

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 29	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS				PROFESIÓN: PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): ANA SOFIA			APELLIDOS: HOLGUIN		EDAD: 11
TIPO ID: TI	N° ID 1142520839	EAPB	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: 3160450638		DIRECCIÓN: MZ M CASA 22			BARRIO: TERRANOBA CUBA
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): JULIANA			APELLIDOS: ESCOBAR		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: 3160450638		DIRECCIÓN: MZ M CASA 22			BARRIO: TERRANOBA CUBA
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
SALUD TOTAL					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
Se realiza remisión prioritaria a psiquiatría. Menor remitida por la Institución Educativa Aquilino Bedoya debido a conducta de cutting por conflictos familiares, al momento de hacer seguimiento al caso la madre de la menor manifiesta que le ha sido imposible obtener cita con la especialidad.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran: -cutting en extremidades inferiores y superiores.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se compromete a realizar acompañamiento a su hija en citas que se brinden desde diversos especialistas.					
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: Andrés Felipe Giraldo N° Tarjeta Profesional: 128066		
Cedula: _____			Firma: Andrés Felipe Giraldo		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 14	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			PROFESIÓN:	PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): DARWIN ALEXIS			APELLIDOS: PARRA		EDAD: 13
TIPO ID: TI	N° ID 1090050590	EAPB	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: 3234299094		DIRECCIÓN: VEREDA EL GUAYABO		BARRIO: VEREDA EL GUAYABO	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): PAULA ANDREA			APELLIDOS: PARRA ESCOBAR		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: 3234299094		DIRECCIÓN: VEREDA EL GUAYABO		BARRIO: VEREDA EL GUAYABO	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
SALUD TOTAL					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
Se realiza remisión prioritaria a psicología. Menor remitida por la Institución Educativa José Antonio Galán debido a consumo de vaper, al momento de hacer seguimiento al caso la madre de la menor manifiesta que le ha sido imposible obtener cita con la especialidad.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran: -consumo de vaper					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se compromete a realizar acompañamiento a su hija en citas que se brinden desde diversos especialistas.					
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: Andrés Felipe Giraldo N° Tarjeta Profesional: 128066		
Cedula: _____			Firma: Andrés Felipe Giraldo		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 14	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			PROFESIÓN:	PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): DEIBY STEVEN			APELLIDOS: BOTERO ZABALA		EDAD: 16
TIPO ID: TI	N° ID 1033186644	EAPB	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: 3174119285		DIRECCIÓN: VEREDA CANTAMONOS		BARRIO: VEREDA CANTAMONOS	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): ERIKA			APELLIDOS: ZABALA ROMAN		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB:	N/R	
TELÉFONO: 3174119285		DIRECCIÓN: VEREDA CANTAMONOS		BARRIO: VEREDA CANTAMONOS	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
SALUD TOTAL					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
Se realiza remisión prioritaria a psicología. Menor remitida por la Institución Educativa José Antonio Galán debido a consumo de vaper, al momento de hacer seguimiento al caso la madre de la menor manifiesta que le ha sido imposible obtener cita con la especialidad.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran: -consumo de vaper					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se compromete a realizar acompañamiento a su hija en citas que se brinden desde diversos especialistas.					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada Cedula: _____			Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo N° Tarjeta Profesional: 128066 Firma: Andrés Felipe Giraldo		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:8	MES:5	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	Línea háblame
PROFESIONAL QUIEN REMITE	EVELIN XIOMARA DIAZ LOPEZ			PROFESIÓN:	PSICOLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): KEILA ALEJANDRA			APELLIDOS: MOSQUERA MACHADO		EDAD:13
TIPO ID:	N° ID 1089614441	EAPB	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3108593788		DIRECCION: TORRE B5 APTO 403		BARRIO: CIUDADELA SALAMANCA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): LEIDY JOHANA MACHADO			APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB		
TELEFONO: 3108593788		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 resolutividad)					
