Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 28**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): REYCHELL NICOL		APELLIDOS: ORTIZ ALZATE		EDAD: 14
TIPO ID: TI	N° 1088833341	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3215161359	DIRECCIÓN: MZNA E CASA 3			BARRIO: LA ESNEDA

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): JHOANA		APELLIDOS: ALZATE		
TIPO ID: CC	N° ID 42149138	EDAD: 43	**EAPB**	SALUD TOTAL
TELÉFONO: 3215161359	DIRECCIÓN: MZNA E CASA 3			BARRIO: LA ESNEDA

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 psicología.

Menor referida por la Institución Educativa Escuela de la palabra ante posible consumo de vaper, al hacer seguimiento al caso, la madre de la menor refiere que le ha sido imposible obtener cita con psicología.

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

Posible consumo de vaper

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

El usuario se compromete a estar pendiente de la 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** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 17**	**MES: 7**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	**línea háblame**
PROFESIONAL QUIEN REMITE	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Ana Sofía			APELLIDOS: Holguín	EDAD:11
TIPO ID:	N° ID 1142520839	**EAPB**	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3160450638	DIRECCION: Manzana M Casa 22			BARRIO: Terranova Cuba

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Juliana			APELLIDOS: Escobar	
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO: 3160450638	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)

Presenta Cutting en extremidades inferiores y superiores por conflictos familiares.
se realiza llamada el día 23 de julio a las 12:09 contesta la señora Juliana quien indica "nos asignaron la cita por psiquiatría infantil en el sistema nervioso de cerritos, pero perdimos la cita ya que no encontrábamos el lugar y llegamos tarde, solicitamos la asignación de una nueva cita, pero no ha sido posible.
sin embargo la niña no se ha vuelto a cortar, tratamos de estar muy pendientes de ella, del dialogo, también notamos que es influenciable, tiene días bien, días mal, depresiva que no quiere nada y todo le afecta

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

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:** **Evelin Xiomara Díaz López**
Cedula: _____	**N° Tarjeta Profesional:** _____
	Firma: _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 17**	**MES: 7**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	**línea háblame**
PROFESIONAL QUIEN REMITE	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Helen Sofía			APELLIDOS:	EDAD:
TIPO ID:	N° ID 1142519201	**EAPB**	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3226199214	DIRECCION: TR 2 BL 5 AP 408			BARRIO: TORRES DEL CAMPO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Luz Adriana Fernández			APELLIDOS: Gómez	
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO: 3226199214	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)

Estudiante involucrada en varias situaciones de convivencia debido a su carácter, se evidencian dificultades para el manejo de emociones. Es repitente de grado sexto. Según versión externa fue vista en su lugar de residencia en situación de presunto consumo de vaper y en dialogo con la estudiante niega consumo, sin embargo, se evidencia que está expuesta a factores de riesgo. Se habla con acudiente (abuela), se realizan compromisos y se activa ruta en salud. seguimiento el día 17 de julio a las 6:02 contesta la señora Luz Adriana quien indica que asistieron a cita con psiquiatría el 20 de 05-2025 en la cual enviaron varios exámenes, tiene las autorizaciones, pero no ha podido conseguir las citas 940100 prueba de inteligencia cualquier tipo - 990384 prueba neuro psicología cualquier tipo - 943102 psicopediatría x 12 consultas y aún no ha asistido a ninguna ha llamado en cuatro ocasiones y la dejan en lista de espera. por tal motivo se envía remisión a Eps

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

Consumo de vaper- vulneración de derechos

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: **Evelin Xiomara Díaz López**

N° Tarjeta Profesional: _____

Firma: _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:06**	**MES:07**	**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): DIANA MARÍA		APELLIDOS: ECHEVERRI FRANCO		EDAD:44
TIPO ID: CC	N°: 42019243	**EAPB**:	NUEVA EPS	N°: 42019243
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:
TELÉFONO: 3117454223	DIRECCIÓN: MZ1 CS38		BARRIO: CORREGIMIENTO ALTAGRACIA	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N°:	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION		
EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
x		

Observaciones: Se realiza remisión prioritario a psicología

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

[**PRIORITARIO**] Se comunica usuaria cursando episodio de conmoción emocional detonado por ruptura amorosa.

