FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 17**	**MES:07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HABLAME CONTENCION EMOCIONAL/ APP MUJER SEGURA**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	AIDA MAJORY JARAMILLO LOAIZA		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): RUBEN FAUSTO		APELLIDOS: BERMUDEZ ROMERO		EDAD: **39**	
TIPO ID:CÉDULA	N° ID : 1088239912	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**		INSTITUCIÓN E: **N/R**		OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO: 60634544713128731690		DIRECCIÓN: Calle 22 N° 23-24		BARRIO: : **COMUNA BOSTON**	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

DESREGULACIÓN EMOCIONAL: Ciudadano quien se encuentra al parecer afectado emocionalmente indica fue golpeado en la cabeza se pregunta si requiere emergencia indica no es nada hace ocho días por sujetos que desconoce su identidad también fue golpeado "pero ya los denuncié en la fiscalía", el día de hoy en la cancha de Boston de nuevo fue agredido por sujetos desconocidos. el patrullero Agudelo atendió este ciudadano hace 8 días por un caso similar, solicita llegue la policía en este momento y logre identificar estos individuos el estará pendiente de identificarlos **Nivel de requerimiento:** Urgente

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

Alteración emocional, ausencia en resolución de conflictos, verbo logoreico, relato incoherente.

5.**ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)**

Técnica escucha activa .

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Dirigirse por sus propios medios a la cancha de Boston, allí está el cuadrante de Policía, para la individualización de los posibles contraventores, y así él instaurar la denuncia por lesione personales en la Fiscalía.

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

Ninguno; Reacio a atender indicaciones

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se informa de inmediato que su caso fue trasladado al cuadrante de su jurisdicción, para los trámites pertinentes.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 18**	**MES:07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HABLAME CONTENCION EMOCIONAL/ APP MUJER SEGURA**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	AIDA MAJORY JARAMILLO LOAIZA		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): RUBY		APELLIDOS: Anónimo			EDAD: **39**
TIPO ID:CÉDULA	N° ID : Anónimo	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD:Anónimo	INSTITUCIÓN E: Anónimo			OCUPACIÓN: Anónimo	
TELÉFONO: 3022332716	DIRECCIÓN: Pereira		BARRIO: : COMUNA CENTRO		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Anónimo		APELLIDOS: Anónimo		
TIPO ID: **cc**	Anónimo	EDAD: Anónimo	**EAPB**:	Anónimo
TELÉFONO: Anónimo	DIRECCIÓN: Anónimo		BARRIO Anónimo	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Violencia Intrafamiliar Comunicación desorganizada, llanto constante, mi hijo de 23 años tiene actitudes rebeldes hacia mí , es hostil, me desafía y me golpeo, me estrujo, palabras hirientes, desobediente , me discute frecuentemente al no autorizarle sus peticiones.

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

Depresión Grave, estrés, ansiedad, Perder la paciencia, falta de supervisión, afectación conductual en el estado de ánimo y percepción, familia disfuncional.

5.**ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)**

Técnica Restructuración Cognitiva.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Aplicar ejercicio Técnica Restructuración cognitiva

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

Enfocarse en el aquí y el ahora .

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No fue posible, la víctima, expresa sentirse mucho mejor con la intervención," ya necesito bañarme para irme a trabajar gracias" cuelga la llamada, en varias ocasiones de vuelvo la llamada para obtener datos timbra no contestan.SE CIERRA CASO. **Anónimo.**

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 23**	**MES:07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HABLAME CONTENCION EMOCIONAL/ APP MUJER SEGURA**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	AIDA MAJORY JARAMILLO LOAIZA	**PROFESIÓN: Psicóloga**		