CUTTING E IDEACIÓN SUICIDA Se remite al servicio de urgencias de la EPS con la intención de que sea valorada por psiquiatría y psicología, la menor tiene antecedentes de cutting, pero el día de hoy le manifestó a su docente de aula que “no quería estar más acá”, haciendo referencia a la casa, al colegio, a todos sus contextos, cuando se atiende por orientación escolar, se evidencia que existen pensamientos suicidas y la menor manifiesta que le es difícil controlar lo que siente, manifiesta dolores corporales, dificultad para respirar, dolor de cabeza, se logra hacer contención emocional. contesta la madre de la menor quien indica que la niña va bien pero en el colegio le hicieron la remisión mal, la enviaron a otra eps, manifiesta no haberse vuelto a cortar, ese día tuvo una crisis de ansiedad yo la veo mejor pero si quiero que asista al psicólogo, se envía remisión					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Ideación suicida, cutting					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: _____		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: _____		
			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:2	MES:5	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Díaz López			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): LAURA SOFIA			APELLIDOS: GIRALDO GONZALEZ		EDAD:18
TIPO ID:	N° ID 1056123756	EAPB	sura		ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3137279320		DIRECCION:		BARRIO:	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S):			APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB		
TELEFONO:		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)					
La estudiante vive con la abuela y manifiesta dificultades familiares- Contesta la estudiante el 2 de mayo a las 3:24pm, quien indica “ ya en la casa ya todo está bien, pero de salud me encuentra mal o enferma, se me bajaron las plaquetas mi mama dice que no le dan citas tengo dolor de cabeza, mareaos, estoy pálida, empiezo a temblar como y muchas veces me dan nauseas, periodo normal planificación con pila” se recomienda iniciar proceso con psicología y medicina					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Nula red de apoyo, dolor de cabeza, mareaos, debilidad, nauseas- no ha vuelto a cortarse					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: _____		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: _____		
			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:	MES:	AÑO:	ENTIDAD QUE REMITE	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Díaz López			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Nidia Johana			APELLIDOS: Ardila fuentes		EDAD: 42
TIPO ID:	N° ID 37948443	EAPB	SURA		ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3165566178		DIRECCION: mz 10 cs 18		BARRIO: Jose Antonio galán	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Andrés			APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB		
TELEFONO: 3217793006		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 resolutividad))					
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 él 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"					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
no tengo red de apoyo					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: ____ Evelin Xiomara Díaz López		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: _____		
			Firma:  _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:21	MES:5	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Díaz López			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): John Sneider			APELLIDOS: Aguirre Alvarado		EDAD:20
TIPO ID:	N° ID 1022927401	EAPB	Asmet salud	ETNIA/POBLACIÓN:	
TELEFONO: 3136106487		DIRECCION: : calle 5 #9-25		BARRIO: trinidad COMUNA ORIENTE	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S):			APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID		EDAD:	EAPB	
TELEFONO:		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 resolutividad)					
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) "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"					
5.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					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se comprometo 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 Cedula: _____			Nombre del profesional: _ Evelin Xiomara Díaz López N° Tarjeta Profesional: _____ Firma: 		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:21	MES:5	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Díaz López			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Ana María			APELLIDOS: Preciado Cardona		EDAD:31
TIPO ID:	N° ID1088316714	EAPB	ETNIA/POBLACIÓN:		
TELEFONO: 3206758701		DIRECCION: 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		
TELEFONO: 6063356238		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 casusas: comunicación asertiva y orientación de pareja y dx depresión y ansiedad sin adherencia al medicamento: "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" Se recomienda activar ruta en salud mental, remisión a psiquiatría y a psicología a ambos lo cual aceptan.					