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

Síntomas sugestivos de trastorno mixto de ansiedad y depresión, acoso a la mujer.

Conmoción emocional debido a ruptura amorosa, alto riesgo de depresión debido a antecedentes en condición de salud mental, circunstancias personales que detonan afectación emocional significativa.

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

Usuaria se compromete a realizar ejercicios y mecanismos psicológicos al momento en que los requiere. Además, 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** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:23**	**MES:07**	**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): RAQUEL MARIANA		APELLIDOS: ARISTIZABAL		EDAD:31
TIPO ID: CC	N°: 1036224103	**EAPB**:	SALUD TOTAL	N°:
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E: RAQUEL ARISTIZABAL			OCUPACIÓN:
TELÉFONO: 3136699740	DIRECCIÓN: Calle 75 #45-26 Torre20 Apto404		BARRIO: Bosques de cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N°:	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION		
EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
x		

Observaciones: Se solicita remisión para valoración por psicología

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

[**PRIORITARIO**] Se solicita remisión para valoración por psicología, usuaria quien presenta dependencia emocional recurrente con afectación grave a su cotidianidad

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

Síntomas sugestivos de trastorno mixto de ansiedad y depresión, acoso a la mujer.

Dependencia emocional, fluctuaciones en su estado de ánimo, comportamientos de hipersexualización que afectan su cotidianidad

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

Usuaria se compromete a emplear técnicas, mecanismos y ejercicios planteados, además, se compromete a asistir a psicoterapia y estar al tanto de líneas telefónicas

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: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 18**	**MES: 7**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	**línea háblame**
PROFESIONAL QUIEN REMITE	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Rodolfo Samuel		APELLIDOS: Dávila Tapasco		EDAD:17
TIPO ID:	N° ID 1089384592	**EAPB**	Nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3118464683	DIRECCION: Morelia			BARRIO: DORADO 2

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Ana Omaira		APELLIDOS: Tapasco		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO: 3207791936	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: Baja autoestima sentimiento de minusvalía prioritario: se contacta Samuel en aparente crisis emocional llanto "estoy mal, mi pareja me dice que yo no tengo amor propio entonces como puedo amarlo a él, yo no sé cómo amarme, nada de lo que hago sale bien" se brinda escucha activa y empática, se realza técnica de respiración con el fin de regular sus emociones, episodio de llanto, se brindan técnicas de auto cuidado, importancia de buena higiene mental, técnica de auto conocimiento, la técnica del espejo se recomienda iniciar proceso psicológico lo cual acepta

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

baja autoestima, auto concepto y auto imagen alterados, falta de límites en sus relaciones interpersonales, sobre piensa las cosas

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:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional:** _____ **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 17**	**MES: 7**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	**línea háblame**
PROFESIONAL QUIEN REMITE	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Gimena		APELLIDOS: Palomeque Pinilla		EDAD:
TIPO ID:	N° ID 1078178621	**EAPB**	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3116285088	DIRECCION: Mz 2 cs 21			BARRIO: DORADO 2

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): RUBIELA		APELLIDOS:	PELOMEQUE	
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO: 3103630132	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: orientación de pareja prioritario se contacta Rubiela palomeque quien indica "mi hija está en problemas con su pareja ayer tuvieron una discusión y se sacaron cuchillo esto para mí no es normal quisiera que ella fuera al psicólogo presencial" se brinda escucha activa y empática, se explica proceso a seguir Se recomienda Iniciar proceso por psicología lo cual aceptan

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

agresión física- problemas de pareja

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: **Evelin Xiomara Díaz López**

N° Tarjeta Profesional: _____

Firma: _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 15**	**MES: 7**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	**línea háblame**
PROFESIONAL QUIEN REMITE	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Juan Sebastián			APELLIDOS: Ramírez	EDAD:22
TIPO ID:	N° ID 1004679709	**EAPB**	coosalud	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3171351261	DIRECCION:			BARRIO: cuba

