



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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024 -

FECHA DE REMISIÓN	DÍA:02	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM-SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA			PROFESIÓN:	PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): MARIA SALOME			APELLIDOS: RUIZ		EDAD: 17
TIPO ID: TI	N° ID 1089384327	EAPB	S.O.S.		ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: NR		DIRECCION: COMUNA EL JARDÍN MZ 52 CS 7 Primera etapa El Jardín			BARRIO: centro
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): ROSALBA			APELLIDOS: RUIZ ARIAS (Abuela materna)		
TIPO ID:NO REPORTA	N° ID NO REPORTA	EDAD: NO REPORTA	EAPB	S.O.S.	
TELEFONO: 311-318-38-01		DIRECCION: MZ 52 CS 7			BARRIO: Primera etapa El Jardín
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
S.O.S.		S.O.S.			NA
Observaciones: "Cita programada en el área de salud mental, para asistir la abuela y su nieta, para el día ocho (08) del mes de mayo del presente año a las 11:00 a.m , en la unidad intermedia hospital de Kennedy Pereira con el profesional Doctor Hernán Carmona .					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Asistir a las sesiones en salud mental, terapia sistémica.					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARMILLO LOAIZA		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: <u>210928</u>		
			Firma: AIDA JARAMILLO		



FECHA DE REMISIÓN	DIA:05	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE		AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA			PROFESIÓN: PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): LUZ ESTELLA			APELLIDOS: VALENCIA BUELVAS		EDAD: 45
TIPO ID: CC	N° ID 29179630	EAPB	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN:NR
TELEFONO: 3178871329		DIRECCION: MZ 7 CASA 9			BARRIO: COMUNA EL OSO MONTELIBANO CUBA
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): NO REPORTA			APELLIDOS: NO REPORTA		
TIPO ID:NO REPORTA	N° ID NO REPORTA	EDAD: NO REPORTA	EAPB	NO REPORTA	
TELEFONO: NO REPORTA		DIRECCION: NO REPORTA "			BARRIO: NO REPORTA
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
SALUD TOTAL		SALUD TOTAL			NA
Observaciones: Se envía remisión el mes de mayo 12 del presente año siendo las 8:30p.m , coordinadora del programa para los trámites correspondientes. Respuesta mayo 28. hora 7:53p.m ,agenda MEDICINA GENERAL . Juno 10 a las 6: 54a.m lugar parque el lago carrera 8 número 24-59 (respuesta contacto 0513255159).					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
VICTIMA DE AGRESION- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.					
-					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Asistir a las sesiones en salud mental agendadas .					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: AIDA MARJORY JARMILLO LOAIZA		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: 210928		
			Firma: AIDA JARAMILLO		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 19	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	Sem Salud Mental
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Juan Sebastián Arenas Arenas.			PROFESIÓN:	Psicólogo.
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Rosa Emilia			APELLIDOS: Bermúdez Cardona		EDAD: 49
TIPO ID: CC	N° ID 42119019	EAPB	Salud Total		ETNIA/POBLACIÓN: Ninguna
TELEFONO: 3127827542		DIRECCION: Manzana 11 Casa 15		BARRIO: Luis Alfonso Duque.	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD: N/R	EAPB	N/R	
TELEFONO: N/R		DIRECCION: N/R		BARRIO: N/R	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
Salud Total					
Observaciones: Adres activo, en régimen subsidiado, Municipio de registro Pereira.					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
Nivel de requerimiento: Prioritario. Ciudadana manifiesta síntomas de depresión, con tristeza, hipersomnia, aislamiento social y pensamiento suicida, sin antecedentes de condición en salud mental. Se brinda escucha activa, permite conocer aspectos relevantes de su historia de vida, resalta sentirse muy sola y sin sentido de vida, lo cual la ha llevado aislarse socialmente, se explican fases del duelo y la depresión como parte del proceso de adaptación, se sugiere iniciar tratamiento por psicología para adecuado procesamiento del duelo y reducción del malestar clínicamente significativo que esta atravesando.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Débiles redes de apoyo. -Duelos sin elaborar. -Vive sola en su residencia. (familia vive en el exterior).					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Iniciar proceso de atención por los servicios de psicología, implementar hábitos y estilos de vida más saludables.					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas. N° Tarjeta Profesional: 201668		
Cedula: _____			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 19	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	Sem Salud Mental
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Juan Sebastián Arenas Arenas.				PROFESIÓN: Psicólogo.
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Natalia			APELLIDOS: Salazar Vega		EDAD:33
TIPO ID: CC	N° ID 1088296865	EAPB	Nueva EPS		ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3104255232		DIRECCION: Manzana 4 Casa 12		BARRIO: Panorama 2 Cuba	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPañANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD: N/R	EAPB	N/R	
TELEFONO: N/R		DIRECCION: N/R		BARRIO: N/R	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
Nueva EPS					
Observaciones: Adres, activo en régimen subsidiado, Municipio de registro Pereira.					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
Nivel de requerimiento: Prioritario. Ciudadana femenina quien manifiesta depresión postparto con alteración, llanto y tristeza durante la mayor parte del día, pensamiento suicida, aislamiento social, dificultades para conciliar el sueño y baja autoestima. Se realiza técnica de control de la respiración ya que se encuentra alterada, se indaga por síntomas que generan el malestar, se trabaja desde la empatía, para el reconocimiento y adaptación a esta nueva etapa de vida, resaltando que toda experiencia que implique un cambio para la vida, puede generar estados de alteración para la salud mental, se orienta en activación de ruta, se resaltan sus derechos en salud mental sin embargo, prefiere contar con el acompañamiento de los servicios de psicología, ya que debe continuar su rol de figura materna, por lo cual, se solicita remisión.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Preocupación ante nueva etapa de vida (ser mamá). -Ser Juzgada por su familia. -Madre soltera.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPañANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
No aislarse socialmente, modificar pensamientos negativos, asistir a los servicios de salud e iniciar tratamiento por los servicios de psicología.					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas. N° Tarjeta Profesional: 201668.		
Cedula: _____			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:02	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Mariana Valencia Grajales			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Sory Julieth		APELLIDOS: Grajales Acosta		EDAD: 42	
TIPO ID:	N° ID	EAPB	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	
TELEFONO: 3117426772		DIRECCION: torre 2 aparto 601		BARRIO: torres de villa verde	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Guillermo león		APELLIDOS: Pérez Vásquez			
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB		
TELEFONO: 3137614702		DIRECCION:		BARRIO:	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
Se atiende llamada transferida por los operadores NUSE 123 .Otras causas: alteración cognitivo Prioritario - se contacta Guillermo León quien indica "necesito ayuda par a mi esposa Julieth, ella tiene 42 años, hace días la veo como perdida, desorientada, en el trabajo sale sola a almorzar, se ha alejado de todo el mundo, esta mañana hablamos del entierro del papa, le dije que rico estar en roma visitar la tumba, y me pregunto por qué ir a roma si eso es en Europa, le explico qué roma era de Europa y me dice que estoy perdido que no sé de qué estoy hablando y comenzó a decir incoherencias me tiene muy preocupado" se recomienda remisión de cita a psicología lo cual acepta					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
pérdida de memoria, dificultad para reconocer lugares, desorientación repentina, discurso incoherente, sufre de tiroides y fibromialgia					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se compromete a estar pendiente del celular para la asignación de citas y su asistencia					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: _		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: _____		
			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:04	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Mariana Valencia Grajales			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Jazmín			APELLIDOS: Gómez Espinosa		EDAD:33
TIPO ID:	N° ID 1088292170		EAPB	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3128476067		DIRECCION: MZ 37 CS 5			BARRIO: las margarita invasión 2
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): LUZ MARINA			APELLIDOS: ESPINOSA		
TIPO ID:	N° ID		EDAD:	EAPB	
TELEFONO: 3228646189		DIRECCION:			BARRIO:
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad))					
Se atiende llamada transferida por los operadores NUSE 123. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: violencia intrafamiliar y acoso Prioritario - se contacta la señora Jazmín quien indica "ya no aguanto más, necesito que me ayuden, el papa de mi hijo no me deja tranquila, el no acepta que necesita ayuda de un psiquiatra que lo mediquen, mi ex pareja no me deja tranquila me persigue, él quiere que este con él a las malas, tengo miedo por mi vida y la de mis hijos, quiero que nos deje en paz, yo lo eche de la casa hace 3 años en el 2022, y este año como 3 meses intente darle otra oportunidad y fue el peor error que pude cometer, vivo con miedo, vivo escondiéndome, fui a la fiscalía a denunciarlo y me iban a arrestar a mí, todos se colocan de parte de él" se recomienda remisión de cita a psicología lo cual acepta, se recomienda ir a la comisaria de familia más cercana, se brinda dirección e información de la comisaria nocturna, se le recomienda descargar la app mujer segura, se le explica su uso.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
violencia intrafamiliar, acoso, amenazas, red de apoyo débil, ansiedad, inseguridad					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se compromete a estar pendiente del celular para la asignación de citas y su asistencia					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: ____		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: _____		
			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:7	MES:5	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Díaz López			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Stefany			APELLIDOS: Gómez Ocampo		EDAD:27
TIPO ID:	N° ID 1088346882	EAPB	NUEVA EPS S.A		ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3332895818		DIRECCION: clle76 a #25a49		BARRIO: Uribe 2 cuba	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Graciela			APELLIDOS: Ocampo		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB		
TELEFONO: 3054431746		DIRECCION:		BARRIO:	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de 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" se recomienda iniciar nuevamente tratamiento con psiquiatría, y psicoterapia con el fin de estar adaptada al tratamiento y así evitar crisis lo cual acepta.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
DX Bipolaridad - DX Adaptación - DX Depresión post parto sin adherencia al medicamento - Ansiedad – débil red de apoyo					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se compromete a estar pendiente del celular para la asignación de citas y su asistencia					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: <u>Evelin Xiomara Díaz López</u>		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: _____		
			Firma: 		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 10	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM-SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA			PROFESIÓN:	PSICOLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Jhon Stiven			APELLIDOS: Carmona Henao		EDAD: 29
TIPO ID: CC	N° ID 1007224183	EAPB	SURA		ETNIA/POBLACIÓN: N/R
TELEFONO: 3226685546		DIRECCION: Mz 23 Cs 19		BARRIO: Samaria	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB	N/R	
TELEFONO: N/R		DIRECCION: N/R		BARRIO: N/R	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
SURA					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad))					
Cita urgente por psicología por sintomatología de depresión y frustración por problemas personales con ideación suicida.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
-Ideas suicidas -Insomnio -Sintomatología de depresión y frustración -Familia Disfuncional -Red de apoyo débil -Baja autoestima -Poca oferta laboral -Tiempo de ociosidad.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
El ciudadano se compromete a estar pendiente de la cita y asistir a la misma					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: 212397		
			Firma: KATERIN SANCHEZ M.		