5.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					
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: ____ Evelin Xiomara Díaz López		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: _____		
			Firma:  _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 8	MES:5	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	Línea hálame
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Díaz López			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Andreys Alexander			APELLIDOS: Piñango Medina		EDAD:16
TIPO ID:	N° ID PTT 6708974	EAPB	ETNIA/POBLACIÓN:		
TELEFONO: 3205450352		DIRECCION: 4 mz 6 casa 12 piso 2		BARRIO: Barrio codelmar	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Katherine Medina			APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB		
TELEFONO: 3205450352		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)					
<p>Inicio de consumo – exploratorio: Madre se acerca a orientación para realizar consulta de proceso a seguir por inicio de consumo exploratorio del estudiante, presenta dificultades a nivel de comunicación en casa, expresa la acudiente que es un joven que no es fácil comunicarse con él, se ha hecho orientación, inició proceso de jornadas extra para desarrollo de habilidades para la vida por dificultades con compañeros—</p> <p>Se contacta a la madre del menor quien manifiesta que desde el mes pasado (abril) a tratado de pedir las citas y no ha sido posible, hace dos sábados, estaba raro, yo lo deje salir con los amigos y cuando llego se encerró en el cuarto no me dio la cara, cuando logre que me abriera estaba bañado en sudor, con los ojos rojos, sigue muy rebelde ...por este motivo se envía remisión por psicología</p>					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Consumo exploratorio de spa- rebeldía- actitud desafiante					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
<p align="center">El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.</p>					
<p>Nombre y Firma de la Persona entrevistada</p> <p>Cedula: _____</p>			<p>Nombre del profesional: _____</p> <p>N° Tarjeta Profesional: _____</p> <p>Firma: _____</p>		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:15	MES:5	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	Línea hálame
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Díaz López			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S):Danna Isabella			APELLIDOS: cañas Arango		EDAD: 13
TIPO ID:	N° ID 1054480950	EAPB	Nueva eps		ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3128811276		DIRECCION: IND CR 27 C 75A52 PI 2		BARRIO: laureles 1	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Paula Andrea Arango			APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB		
TELEFONO:		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)					
Consumo de SPA - contesta la madre Paula quien indica que el día lunes tenían cita virtual por psicología pero no se pudo establecer la comunicación, solicite otra cita y me la dieron el 12 de mayo con psicología - se realiza llamada el día 15 de mayo a las 8:52am quien indica que no ha podido asistir a la cita por psicología ya que las citas se las dan virtuales y nadie se conecta, se envía remisión					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Consumo de spa-					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada Cedula: _____			Nombre del profesional: _____ N° Tarjeta Profesional: _____ Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:15	MES:5	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	Línea hálame
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Evelin Xiomara Díaz López			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Jeico Alejandro			APELLIDOS: castañeda		EDAD:13
TIPO ID:	N° ID 1085721286	EAPB	Asmet salud		ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3218845726		DIRECCION: Calle 20 No. 1-38 piso 2			BARRIO:
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Lina Lorena Castañeda			APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	EAPB		
TELEFONO: 3218845726		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)					
Consumo de Vaper y sospecha de otras sustancias Marihuana y Tusi según reporta la mamá- así mismo se contacta el día 15 de mayo eh indica que "el esta con el vaper, me dijo que había probado marihuana y tasi, pero que no le había gustado" se le indica la necesidad de gestionar cita por psicología lo cual acepta. Se envía remisión					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Vulneración de derechos 3 veces reportad a ICBF- consumo de vaper- marihuna y tusi					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada			Nombre del profesional: _____		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: _____		
			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 06	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO				PROFESIÓN: PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): MAICOL STEVEN			APELLIDOS: QUINTANA BARON		EDAD: 15
TIPO ID: TI	N° ID 1116252473	EAPB	NUEVA EPS		ETNIA/POBLACIÓN: NR
TELEFONO: 3147571385		DIRECCION: SECTOR LA UNA			BARRIO: ALTAGRACIA
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): FRANCY LORENA			APELLIDOS: BARON		
TIPO ID: CC	N° ID 1088287424	EDAD: NR	EAPB	NUEVA EPS	
TELEFONO: 3113580148		DIRECCION: SECTOR E			BARRIO: PARQUE INDUSTRIAL
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
Nueva eps.					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
Remisión prioritaria a psicología. Menor referido por la Institución Educativa Gonzalo Mejía Echeverry ante consumo de spa, al hacer seguimiento al caso la madre del menor refiere que ha sido imposible obtener cita, el consumo persiste y adicional en los últimos días se ha mostrado “decaído”, por lo cual se realiza remisión.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Consumo de spa, alteración en el estado de ánimo.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
La madre se muestra interesada en que el menor inicie proceso.					
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: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290		
Cedula: _____			Firma: __Valentina Largo__		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 06	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO				PROFESIÓN: PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): MAIRA VALERIA			APELLIDOS: GÓMEZ YATE		EDAD: 13
TIPO ID: TI	N° ID 1089101660	EAPB	SOS	ETNIA/POBLACIÓN: NR	
TELEFONO: 3133359276		DIRECCION: CII 34 N° 15 - 45		BARRIO: San Nicolás	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): MARIA ALEJANDRA			APELLIDOS: YATE		
TIPO ID: CC	N° ID NR	EDAD: NR	EAPB	NR	
TELEFONO: 3133359276		DIRECCION: CII 34 N° 15 - 45		BARRIO: San Nicolás	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
SOS		E.S.E SALUD PEREIRA			
Observaciones: usuaria cuenta con autorización a psiquiatría #890385 y psicoterapia #943102					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
Remisión prioritaria a psicología y psiquiatría Menor referido por la Institución Educativa San Nicolás ante gesto suicida, al hacer seguimiento la madre de la menor refiere tener autorización para psiquiatría #890385 y psicoterapia #943102, sin embargo, no ha sido posible obtener la cita. Adicional relata que la menor la semana pasada realizo cutting por lo cual tuvieron que acudir al servicio de urgencias.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Gesto suicida, cutting					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
La madre de la menor se muestra comprometida e interesada en que su hija inicie proceso.					