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Angie Ramírez parra			APELLIDOS:	
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO: 3246623678	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 Crisis de depresión y bipolaridad urgente se comunica Angie quien indica "mi hermano fue diagnosticado con Bipolaridad, pero él no se quería tomar los medicamentos porque dice que no los necesita, mi mama le daba la respiradona en la bebida, pero como se dio cuenta ya no quiere recibir ni agua, lleva 2 días llorando dice que no quiere vivir más, mi mama y yo estamos preocupadas me da miedo que haga algo" se brinda escucha activa y empática, se psico orienta en salud mental la importancia de continuar proceso con psicología y psiquiatría, así mismo lo indispensable que es el medicamento, ya que el medicamento suple las necesidades que el cerebro por sí solo no está generando, se indica que si su condición empeora o lo ven muy descompensado es de vital importancia trasladarlo a urgencias Se recomienda trasladarlo a urgencias e iniciar proceso por psicología y psiquiatría lo cual aceptan

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

descompensación por medicamento, llanto frecuente, no recibe bebida o comida ideaciones de muerte

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:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional:** _____ **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 10**	**MES: 07**	**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): MARGORY		APELLIDOS: CADAVID		EDAD: 60
TIPO ID: CC	N° 32287926	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: 3234847065	DIRECCIÓN: MZ 22, CASA 21		BARRIO: MONSERRATE (VILLASANTANA)	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): RUTH NATALY		APELLIDOS: BARBOSA		
TIPO ID: CC	N° ID	EDAD: 26	**EAPB**:	SALUD TOTAL
TELÉFONO: 3146332957	DIRECCIÓN: MZ 22, CASA 21		BARRIO: MONSERRATE (VILLASANTANA)	

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
ASMET SALUD		

Observaciones:

Ciudadana víctima de desplazamiento forzado por grupos al margen de la ley

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Ciudadana que por situaciones adversas en su historia de vida presenta síntomas depresivos, se evidencia dinámica familiar que conllevan a presentar crisis 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 percibe, dificultad en la dinámica familiar específicamente con sus nietos, ya que presentan conductas desafiantes y dificultad para el cumplimiento de la norma. Es importante mencionar que la ciudadana fue víctima de desplazamiento forzado por grupos al margen de la ley y dicha situación ha generado modificación de conductas y síntomas depresivos.

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

La usuaria se compromete a priorizar proceso psicoterapéutico dando cumplimiento a citas y espacios con profesional a cargo.

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:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 08**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	TELEORIENTACION
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): MIKJAHIL ALBERTO			APELLIDOS: OSPINA RINCON	EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° 1088356321	**EAPB**: SURAMERICANA	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZO	
TELÉFONO: 3197348959	DIRECCIÓN: MZ 8, CASA 9		BARRIO: PARQUE INDUSTRIAL (CIUDAD BOQUIA)	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ANGELICA MARIA		APELLIDOS: OSPINA		
TIPO ID: CC	N° ID 41918569	EDAD: 56	**EAPB**:	SURA
TELÉFONO: 3132165375	DIRECCIÓN: MZ 8, CASA 9	BARRIO: PARQUE INDUSTRIAL (CIUDAD BOQUIA)		

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	E.S.E SALUD PEREIRA	OTRA(S)
SURAMERICANA		

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

(PRIORITARIO)
Ciudadano que presenta sintomatología asociada a cuadro depresivo por relación disfuncional con su actual pareja.

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentra poca motivación por realizar algunas actividades dentro de sus rutinas, sentimiento de desesperanza, síntomas asociados a cuadro depresivo.

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

La red familiar de apoyo se compromete en hacer acompañamiento asistiendo a espacios por profesionales y especialistas pertinentes, por otra parte, realiza compromisos frente al consumo adecuado de terapia medicamentosa.

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:** _____

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 07**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	LINEA HABLAME
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	**PSICOLOGO**

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): CAROLINA		APELLIDOS: GUTIERREZ BEDOYA		EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° 1088316895	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZO
TELÉFONO: 3184072055	DIRECCIÓN: MZ 9, CASA 23			BARRIO: LA MACARENA, DOSQUEBRADAS

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Nivel de Urgencia: URGENTE

Ciudadana que presenta rasgos de la personalidad de tipo patológicos, anteriormente ya había iniciado proceso por psiquiatría de manera particular en donde le asignan medicamento de tipo antidepresivo sin embargo la ciudadana suspende el consumo de medicamento y la asistencia a los espacios con especialista por psiquiatría, en la actualidad presenta en constantes ocasiones ideaciones suicidas al momento de presentar crisis 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, agresión tanto física como psicológica por parte de su pareja actual.