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): SANTIAGO		APELLIDOS: GÓMEZ GARZON		EDAD: 22	
TIPO ID:CÉDULA	N° ID : 1004738477	**EAPB :**	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**		OCUPACIÓN: **N/R**		
TELÉFONO: **N/R**	DIRECCIÓN: Manzana 21 Casa # 4 Hacienda Cuba		BARRIO: : **COMUNA EL OSO**		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): MARIA DORA		APELLIDOS: GARZON		
TIPO ID: **cc**	**N/R**	EDAD: **N/R**	**EAPB**:	**SURA**
TELÉFONO:3206986028	DIRECCIÓN: Manzana 21 Casa # 4		BARRIO: Hacienda Cuba	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

CONDUCTA SUICIDA: **Nivel de requerimiento:** Urgente "Mi hijo intento suicidarse el día sábado Diecinueve (19) de Julio del año en curso" necesito ayuda no sé qué hacer estoy muy triste y preocupada.

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

Ausencia personalizada en el área de psicología y Psiquiatría , ansiedad, depresión mayor

5.**ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)**

Técnica escucha activa para la progenitora, se psicoeduca de la importancia de asistir de carácter urgente al hospital San Joaquín Cuba el día de mañana para qué su hijo (Santiago) sea atendido de carácter urgente Igualmente se informa el derecho de 30 sesiones en salud mental, la solicitud a sura para agendar cita y ser atendido por sus EPS es demasiado lento en el proceso, por ello la importancia de dirigirse pos sus propios medios en Urgencias a este centro asistencial

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

De carácter urgente dirigirse el día de mañana al hospital San Joaquín de Cuba Urgencias por sus propios medios ya que su hijo está en alto riesgo.

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

Asistir mañana el hijo en compañía del padre para ser atendido por el are de psicología y psiquiatría. ya que sura es muy demorado para agendar citas.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Ausencia de Terapias Psicológicas, Ausencia de medicamentos psiquiátricos, No estar diagnosticado en salud mental.

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

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL

ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

Versión: 01

Fecha de Vigencia:17 de enero de 2024

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 14**	**MES:07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HABLAME CONTENCION EMOCIONAL/ APP MUJER SEGURA**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	AIDA MAJORY JARAMILLO LOAIZA		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): **LUZ ADRIANA**	APELLIDOS: SANCHEZ PARRA			EDAD:**38**	
TIPO ID:CÉDULA	N° ID : 1088251853	**EAPB**:	S.O, S Comfamiliar	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO: 3132973225	DIRECCIÓN: Calle 3 E N° 7D-09 Alfonso López			BARRIO: : **COMUNA ORIENTE**	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Eventos estresantes, mi casa es un caos, mi hijo Antoni de 18 años esta diagnosticado con depresión mayor y ansiedad sin fármacos

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

Progenitora, solicitar al psicólogo o psiquiatra tratante de Antoni ,iniciar terapias con el núcleo familiar.

5.**ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)**

Técnica escucha activa , ejercicio aromaterapia con aceites esenciales puede ser un complemento beneficioso para la salud mental, ayudando a reducir el estrés, la ansiedad, y mejorar el estado de ánimo y la calidad del sueño. La inhalación de aceites esenciales como la lavanda, la manzanilla o el ylang-ylang puede promover la relajación y el bienestar emocional, la importancia de iniciar un habito en su entorno familiar.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Terapia sistémica

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

Acatar las recomendaciones .

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Hija menor no acepta terapias psicológicas, núcleo familiar sin atención en salud mental.

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 21**	**MES:07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HABLAME CONTENCION EMOCIONAL/ APP MUJER SEGURA**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	AIDA MAJORY JARAMILLO LOAIZA	**PROFESIÓN: Psicóloga**		

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): YAISEL		APELLIDOS: LOPEZ VELASQUEZ		EDAD: 19	
TIPO ID:CÉDULA	N° ID : 1088257555	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**		OCUPACIÓN: **N/R**		
TELÉFONO: 3218725985	DIRECCIÓN: Carrera 9° N° 21-44		BARRIO: : COMUNA CENTRO		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

GESTO SUICIDA Se recepciona personalmente llamada transferida por la contratista Sandra Sarta Sem Pereira Urgente; Llanto constante “yo termine la relación con mi novio y él se acabó de tomar varias pastillas psiquiátricas me grita usted es la culpable de esto, él tiene diagnostico Depresión y Ansiedad, necesito una ambulancia él salió corriendo, no sé qué hacer, ayúdenme por favor”

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

Culpabilidad, ausencia terapias psicológicas, ansiedad, tristeza.