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.					
Nombre y Firma de la Persona entrevistada Cedula: _____			Nombre del profesional: __Valentina Largo__ N° Tarjeta Profesional: __273290__ Firma: __Valentina Largo__		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 06	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			PROFESIÓN:	PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): VICTOR MANUEL			APELLIDOS: GONZALES GALVIS		EDAD: 16
TIPO ID: TI	N° ID 1055756753	EAPB	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN: NR
TELEFONO: 3105389576		DIRECCION: manzana 1 casa 86		BARRIO: vía las mercedes	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): BLANCA			APELLIDOS: GALVIS		
TIPO ID: CC	N° ID 1058817671	EDAD: NR	EAPB	SANITAS	
TELEFONO: 3105389576		DIRECCION: manzana 1 casa 86		BARRIO: vía las mercedes	
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 resolutividad)					
Remisión prioritaria a psicología. Menor referido por la Institución Educativa Gonzalo Mejía Echeverry ante consumo de spa, al hacer seguimiento al caso la madre del menor refiere que le ha sido imposible obtener cita con psicología, por lo cual se hace remisión.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Consumo de spa.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
La madre del menor se muestra comprometida e interesada en iniciar el proceso.					
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: Valentina Largo		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: 273290		
			Firma: Valentina Largo		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 09	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO				PROFESIÓN: PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): ANGEL ENOC			APELLIDOS: RAMOS		EDAD: 78
TIPO ID: CC	N° 108841239	EAPB:	SOS	ETNIA/POBLACIÓN:	
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. 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 resolutividad)					
Remisión prioritaria a psiquiatría Usuario presenta alucinaciones y delirios de persecución sin valoración por proceso de traslado de eps "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".					
5.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.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Familia se muestra comprometida e interesada en iniciar proceso					
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: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290		
Cedula: _____			Firma: Valentina Largo		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 18	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO				PROFESIÓN: PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): CAMILA			APELLIDOS: MONTOYA GRAJALES		EDAD: 28
TIPO ID: CC	N° 1040753630	EAPB:	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3208698341		DIRECCIÓN: cra 29 18-136			BARRIO: Tulcán 1
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): NR			APELLIDOS: NR		
TIPO ID: CC	N° ID NR	EDAD: NR	EAPB	NR	
TELEFONO: NR		DIRECCION: NR			BARRIO: NR
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
SALUD TOTAL					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
Remisión prioritaria a Psiquiatría Usuaría en episodio depresivo y ansioso, con ideación suicida ante pérdida de motivación “me propuse a tener mi carro, mi casa y ya lo tengo, no se tengo ningún sueño que me motive”, adicional duelo sin gestionar por pérdida de hermano hace aproximadamente 9 años, conflictos en relación padre e hija ante pasado de consumidor. Adicional hiporexia e insomnio.					
5.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, pérdida de motivación, ideación suicida.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Usuaría se compromete a estar pendiente del celular para asignación de cita					
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: Valentina Largo		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: 273290		
			Firma: Valentina Largo		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 22	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			PROFESIÓN:	PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): JESKA			APELLIDOS: BUSTAMANTE HERRERA		EDAD: 12
TIPO ID: TI	N° 1046714254	EAPB:	SURA		ETNIA/POBLACIÓN:
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. 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)					
Remisión prioritaria a psicología y trabajo social se comunica Catalina, madre de la menor Jeska quien refiere " 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.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
trastorno de conducta, disfunción familiar, violencia verbal					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
usuaria se compromete a estar pendiente del celular para asignación de cita					
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: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290		
Cedula: _____			Firma: Valentina Largo		



FECHA DE REMISIÓN	DIA: 21	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Valentina Largo			PROFESIÓN:	Psicóloga
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): JHOAN ANDRES			APELLIDOS: MORALES LOAIZA		EDAD: 12
TIPO ID: TI	N° ID 1142519799	EAPB	Nueva eps		ETNIA/POBLACIÓN: NO APLICA
TELÉFONO: 3215421076		DIRECCIÓN: Vereda el congolo		BARRIO: Vereda el congolo	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Luisa			APELLIDOS: Morales		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	EAPB	N/R	
TELÉFONO: 3215421076		Dirección: Vereda el congolo		BARRIO: Vereda el congolo	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISIÓN					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
Nueva eps					
Observaciones: consulta prioritaria por psicología y psiquiatría					
4.MOTIVO DE REMISIÓN: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
Remisión prioritaria a psiquiatría Usuario remitido por la Institución Educativa San Joaquin por ideación suicida, al contactar a la madre para hacer seguimiento al caso refiere que el menor expresa ideas de muerte constantemente, adicional refiere antecedentes de bullying. Ha estado en control por psicólogo pero le ha sido imposible obtener cita con psiquiatría.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
<ul style="list-style-type: none">- Ideación suicida- Antecedentes de bullying					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
La madre se muestra comprometida e interesada en que el menor sea visto por psiquiatría reconociendo la importancia de dicha valoración.					
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: Valentina Largo		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: 273290		
			Firma: <u>Valentina Largo</u>		



FECHA DE REMISIÓN	DIA: 09	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO				PROFESIÓN: PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): JUAN ESTEBAN			APELLIDOS: GIRALDO LOAIZA		EDAD: 12
TIPO ID: TI	N° ID 1087557483	EAPB	NUEVA EPS		ETNIA/POBLACIÓN: NR
TELEFONO: 3136133023		DIRECCION: CALLE 84B #34A-19			BARRIO: GUAYACANES
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): ERIKA			APELLIDOS: LOAIZA		
TIPO ID: CC	N° ID NR	EDAD: NR	EAPB	NR	
TELEFONO: 3136458616		DIRECCION: CALLE 84B #34A-19			BARRIO: GUAYACANES
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)					
Remisión prioritaria a psicología. Menor referido por la Institución Educativa ciudad San Joaquín ante posible consumo de vaper, al hacer seguimiento al caso la madre del menor refiere que le ha sido imposible obtener cita, adicional relata bajo rendimiento académico, asociado a dificultades académicas					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Consumo de spa, dificultades académicas sin especificar.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
La madre del menor se muestra comprometida e interesada en que su hijo inicie proceso.					
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: Valentina Largo N° Tarjeta Profesional: 273290		
Cedula: _____			Firma: Valentina Largo		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 06	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO				PROFESIÓN: PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): LUCIANA			APELLIDOS: CELIS ZULETA		EDAD: 12
TIPO ID: TI	N° ID 1089604423		EAPB	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: NR
TELEFONO: 3234755205		DIRECCION: CASA 8			BARRIO: GUADUALITO
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): ELIANA			APELLIDOS: ZULETA ROJAS		
TIPO ID: CC	N° ID 1088307711		EDAD: NR	EAPB	ASMET SALUD
TELEFONO: 3233911545		DIRECCION: CASA 8			BARRIO: GUADUALITO
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
Asmet Salud					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
Remisión prioritaria a psiquiatría. Menor referido por la Institución Educativa El Pital ante conducta suicida, al hacer seguimiento al caso los padres de la menor refieren que está en proceso con psicología, pero les ha sido imposible obtener cita con psiquiatría, lo cual es crucial en el proceso que están llevando.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Conducta suicida.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Los padres de la menor se muestran comprometidos con el proceso.					