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

La usuaria se compromete en asistir a espacios por profesionales y especialistas pertinentes, por otra parte, realiza compromisos frente al consumo adecuado de terapia medicamentosa.

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:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 16**	**MES: 07**	**AÑO:**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): JUAN DAVID		APELLIDOS: TORO VALENCIA		EDAD: 45
TIPO ID: CC	N° 1088357454	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: 3226786108		DIRECCIÓN: VEREDA LA ESTRELLA		BARRIO: SECTOR RURAL

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
ASMET SALUD		

Observaciones:

NO APLICA

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

NIVEL DE REQUERIMIENTO: URGENTE

Ciudadano que presenta posible cuadro mixto de ansiedad y depresión, presenta situaciones adversas en su historia de vida que no han sido elaboradas y que como resultado repercuten en su diario vivir, como por ejemplo duelo no elaborado por la pérdida de su progenitora, si bien inicio proceso por especialista en psiquiatría donde medicaron con quetiapina y clonazepam suspende de manera abrupta el consumo de medicamento y proceso clínico. Finalmente, Durante este último periodo ha presentado ideaciones suicidas que ponen en riesgo la integridad física el ciudadano y genera preocupación de manera constante.

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran conductas suicidas repetitivas, suspensión de terapia medicamentosa y proceso clínico con especialista, situaciones adversas en su historia de vida las cuales no han sido elaboradas.

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

El usuario se compromete a poner en práctica lo interiorizado durante la llamada, además genera compromisos con el profesional frente al empoderamiento en su proceso clínico con 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:** _____ **N° Tarjeta Profesional:** _____ **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 22**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): MAICOL STIVEN		APELLIDOS: BUENO AGUDELO		EDAD: 15
TIPO ID: TI	N° 1089606503	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3118735891	DIRECCIÓN: Calle 56			BARRIO: EL ROSAL

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): PAOLA ANDREA		APELLIDOS: AGUDELO		
TIPO ID: CC	N° ID 1080291983	EDAD: 37	**EAPB**:	ASMET SALUD
TELÉFONO: 3118735891	DIRECCIÓN: Calle 56			BARRIO: EL ROSAL

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 resolutividad)

Remisión prioritaria a psicología
Usuario presenta signos y síntomas de alarma equivalentes a posible depresión.

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

aislamiento, episodios de llanto, sentimientos de tristeza y desesperanza

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico y se compromete a estar pendiente de la 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** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 22**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): SANTIAGO		APELLIDOS: BUENO AGUDELO		EDAD: 13
TIPO ID: TI	N° 1089616766	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3118735891	DIRECCIÓN: Calle 56			BARRIO: EL ROSAL

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): PAOLA ANDREA		APELLIDOS: AGUDELO		
TIPO ID: CC	N° ID 1080291983	EDAD: 37	**EAPB**:	ASMET SALUD
TELÉFONO: 3118735891	DIRECCIÓN: Calle 56			BARRIO: EL ROSAL

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 resolutividad)

Remisión urgente a psicología y psiquiatría
Usuario presenta cutting, signos y síntomas de alarma equivalentes posible depresión.

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

cutting, pobres habilidades sociales, episodios de llanto, tristeza y frustración.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico y se compromete a estar pendiente de la 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** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 14**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): YENIFFER			APELLIDOS: GIRALDO AGUDELO	EDAD: 35
TIPO ID: CC	N° 1088272489	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3165330660	DIRECCIÓN: Mzna 9 casa 17			BARRIO: PANORAMA 2

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)**
Sura		

Observaciones: La usuaria solicita que las citas sean en horas de la tarde ya que en la mañana se encuentra trabajanfdo

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Remisión urgente a psicología y psiquiatría.
Usuaria presenta consumo activo de cocaína con alto riesgo de sobredosis, adicional se evidencian situaciones a nivel familiar detonantes de estrés y ansiedad, síntomas equivalentes a depresión desde hace un año aproximadamente.