5.**ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)**

Técnica respiración consiente, escucha activa, Restructuración Cognitiva.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se psicoeduca de la importancia de asistir a la Secretaria de Salud Municipal usuaria se compromete asistir con él , mañana martes en horas de la mañana, para ser atendidos ambos de la psiquiatra y el psicólogo de forma individual.

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

Asistir mañana a la secretaria de salud y solicitar ayuda.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No buscar ayuda en la secretaria de salud municipal podría desencadenar un trauma, estrés, ansiedad depresión mayor pensamientos intrusivos .

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 05**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HABLAME CONTENCION EMOCIONAL/ APP MUJER SEGURA .**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	AIDA MAJORY JARAMILLO LOAIZA	**PROFESIÓN: Psicóloga**		

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): **ANGIE JULIANA**	APELLIDOS: **MEJIA OSORIO**	EDAD:**30**			
TIPO ID:CÉDULA	N° ID : **1088328684**	**EAPB**:	**COOSALUD EPS S.A.**	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO:**3216718682**	DIRECCIÓN: **LENINGRADO MZ 44 CASA 519**			BARRIO: **CUBA /Comuna San Joaquín**	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Episodio de ansiedad, trastorno ideas sobrevaloradas, llanto constante, frustración entre la realidad y lo que debería ser, eventos estresantes, cambio ambiental. **Nivel de requerimiento:** Prioritario

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

Cabeza de familia, red de apoyo nula, desempleo, baja autoestima.

5.**ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)**

Se aplicó la técnica basada en el diálogo socrático, lograr que sus pensamientos irracionales o disfuncionales desarrollaran una comprensión más profunda de sí mismos y de sus situaciones, al terminar la atención, se logra identificar la mejoría en la capacidad de argumentación, debate y respeto por otros puntos de vista, fomentando la autoconfianza y la capacidad de resolución de problemas, logrando así que el sujeto lo aplique en su día diario.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

La importancia de asistir mensualmente a las citas con el psiquiatra y autorizar en la EAPB la asignación de citas con psicólogo clínico, de carácter urgente.

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

Asistir por sus propios medios a las citas asignadas en el área de salud mental.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Ausencia terapias psicológicas.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 14**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HABLAME CONTENCION EMOCIONAL/ APP MUJER SEGURA .**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	AIDA MAJORY JARAMILLO LOAIZA	**PROFESIÓN: Psicóloga**		

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): **CATALINA**	APELLIDOS: **MORALES GALLEGO**	EDAD:**32**			
TIPO ID:CÉDULA	N° ID : 1042064073	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**	OCUPACIÓN: NR			
TELÉFONO: 3135102875	DIRECCIÓN: Manzana 4 Casa # 20	BARRIO: : **COMUNA VILLASANTANA** Intermedio			

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

"VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: Urgente; Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123. Llanto constante, eventos estresantes, golpes causados por su expareja en la cabeza y sangrado en la cara, dolor constante.

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

Cabeza de familia, red de apoyo nula, receptiva en obtener terapias psicológicas.

5.**ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)**

Técnica escucha activa.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

La importancia de inscribirse en la App mujer segura.

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

Acatar todas las medidas de seguridad plasmada en el oficio de protección de la Fiscalía. Inscripción APP Mujer segura

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Envió de patrulla número 2 jurisdicción el remanso (plataforma del SECAD). Solicitud de envió de ambulancia SEM Pereira placa previmed OQF 251 efectiva al llegar al lugar de residencia nadie abre la puerta; en varias ocasiones se realiza contacto telefónico (abonado), no fue posible línea fuera de servicio."

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 30**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	AIDA MAJORY JARAMILLO LOAIZA		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): SAMANTA PAOLA		APELLIDOS: TORRES NEGRETE			EDAD: 21
TIPO ID:CC	N° ID: 34431395	**EAPB**:	SIN AFILIACIÓN	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD:NR	INSTITUCIÓN E: NR			OCUPACIÓN: NR	
TELÉFONO: NR	DIRECCIÓN: Leningrado Cuba Mz 25 Cs E # 3-43			BARRIO **COMUNA SAN JOAQUIN**	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): DANY		APELLIDOS: NEGRETE		
TIPO ID: CC	N° ID NR	EDAD: NR	**EAPB**:	SIN AFILIACIÓN
TELÉFONO: 3226901081/3239851131	DIRECCIÓN: Leningrado Cuba Mz 25 Cs E # 3-43		BARRIO: **COMUNA SAN JOAQUIN**	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

"CONDUCTA SUICIDA Se recepciona llamada a la línea háblame contención emocional. Nivel de requerimiento: Urgente" Mi niña anoche se hizo daño se cortó las manos, no están muy profundas las heridas, necesito ayuda ella la está atendiendo un psicólogo estadunidense este psicólogo la médica qué tomara fluoxetina, ella no duerme bien y al otro día se levanta muy intranquila yo veo que las terapias psicológicas son muy costosas, pero no le están haciendo efecto, y no quiero que mi hija por yo no prestarle atención se me suicide, como ha pasado con tantos niños que yo conozco".

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

Terapias deficientes, medicamento psiquiátrico con efecto rebote, ausencia terapia familiar, terapias psicológicas

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Técnica restructuración cognitiva, La importancia de inscribirse en la App mujer segura.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Técnica escucha activa para la progenitora, se psicoeduca de la importancia de asistir hoy de carácter urgente a la Secretaria de Salud Municipal Calle 19 # 5-33, Oficina aseguramiento en la EAPB, dirigirse con la menor ya que su vida está en alto riesgo. Ser atendida por psiquiatría y psicología ya que no han obtenido los resultados esperados con el profesional tratante, por ello la importancia del cambio"

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

Contestar el móvil, acatar las recomendaciones en salud mental.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Ninguna, la progenitora se desplazó por sus propis medios con la menor a realizar las gestiones pertinentes

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 23**	**MES:07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HABLAME CONTENCION EMOCIONAL/ APP MUJER SEGURA**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	AIDA MAJORY JARAMILLO LOAIZA	**PROFESIÓN: Psicóloga**		

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Martin Alberto		APELLIDOS: Santa Bedoya		EDAD: 55	
TIPO ID:CÉDULA	N° ID : 10134395	**EAPB**:	SURA (RETIRADO)	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**		OCUPACIÓN: **N/R**		
TELÉFONO: 57911811514	DIRECCIÓN: calle 14 con calle 12		BARRIO: **COMUNA CENTRO**		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

IDEACCIÓN SUICIDA RECURRENTE: Usuario reiterativo. **Nivel de requerimiento**: Alto
Pensamientos intrusivos por enfermedad de base Neuropatía.

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

Sentimientos desesperanza, pérdida de confianza hacia las profesiones en salud metal, se niega asistir a terapias psicológicas, malos hábitos del sueño.

5.**ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)**

Técnica escucha activa, restructuración cognitiva "la única solución es matarme". Es importante tener en cuenta las líneas en las que frecuentemente se comunica reiterando la información 3400344-106/3165608849. Al finalizar la llamada se le recomienda aplicar las técnicas en salud mental en su día a día, Se psicoeduca en la línea de emergencia 123; es para identificar la sintomatología y solicitar envió de ambulancia de lo contrario las anteriores líneas mencionadas están al servicio de un escucha más prolongado.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

solicitar a SURA atención en Medicina General, no realizar esa gestión mala atención, 45 minutos y no atienden.

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

Ninguno. Se niega a remisión en psicología y psiquiatría. solo quieren hablar con alguien. cuando me escuchan me siento mejor.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros).

Ausencia de Terapias Psicológicas, Ausencia de medicamentos psiquiátricos, No estar diagnosticado en salud mental. Red de apoyo nula.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 29	**MES:** 07	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LiNEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Samai		APELLIDOS: N/R			EDAD: N/R
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3226160787-3204316710		DIRECCIÓN: Mz 11 casa 49		BARRIO: Perla del sur	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica la Ciudadana Samai, en descompensación emocional, llanto y dificultad para expresar su situación, reporta conducta suicida por medio de la ingesta excesiva de medicamentos (5 pastas de quetiapina y unas cuantas de fluoxetina) expresa deseos de no continuar viviendo.

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

Trastorno mixto de ansiedad y depresión in-herente a medicamentos, Trastorno de bipolaridad, conmoción emocional, Crisis de ansiedad, Vive sola.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se realizan ejercicios de respiración secuencial, para comprender la condición de la usuaria y lograr contener emocionalmente, lo cual se dificulto porque no hubo respuesta efectiva por parte de ella, cuelga la llamada y nos comunicamos nuevamente por la línea de contención emocional, en el cual se ofrece el apoyo emocional, en donde reporta que ya no necesita ayuda que ya se tomó las pastas y que va a esperar en cama que se muera, se le indaga por red de apoyo, indica no querer que nadie se dé cuenta, indica que se le va enviar ambulancia, se niega el querer recibir ayuda, indica se me va a descargar el celular y cuelga la llamada. Posteriormente se llama a la usuaria nuevamente después de la información suministrada por el cuadrante de policía y la ambulancia y contesta la madre de la ciudadana (Luz estela) e informa que ya va con ella para urgencias en un taxi, que ellas decidieron no tomar el servicio de la ambulancia porque les salía muy caro.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se psicoeduca desde el diagnóstico y en derechos en salud mental.

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

Asisten por sus propios medios a los servicios de urgencias

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se articula enviando ambulancia con placa HCL 129 Empresa EM&R con el APH Sebastián Lopera, en el cual AMBULANCIA NO EFECTIVA, porque los tripulantes informan que la ciudadana esta consiente y con signos vitales estables, subieron a la ciudadana a la ambulancia, pero ella misma por sus propios medios se baja de la misma, e informa que se va a desplazar por sus propios medios.

Se articula también enviando cuadrante de policía, los cuales llegan al lugar y realizan el apoyo e informan exactamente lo mismo que informan los tripulantes de la ambulancia.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 30	**MES:** 07	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Luis Eduardo		APELLIDOS: Martínez Salazar			EDAD: 63
TIPO ID: CC	N° ID 10106079	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3113000189		DIRECCIÓN: Mz 16 cs 218		BARRIO: Las mercedes cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica el ciudadano Luis Martínez, reportando (doctora ayúdeme), (ayúdeme, tan linda usted muchas gracias, ayúdeme, tan linda), me dijeron que llamara a la policía a la psicóloga, no quiero vivir, tengo dos hernias me duelen mucho, ayúdeme, con la personería dígame a que oficina voy, el discurso del usuario es directo repetitivo, sin pausas, llanto y risas.

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

-Alteración mental (impresión dx demencia), Enfermedad física (dos hernias) (problema mayor del motivo de la llamada), Infería en la segunda llamada (del día 02-07-2025) me sacaron de homeris quiero volver allá, no quiero vivir
En el momento está sin medicamentos, infiere que en homeris que estuvo internado tiene un diagnóstico de depresión y no le dieron medicamento y en la villa tampoco se los entregan, Débil red de apoyo (No proporciona ningún contacto de red de apoyo-solo menciona que su hermano con el que vive lo humilla), Establece vínculos emocionales con la red de salud por la deficiencia de su red de apoyo familiar.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se realiza escucha activa, se evidencia la alteración mental, se indaga por red de apoyo o algún vecino, para el manejo de su condición, pero no fue posible los datos, se persuade preguntando de qué manera desea recibir ayuda, dice que le duelen mucho las hernias, se le indica que debe dirigirse a los servicios de urgencias para el manejo de la situación, ya que esta línea, es una línea de emergencias en salud mental, se educa en la misma.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda acudir a los servicios de urgencias, para el manejo de las hernias y la estabilización emocional del diagnóstico con medicamentos

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

Usuaria infiere que va ir a los servicios de urgencias.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se persuade para que asista a los servicios de urgencias lo más pronto posible, indicando la importancia del medicamento para estabilización emocional y el medicamento respectivo para el dolor de las hernias, se cuelga la llamada, cerrando el caso indicando que es una línea de emergencias en salud mental y que se dirija a los servicios de urgencias. Seguimiento: Se devuelve la llamada 5 veces por la línea de contención emocional para confirmar si ya había salido para urgencias y el número se va a buzón.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** **Anexo(s): Remisión** **Consentimiento Informado** **Tamizaje** **Otro:**	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 02	**MES:** 07	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Luis Eduardo		APELLIDOS: Martínez Salazar			EDAD: 63
TIPO ID: CC	N° ID 10106079	**EAPB**:	Asmet salud	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3113000189		DIRECCIÓN: Mz 16 cs 218		BARRIO: Las Mercedes- Cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica el ciudadano Luis Martínez, reportando (doctora ayúdeme), me sacaron de homeris quiero volver allá, no quiero vivir, dice (ayúdeme, tan linda usted muchas gracias, ayúdeme, tan linda), me dijeron que llamara a la policía a la psicóloga, el discurso del usuario es directo alterado, repetitivo, sin pausas, no permite intervención en la conversación, llanto y risas.

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

-Alteración mental (impresión dx demencia)
-Infería en la primera llamada (del día 19-06-2025) que tenía un diagnóstico de ansiedad y depresión sin medicamentos
-En el momento está sin medicamentos, infiere que en homeris que estuvo internado no le dieron medicamento.
-Débil red de apoyo (No proporciona ningún contacto de red de apoyo-solo menciona que su hermano con el que vive lo humilla)
-Establece vínculos emocionales con la red de salud por la deficiencia de su red de apoyo familiar.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se realiza contención emocional, se persuade para realizar ejercicios de respiración, se evidencia la alteración mental, se indaga por red de apoyo o algún vecino, para el manejo de su condición, pero no fue posible seguir el hilo de la conversación.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda dirigirse a los servicios de urgencias para activación de ruta

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

No se realiza ningún compromiso, porque no fue posible la comunicación y orientación con el usuario

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

se persuade para que asista a los servicios de urgencias lo más pronto posible, indicando la importancia del medicamento para estabilización emocional, se cuelga la llamada ya que no es posible establecer orientación con el usuario ni ninguna red de apoyo y se atiende la próxima llamada que llega a la línea.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 10	**MES:** 07	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Libia del Socorro		APELLIDOS: Olaya Olaya			EDAD: 61
TIPO ID: CC	N° ID 31421015	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3103715919		DIRECCIÓN: Cra 11 n° 63-83		BARRIO: Nacederos	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica la ciudadana libia reportando que su hija de 22 años está en crisis, le acaba de escribir por WhatsApp un mensaje largo, de que por favor la ayudara, tiene un diagnóstico de bipolaridad y depresión y hace un año aproximadamente no consume medicamentos porque estaba lactando y no le daban tampoco las citas por la EAPB.

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

-Dx Bipolaridad y depresión de su hija sin medicamentos
-Angustia por el bienestar de su hija y de sus nietos
-Desconocimiento de la activación de ruta por salud mental por parte de ella y de su esposo que es con quien vive.
-Débil red de apoyo médica para su hija

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se psicoeduca informando el proceso de activación de ruta por el servicio de urgencias lo más pronto posible, se habla desde el diagnóstico y la importancia de tomar los respectivos medicamentos, se educa de igual manera acerca de los derechos en salud mental por EAPB y la importancia de fortalecer la salud mental de todo el núcleo familiar y la red de apoyo teniendo conocimiento de que realizar frente a una crisis.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda que lleven a la usuaria lo más pronto posible a los servicios de urgencias para activación de ruta

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

Se compromete a avisarle al esposo de la ciudadana para que la lleve a urgencias y se siga tomando el medicamento que le envíen.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se articula direccionando para los servicios de urgencias para activación de ruta (informar al esposo de la ciudadana para que la traslade inmediatamente y le explique lo hablado vía telefónica).