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: Valentina Largo		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: 273290		
			Firma: _Valentina Largo_		

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 14	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			PROFESIÓN:	PSICÓLOGA
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): LUZ MARINA			APELLIDOS: LOPEZ PÉREZ		EDAD: 71
TIPO ID: CC	N° 25154248	EAPB:	NUEVA EPS		ETNIA/POBLACIÓN:
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. 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)					
Remisión prioritaria a psiquiatría Usuaría con dx de Alzheimer sin medicamentos por dificultad en la obtención de cita.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
dx Alzheimer sin medicamentos					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Usuaría se compromete a estar pendiente del celular para asignación de cita					
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: Valentina Largo		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: 273290		
			Firma: Valentina Largo		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:09	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			PROFESIÓN:	PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): JENIFER			APELLIDOS: GALVIS GALLEGO		EDAD: 28
TIPO ID: CC	N° ID : 1087493106		EAPB	SOS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3188763181		DIRECCIÓN: DECIDE NO BRINDARLOS		BARRIO: DECIDE NO BRINDARLOS	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): JAIME			APELLIDOS: RESTREPO		
TIPO ID: N/A	N° ID N/A		EDAD: N/A	EAPB	N/A N/A
TELEFONO: 3148055625		DIRECCION: N/A		BARRIO: N/A	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
X					
Observaciones: Se realiza solicitud para cita psicología					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
[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					
5.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					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se realiza remisión a psicología [URGENTE]					
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 JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 DIRECCIÓN TERRITORIAL SALUD DEL CALDAS (DTSC)		
Cedula: _____			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:11	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ				PROFESIÓN: PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): SEBASTIAN			APELLIDOS: SALAZAR CASTAÑEDA		EDAD: 14
TIPO ID: T.I	N° ID : 1085720474	EAPB	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO:3214108294		DIRECCIÓN: VEREDA MONTELARGO			BARRIO:
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): LAURA			APELLIDOS: SALAZAR CASTAÑEDA		
TIPO ID: CC	N° ID 1088298338	EDAD:	EAPB	N/A	
TELEFONO: 3214108294		DIRECCION: VEREDA MONTELARGO			BARRIO: Las Brisas
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
X					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
[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					
5.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.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Progenitora se compromete de estar al tanto de líneas telefónicas para asignación de cita					
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 JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 DIRECCIÓN TERRITORIAL SALUD DEL CALDAS (DTSC)		
Cedula: _____			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:19	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ				PROFESIÓN: PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): KAREN JAZMIN			APELLIDOS: AGUDELO GUEVARA		EDAD: 16
TIPO ID: TI	N° 1023384240		EAPB	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 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. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
X					
Observaciones: Se solicita remisión a psiquiatría infantil de carácter urgente					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
[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.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Síntomas sugestivo de agorafobia lo que afecta el desarrollo de sus actividades académicas y su cotidianidad					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Usuaría e Institución Educativa se comprometen de estar al tanto de líneas telefónicas para asignación de cita					
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 JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: 271774 DIRECCIÓN TERRITORIAL SALUD DEL CALDAS (DTSC)		
			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:11	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ				PROFESIÓN: PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): LUISA FERNANDA			APELLIDOS: BLANDÓN ARÍAS		EDAD: 36
TIPO ID: CC	N° 1088263643	EAPB:	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN:
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): GILMA			APELLIDOS:		
TIPO ID: N/A	N° ID N/A	EDAD:	EAPB	N/A	
TELEFONO: 3127101091		DIRECCION: Pereira			BARRIO: Pereira
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
X					
Observaciones: Se realiza remisión a psicología y psiquiatría [URGENTE]					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
[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.					
5.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					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y 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					
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 JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 DIRECCIÓN TERRITORIAL SALUD DEL CALDAS (DTSC)		
Cedula: _____			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:22	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ				PROFESIÓN: PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): MARIA ROCIO			APELLIDOS: GOMEZ TREJOS		EDAD: 46
TIPO ID: CC	N° 24396539	EAPB:	SURA		ETNIA/POBLACIÓN:
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/AT			APELLIDOS:		
TIPO ID: N/A	N° ID N/A	EDAD:	EAPB	N/A	
TELEFONO: 3127101091		DIRECCION: N/A			BARRIO: N/A
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
X					
Observaciones: Se realiza remisión a psicología [PRIORITARIO]					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
[PRIORITARIO] Usuaría se comunica solicitando escucha psicológica debido a duelo patológico					
5.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.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se recalca la importancia de iniciar proceso psicoterapéutico, realizar diario emocional, fortalecer sus redes de apoyo. Adicional, se compromete de estar al tanto de líneas telefónicas para asignación de cita, seguir recomendaciones brindadas durante llamada y asistir cumplidamente a psicoterapia					
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 JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 DIRECCIÓN TERRITORIAL SALUD DEL CALDAS (DTSC)		
Cedula: _____			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:27	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			PROFESIÓN:	PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
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	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S):			APELLIDOS:		
TIPO ID: CC	N°:	EDAD:		EAPB	
TELEFONO:		DIRECCION:		BARRIO:	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
X					
Observaciones: Se solicita valoración por psicología y psiquiatría para continuar proceso de rehabilitación [URGENTE]					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
[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					
5.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					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Usuario se compromete en asistir a servicio de urgencias y estar al tanto de líneas telefónicas al momento de brindarle respuesta					
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 JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ		
Cedula: _____			N° Tarjeta Profesional: 271774		
			Firma: _____		

FECHA DE REMISIÓN	DIA:29	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			PROFESIÓN:	PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
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. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
Observaciones: Se realiza remisión a psicología [prioritario]					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
[PRIORITARIA] Se comunica madre de usuaría 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 usuaría hablar con profesional pero se niega rotundamente					
5.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					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Madre se compromete a seguir recomendaciones por parte de profesional.					