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

Consumo de cocaína con alto riesgo de sobredosis, ansiedad, ataques de pánico, débil red de apoyo, aislamiento social, síntomas depresivos, dificultades económicas, sentimientos de soledad.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico y se compromete a estar pendiente de la 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** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 28**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): ALEJANDRA		APELLIDOS: GRAJALES LONDOÑO		EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° 1089600715	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3145267303	DIRECCIÓN: CRA25A 75CX24			BARRIO: URIBE 2 CUBA

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ANDREA		APELLIDOS: LONDOÑO		
TIPO ID: CC	N° ID NR	EDAD: NR	**EAPB**	NR
TELÉFONO: 3145267303	DIRECCIÓN: CRA25A 75CX24			BARRIO: URIBE 2 CUBA

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
Sanitas		

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Remisión prioritaria a psiquiatría.
Usuaria con diagnóstico de depresión y ansiedad, refiere dificultades para obtener cita por lo cual se encuentra sin medicamentos.

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

Dx depresión y ansiedad.

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

El usuario se compromete a estar pendiente de la 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** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 12**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Carol		APELLIDOS: Gordillo		EDAD: 41
TIPO ID: CC	N° 59310070	**EAPB**: Sanitas		ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3213067193		DIRECCIÓN: Calle 15 #4-11		BARRIO: Centro

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)**
Sanitas		

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Remisión urgente a psicología y psiquiatría.
Usuaria presenta alteración en su estado de ánimo equivalente a Distimia, ideación suicida con antecedente de intento de suicidio hace 6 años, adicional relata dificultades para dormir acompañados de episodios de ansiedad que ha manejada con consumo de tabaco y alcohol. Se identifica problemas en relación de pareja debido a infidelidades, poco apoyo en las labores del hogar y dificultades en cuidado de hija de 15 años con diagnóstico de autismo.

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

Ansiedad, distimia, episodios de llanto, baja autoestima, débil red de apoyo, ideación suicida con antecedente de intento hace 6 años, alcoholismo.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico y se compromete a estar pendiente de la 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** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 01**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): DANIEL EDUARDO		APELLIDOS: MUÑOZ RENDON		EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° 1088827648	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN: N/R
TELÉFONO: 3102465320	DIRECCIÓN: Cra 15 bis #26b			BARRIO: SAN NICOLAS

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): CLAUDIA		APELLIDOS: RENDON		
TIPO ID: CC	N° ID 42107662	EDAD: 53	**EAPB**:	SALUD TOTAL
TELÉFONO: 3147687345	DIRECCIÓN: Cra 15 bis #26b			BARRIO: SAN NICOLAS

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 psicología y psiquiatría
Usuario con consumo de marihuana y tussi, expresa querer dejar de consumir, por lo cual lleva varias semanas sin hacerlo, experimentando episodios de ansiedad asociadas a abstinencia. Adicional refiere no saber qué hacer con su vida, actualmente no trabaja ni estudia.

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

consumo de spa, aislamiento social, ausencia de herramientas en su proyecto de vida, fortalecimiento toma de decisiones.

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

El usuario se compromete a estar atento a la asignación de la 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** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 20**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): HERNAN ALONSO		APELLIDOS: LOPEZ VILLAMIL		EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° 1225089945	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: N/R
TELÉFONO: 3236232089	DIRECCIÓN: MZNA 4 CASA 9			BARRIO: PORTALES DE VIRGINIA CUBA

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)**
Asmet Salud		

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Remisión prioritaria a psicología.
Usuaria presenta alteración en su estado de ánimo acompañado de episodios de ansiedad, sentimientos de soledad en las diferentes esferas de la vida (universidad, trabajo, familia, amigos).

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

ansiedad, aislamiento, episodios de llanto recurrentes, insomnio, duelo, pobres habilidades sociales.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico y se compromete a estar pendiente de la 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** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

REMISION PARA ATENCIÓN
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 30**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): JORGE MARIO		APELLIDOS: CASTRO AGUDELO		EDAD: 24
TIPO ID: CC	N° 1004756962	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3235092627	DIRECCIÓN: MZNA 2 CS 2			BARRIO: MIRADOR DE LLANO GRANDE

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)**
Nueva eps		

Observaciones:

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de resolutividad)

Remisión prioritaria a psicología

Usuaria presenta alucinaciones auditivas desde hace 15 días aproximadamente las cuales lo incitan a autolesionarse, adicional altos niveles de estrés a causa de desempleo.

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

desempleo, alucinaciones auditivas, estrés, conflictos familiares, pobre red de apoyo.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico y se compromete a estar pendiente de la 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** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA