
usuaria se compromete a estar pendiente del celular para asignación de cita					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión prioritaria a psiquiatría ala EAPB SURA					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290 Firma: Valentina Largo		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 22	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICÓLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): JHON SNEIDER			APELLIDOS: AGUIRRE ALVARADO		EDAD: 20
TIPO ID: CC	N° 1022927401	EAPB:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: COMERCIANTE	
TELÉFONO: 3136106487		DIRECCIÓN: CALLE 5 #9-25		BARRIO: TRINIDAD	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	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 comunica sneider manifestando estar presentando ataque de ansiedad "me siento muy mal, estoy sudando frio, estoy temblando, no soy capaz de levantarme de la cama, no sé ni cómo estoy haciendo para hablar, estoy mareado, supongo que todo es por la ansiedad, quisiera hacerme daño, pero lucho por no hacerlo, sé que estoy mal pero no sé qué hacer para estar mejor, son muchas cosas"					
AMBULANCIA NO FUE EFECTIVA					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
ideación suicida, ansiedad					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se brinda espacio de escucha activa, se emplean técnicas de relajación ante la ansiedad referida, ante las ideas suicidas y crisis de ansiedad con indicios de crisis de pánico, sintomatología física y que el usuario se encontraba solo se envía ambulancia. La APH Carolina hace el envío de la ambulancia, y cuando llegan los tripulantes no hacen el traslado ya que según su criterio el usuario se encontraba con signos estables.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se anima al usuario a desplazarse por sus propios medios a la clínica, este refiere que llamo a su mamá y en cuanto salga del trabajo lo va a acompañar					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
usuario se compromete a acudir al servicio de urgencias si la crisis se vuelve a presentar.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza envío de ambulancia, los tripulantes realizan la valoración indicando que los signos vitales se encuentran estables, por lo cual no hacen traslado.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290 Firma: Valentina Largo		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 25	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICÓLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): JOSE			APELLIDOS: ASPRILLA		EDAD: 20
TIPO ID: CC	N° 107632097	EAPB:	FOMAG	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3116084149		DIRECCIÓN: VILLA VERDE		BARRIO: VILLA VERDE	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	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 comunica José en crisis de llanto manifestando "termine mi relación hace 15 días yo la amo y sin ella no sé cómo vivir. Yo he intentado hablar para arreglar las cosas, pero ella está yendo a terapia y como que la psicóloga la está aconsejando para que no volvamos, no sé qué hacer yo la amo". La relación duro 2 años aproximadamente, el joven no tiene red de apoyo en la ciudad ya que es foráneo, se encuentra estudiando en la Universidad libre cursando octavo semestre, y su familia se encuentra en Quibdó. Refiere que no ha comido ni dormido bien en las últimas 2 semanas y la única razón por la que no ha atentado contra su vida es que "ella me dijo que no lo fuera a hacer porque no quiere cargar con esa culpa".					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
ideación suicida, hiporexia, insomnio, ansiedad, abulia, nula red de apoyo.					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se realiza contención emocional, se emplean técnicas de respiración, mindfulness, se aborda lo que es el duelo en los procesos de separación, ante insistencia del usuario en querer hacerse daño, se le explica que es necesaria una atención hospitalaria, él usuaria acepta, sin embargo, no se hace envío de ambulancia, ya que se encuentra solo con su hermano menor de edad y debe buscar con quien dejarlo, se compromete a asistir al servicio de urgencias. Se le explica que en caso de que le nieguen la atención se comunique nuevamente a la línea. El profesional Andrés Felipe Giraldo llamo al usuario una hora después y este manifiesta que se encontraba ya en consulta.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda buscar espacios con amigos que permitan fortalecer red de apoyo, igualmente retomar hobbies.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
usuaria se desplaza por sus propios medios al servicio de urgencias.					
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: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290 Firma: Valentina Largo		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 06	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICOLOGO	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): LUZ ESTELLA			APELLIDOS: VALENCIA BUELVAS		EDAD: 45
TIPO ID: CC	N° 29179630	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: TECNICO		INSTITUCIÓN E: NO APLICA		OCUPACIÓN: TECNICA ADMINISTRATIVA UNILIBRE	
TELÉFONO: 3178871329		DIRECCIÓN: MZ 7 CASA 9		BARRIO: MONTELIBANO CUBA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): NO APLICA			APELLIDOS: NO APLICA		
TIPO ID:	N° ID	EDAD: NA	EAPB:	NO APLICA	
TELÉFONO:		DIRECCIÓN:		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivead)					
usuaria se comunica manifestando querer conocer si su cita con psicología ya fue asignada, adicional menciona que ya hizo el traslado de la eps a la ciudad "me dijeron que se demora en aparecer en el adres, pero me dieron un papel donde consta que ya estoy activa, por favor ayúdeme la situación con mi hijo es muy complicadas"					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Dentro de los factores de riesgo identificado se percibe violencia física					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se le informa al profesional Andrés Giraldo, quien realizo la remisión el 05 de mayo con el fin de conocer si la cita ya fue asignada, adicional se explica que en el adres a un no aparece activa en la ciudad, sin embargo, ante lo expresado de tener un papel que consta estar activa en la ciudad se le explica que debe llevarlo el día de la cita.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda llevar la constancia dada en la eps sobre activación en la ciudad.					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
La usuaria se compromete a seguir las orientaciones brindadas por el profesional					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Firma del usuario			Nombre del profesional: Valentina Largo		
Cédula: _____			N° Tarjeta Profesional: 273290		
Anexo(s): Remisión ☐			Firma: Valentina Largo		
Tamizaje ☐			Consentimiento Informado ☐		
Otro: _____					

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 14	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		VALENTINA LARGO		PROFESIÓN: PSICÓLOGA	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): LUZ MARINA			APELLIDOS: LOPEZ PÉREZ		EDAD: 71
TIPO ID: CC	N° 25154248	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3006920237		DIRECCIÓN: MANZANA 26 CASA 24		BARRIO: SAMARIA 1	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): ESTELLA			APELLIDOS: LOPEZ		
TIPO ID: CC	N° ID 25157597	EDAD: 66	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: 3006920237		DIRECCIÓN: MANZANA 26 CASA 24		BARRIO: SAMARIA 1	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)					
se comunica hermana de usuaria manifestando preocupación por su hermana quien tiene diagnóstico de Alzheimer y está sin medicamentos ya que les ha sido imposible obtener cita con psiquiatría.					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
dx Alzheimer sin medicamentos					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se brinda escucha empática ante la preocupación de la usuaria, se le explica que desde la línea se le puede hacer remisión, sin embargo, la eps se demora unos días en dar respuesta.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se le explica a la usuaria en caso de descompensación de su familiar por falta de medicamentos debe acudir al servicio de urgencias					
7.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
usuaria se compromete a estar pendiente del celular para asignación de cita					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se realiza remisión prioritaria a psiquiatría ala EAPB Nueva eps					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290 Firma: Valentina Largo		

FECHA DE ATENCIÓN		DIA: 10	MES: 5	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Evelin Xiomara Díaz López		PROFESIÓN: Psicóloga	
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): Yolanda			APELLIDOS: Franco Pimienta			EDAD: 67
TIPO ID: CC	N° 42000198		EAPB:	EPS FAMISANAR S.A.S	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:	
TELÉFONO:		3162830396		DIRECCIÓN:	BARRIO: villa verde PEREIRA	
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)						
Motivo de atención: Prioritario - se contacta la señora Yolanda en 5 oportunidades quien indica "mi hijo JUAN CAMPO de 40 AÑOS viaja mucho, por el trabajo, pero él es muy acelerado, ansioso, llego hace 3 días de Tokio, Filipinas, Bali y todo ese sector, como maneja muchas personas, se estresa mucho, en este momento estamos en el aeropuerto de Bogotá vamos para Europa nosotros somos de Pereira quisiera saber que técnicas puedo usar para ayudarlo en momento de crisis, sin embargo él ya fue al neurólogo, al cardiólogo y le han mandado muchos exámenes le enviaron sertralina media pasta, pregabalina, y glicinato de magnesio, yo quiero saber si los medicamentos son necesarios, "						
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)						
dx posible ansiedad no tiene claridad- insomnio- poco descanso – sobre cansancio						
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)						
por el profesional: Se brinda escucha activa y empática, se explica la importancia de la adherencia al tratamiento ya que por la edad del hijo y su vida tan ocupada su cerebro puede necesitar ayuda para producir ciertos neurotransmisores, y eso hace el medicamento, se le indica un adecuado descanso y sueño reparador ya que no duerme entre viajes y todo esto sobre cansa						
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)						
se recomienda cumplir con el tratamiento, para poder ver mejoría en los síntomas, se explica técnica de respiración guiada, técnica del semáforo y así mismo tomar gotas de rescate para poder ayudar al cuerpo a relajar y descansar						
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: 21	MES: 5	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Evelin Xiomara Díaz López		PROFESIÓN: Psicóloga
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): JOHN SNEIDER			APELLIDOS: AGUIRRE ALVARADO		EDAD: 20
TIPO ID: CC	N° 1022927401	EAPB:	asmet salud	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3136106487		DIRECCIÓN: calle 5 #9-25		BARRIO: trinidad COMUNA ORIENTE	
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, resolutiveidad)					
<p>Otras causas: trastorno mixto de ansiedad y depresión sin adherencia al medicamento Se contacta por primera vez el señor Sneider (llora) "lo siento estoy frustrado, tengo muchas cosas en mi mente porque no me puedo expresar, yo agobio a las personas, tengo mucha ira, yo no soy mala persona, me quiero dar contra las paredes, (grita y se escuchan golpes) se brinda acompañamiento en catarsis sin embargo corta la llamada, se vuelve a llamar en dos ocasiones y no responde. Se contacta el señor Snairder por segunda vez, quien indica que ya está calmado pero esta donde la novia y necesita que hablemos los 3 tres. pasa la señora Ana María, "doctora yo no sé qué hacer, él tiene muchas inseguridades, yo trato de darle espacio, tiene acceso a mi teléfono y ahora me dice que soy dama de compañía porque soy bailarina profesional y me contratan para hacer shows en las discotecas, como no le contesto el teléfono viene hasta a mi casa en la madrugada a ver que estoy haciendo o con quien estoy, le da golpes a la pared, yo siento que la diferencia de edad se está notando, yo voy al psicólogo particular, debo empezar ruta en salud mental por posible trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de adaptabilidad pero con todo esto yo siento que ese no lo tengo" Snairder "Doctora es que ella hace las cosas así a mí me moleste, no le importa mis sentimientos, ella debe hacerme caso, para que yo esté bien, yo tengo mis inseguridades por mis relaciones pasadas, yo tengo diagnóstico, trastorno mixto de ansiedad y depresión, tomaba fluoxetina, clonazepan y sertralina, yo no me volví a tomar eso porque me daba gastritis, mi depresión es más fuerte, ahora que la llame estaba muy mal, le di a las paredes de la impotencia"</p>					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
DX ansiedad y depresión sin adherencia al medicamento - baja autoestima - inseguridad, autolesiones, posesión inseguridad baja autoestima					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se brinda escucha activa y empática, se brinda técnica del semáforo al señor Snairder ya que es de vital importancia aprender a regular sus emociones con el fin de no auto lesionarse teniendo en cuenta que trabaja con las manos, se psico educa el trastorno presentado y la importancia de estar adherido al medicamento, así mismo la comunicación asertiva, el respeto hacia la pareja, la confianza y el valor que cada uno tiene individual y en pareja, se resalta el tener espacios y la privacidad individual.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda activar ruta en salud mental, remisión a psiquiatría y a psicología a ambos lo cual aceptan.					
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 prioritaria en salud por los servicios de psicología y psiquiatría					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: N° Tarjeta Profesional: Firma: 		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 21	MES: 5	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Evelin Xiomara Díaz López		PROFESIÓN: Psicóloga
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Ana María			APELLIDOS: Preciado Cardona		EDAD: 31
TIPO ID: CC	N° 1088316714		EAPB:	nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:
TELÉFONO: 3206758701		DIRECCIÓN: cra 2da bis 24b54		BARRIO: SAN JORGE (COMUNA SAN JOAQUIN)	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Marleny			APELLIDOS: Cardona		
TIPO ID:	N° ID		EDAD:	EAPB:	
TELÉFONO: 6063356238		DIRECCIÓN:			BARRIO:
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutiveidad)					
Otras casusas: comunicación asertiva y orientación de pareja y dx depresión y ansiedad sin adherencia al medicamento: Se contacta el señor Snairder por segunda vez, quien indica que ya está calmado pero esta donde la novia y necesita que hablemos los 3 tres. pasa la señora Ana María, "doctora yo no sé qué hacer, él tiene muchas inseguridades, yo trato de darle espacio, tiene acceso a mi teléfono y ahora me dice que soy dama de compañía porque soy bailarina profesional y me contratan para hacer shows en las discotecas, como no le contesto el teléfono viene hasta a mi casa en la madrugada a ver que estoy haciendo o con quien estoy, le da golpes a la pared, yo siento que la diferencia de edad se está notando, yo voy al psicólogo particular, debo empezar ruta en salud mental por posible trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de adaptabilidad pero con todo esto yo siento que ese no lo tengo" Snairder "Doctora es que ella hace las cosas así a mí me moleste, no le importa mis sentimientos, ella debe hacerme caso, para que yo esté bien, yo tengo mis inseguridades por mis relaciones pasadas, yo tengo diagnóstico, trastorno mixto de ansiedad y depresión, tomaba fluoxetina, clonazepan y sertralina, yo no me volví a tomar eso porque me daba gastritis, mi depresión es más fuerte, ahora que la llame estaba muy mal, le di a las paredes de la impotencia"					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
DX ansiedad y depresión sin adherencia al medicamento - baja autoestima - inseguridad, autolesiones, posesión inseguridad baja autoestima, manipulación					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
se brinda escucha activa y empática, se brinda técnica del semáforo al señor Snairder ya que es de vital importancia aprender a regular sus emociones con el fin de no auto lesionarse teniendo en cuenta que trabaja con las manos, se psico educa el trastorno presentado y la importancia de estar adherido al medicamento, así mismo la comunicación asertiva, el respeto hacia la pareja, la confianza y el valor que cada uno tiene individual y en pareja, se resalta el tener espacios y la privacidad individual.					
6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)					
Se recomienda activar ruta en salud mental, remisión a psiquiatría y a psicología a ambos lo cual aceptan.					
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 prioritaria en salud por los servicios de psicología y psiquiatría					
Firma del usuario Cédula: <input type="text"/> Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: <input type="text"/>			Nombre del profesional: Evelin Xiomara Díaz López N° Tarjeta Profesional: 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, resolutiveidad)					
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 ☐ Tamizaje ☐ Consentimiento Informado ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: N° Tarjeta Profesional: Firma: 		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 2	MES: 5	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN			Evelin Xiomara Díaz López		PROFESIÓN: Psicóloga
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Nidia Johana			APELLIDOS: Ardila fuentes		EDAD: 42
TIPO ID: CC	N° 37948443	EAPB:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3165566178		DIRECCIÓN: mz 10 cs 18		BARRIO: Jose Antonio galán	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Andrés			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB:		
TELÉFONO: 3217793006		DIRECCIÓN:		BARRIO:	
3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutivez)					
Otras causas: Prioritario Manejo de las emociones y posible ruptura amorosa Se contacta la señora Johana quien indica "tengo un nudo en la garganta, tengo un matrimonio de 19 años, 2 hijos 1 de 18 y el otro de 10 años, siento que mi relación se está yendo al abismo, hace una semana cogí el celular de mi esposo y vi que en Facebook le comenta fotos a varias mujeres les envía iconos de fuego le comenta fotos, para mi es una falta de respeto, me quite el anillo, trato que todo sea normal pero me ha dolido mucho, él me dice que debo ayudar a guiar el barco, que busque trabajo y lo hice en enero no en diciembre cuando el quería, yo necesitaba ver a mi mama, comencé a trabajar y ahora todos me ayudan con las cosas del hogar, pero no sé qué hacer con mi relación, quiero salvar mi relación pero no sé cómo"					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
no tengo red de apoyo – Respeto - autoestima Problemas en comunicación asertiva - Inseguridad					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda escucha activa y empática, se brinda asesoría de pareja, acompañamiento en el llanto, permitiendo así hacer catarsis, educación en comunicación asertiva					
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 solicita que la cita sea asignada en la medida de lo posible después de las 5pm					
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 prioritaria en salud por los servicios de psicología					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Evelin Xiomara Díaz López N° Tarjeta Profesional: Firma: 		

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: 10	MES: 05	AÑO: 2025	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		Evelin Xiomara Díaz		PROFESIÓN: Psicólogo.	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Diego			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: 3207829172		DIRECCIÓN: Mz 41 Casa 16 Piso 1		BARRIO: Samaria I.	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPANANTE)					
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)					
Nivel de requerimiento: Urgente. se contacta el señor Diego quien indica "mi hermano se intentó suicidar, por favor psicóloga ayúdeme, se estaba ahorcando y mi mama lo bajo, esta morado."					
4.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
conducta suicida, intento suicida estructurado					
5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)					
Se brinda escucha activa y empática. se redirige la llamada, a ambulancias, con secad 22524105, al llegar encuentran al señor sentado en la puerta fumando cigarrillo y no se deja trasladar.					
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/ACOMPANANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad- riesgo)					
Estar pendiente del servicio de ambulancia para la adecuada localización y traslado del ciudadano.					
8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)					
Se hace despacho de ambulancia, el cual no es efectivo por parte de la tripulación, ya que el ciudadano se encuentra en adecuadas condiciones y no se evidencia riesgo inminente para su vida o integridad.					
Firma del usuario Cédula: _____ Anexo(s): Remisión ☐ Consentimiento Informado ☐ Tamizaje ☐ Otro: _____			Nombre del profesional: Evelin Xiomara Díaz. N° Tarjeta Profesional: Firma: 		