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 JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma: _____		
Cedula: _____					

FECHA DE REMISIÓN	DIA:30	MES:05	AÑO:2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			PROFESIÓN:	PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): ELMER			APELLIDOS: CARDONA SANCHEZ		EDAD: 65
TIPO ID: CC	N° 10098872	EAPB:	TIPO ID: CC	N° 10098872	
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°:	EDAD: 35	EAPB		
TELÉFONO: 3022846531		DIRECCIÓN: COORDINADOR COLEGIO CARLOTA SANCHEZ Cl. 20 #3-23		BARRIO: CENTRO	
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
Observaciones: Se realiza remisión a psicología [prioritario]					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
[PRIORITARIA] Coordinador de institución educativa solicita orientación psicológica para estudiante. Se entabla conversación con usuario quien indica que presenta estrés detonado por estudio					
5.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					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Usuario se compromete a iniciar proceso psicoterapéutico, por otra parte, coordinador se compromete a incluir a estudiante a programa de educación inclusiva					
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 JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ N° Tarjeta Profesional: 271774 Firma: _____		
Cedula: _____					

FECHA DE REMISIÓN	DIA: 28	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			PROFESIÓN:	PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): SALOME			APELLIDOS: RAMIREZ COY		EDAD: 15
TIPO ID: TI	N° ID	EAPB	ASMET SALUD		ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELEFONO: 3207658077		DIRECCION: TORRES DE SANTA CLARA. TORRE 12 MZ. 5 APTO. 202.			BARRIO: CUBA
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): DIANA MARIA			APELLIDOS: COY TORO		
TIPO ID: SD	N° ID SIN DATOS		EDAD: SD	EAPB	SIN DATOS
TELEFONO: SIN DATOS		DIRECCION: SIN DATOS			BARRIO: SIN DATOS
3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
ASMET SALUD					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
URGENTE Se realiza remisión a medicina general teniendo en cuenta conductas suicida de manera repetitiva, se presentan barreras para la asignación de cita de manera telefónica.					
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)					
Conductas suicidas					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
La red familiar se compromete en hacer acompañamiento en las diversas citas que correspondan					
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: 18	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM PEREIRA
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			PROFESIÓN:	PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): LAURA MARCELA			APELLIDOS: QUINTERO BOTERO		EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° 1088344672	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA	
TELÉFONO: 3182364176		DIRECCIÓN: MZ 13, CASA 1		BARRIO: SAMARIA (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. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA		OTRA(S)	
SALUD TOTAL					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)					
NIVEL DE URGENCIAS: PRIORITARIO					
Usuaría que presenta síntomas asociados a situación de duelo por pérdida de referente significativa, en donde se evidencia ideación suicida, somatización a nivel corporal como dolor en sus extremidades al momento de presentar movilizaciones de tipo emocional.					
5.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)					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se compromete a poner en práctica lo interiorizado durante la llamada con el profesional y asistir a especialistas que se requieran					
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: 29	MES: 05	AÑO: 2025	ENTIDAD QUE REMITE	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			PROFESIÓN:	PSICOLOGO
1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): MARIANA			APELLIDOS: CASTRO		EDAD: 15
TIPO ID: TI	N° ID 1089936661	EAPB	SALUD TOTAL		ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
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. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION					
EAPB		E.S.E SALUD PEREIRA			OTRA(S)
SALUD TOTAL					
Observaciones:					
4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutiveidad)					
Se realiza remisión a consulta por primera vez por psicología, teniendo en cuenta afectaciones de tipo emocional como resultados de situaciones adversas en su historia de vida, por otra parte es importante fortalecer por medio de trabajo preventivo frente a los diversos tipos de violencia y sus resultados.					
5.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.					
6.COMPROMISO DEL USUARIO ATENDIDO/FAMILIAR/ACOMPAÑANTE: (Expresión del usuario dada su necesidad y riesgo)					
Se comprometo a realizar acompañamiento a su hermana en citas que se brinden desde diversos especialistas.					
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: _____		