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN JULIANA SANCHEZ M.**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 12	**MES:** 07	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN –LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Consuelo		APELLIDOS: Chica			EDAD: 65
TIPO ID: CC	N° ID 25099343	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3006325526		DIRECCIÓN: Calle 21 16B 61 BLQ 5 APTO 2A		BARRIO: Conjunto residencial la Lorena	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada transferida por el patrullero Montoya de la red de apoyo, en donde nos comunicamos con la usuaria Consuelo Chica, informa que tiene una hija de 36 años (Eliana Ramos) tiene un diagnóstico de esquizofrenia, esta agresiva, destruyo todo en la casa y se encerró en la pieza y no quiere salir, dice que llamo a la policía y ellos están allá en este momento, demanda ambulancia, el subintendente Morales que está apoyando en el lugar demanda también envió de ambulancia para sedar a la usuaria.

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

-Diagnóstico de esquizofrenia inherente a medicamentos (de su hija)
-Estado psicótico (de su hija)
-Preocupación, ansiedad e indignación excesiva por la situación de su hija
-demandante de ambulancia

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Nos comunicamos por el celular de la línea de contención emocional, Se realiza técnicas de relajamiento para control de sus emociones de cólera, se orienta a la ciudadana para que dirija a su hija por sus propios medios a los servicios de urgencias para activación de ruta, se habla desde el diagnóstico y el proceso anatómico que se da en el sistema nervioso central en el cual su hija no controla sus reacciones y la hipótesis de la inherencia al medicamento, (necesita cambio de medicamento) ya que no le está funcionando, se realiza el triage en salud mental, se identifica él no envió de la ambulancia básica y se le da a conocer las funciones de las mismas y del porque no pueden trasladarse al lugar, se le indica la importancia del acompañamiento como red de apoyo y se persuade para que intente convencerla para que se deje llevar a urgencias mediante la empatía.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda ser traslada la usuaria por sus propios medios para el servicio de urgencias para activación de ruta

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

Se compromete a esperar que la ciudadana se estabilice para poder llevarla a urgencias

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se realiza articulación indicando el traslado urgente a los servicios de urgencias para activación de ruta por sus propios medios, indica que está muy agresiva y ella no puede hacer nada el traslado en este momento, que la policía no le quiso ayudar indicando que era responsabilidad de ella y no podían acceder porque estaba encerrada, se le indica que se le puede volver a enviar el cuadrante indica que no, que es mejor esperar porque nadie la controla en este momento, salió de la casa por temor a que le puede hacer daño y la dejo vigilada por el guarda de seguridad del conjunto, que va a esperar que se calme para llevarla a urgencias.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 13	**MES:** 07	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA CONTENCION EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Martha Lucia		APELLIDOS: Echeverri Loaiza			EDAD: 62
TIPO ID: CC	N° ID 42065597	**EAPB**:	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3206997408		DIRECCIÓN: CLLE 20 N°12-133		BARRIO: La rivera	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada recibida por la línea de contención emocional, en donde se comunica la ciudadana Martha Echeverry de 62 años de edad, reportando que su expareja (German hoyos) de 63 años de edad está en crisis, agresivo tiene un diagnóstico de depresión y él no se toma los medicamentos, informa que la ha agredido anteriormente y que tiene orden de alejamiento hace un tiempo y que hoy salió corriendo de la casa porque la iba agredir, la policía fue y no hizo nada, demanda ayuda para trasladar al usuario a urgencias.

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

-Violencia a la mujer por parte de ex pareja
-Invasión a propiedad privada por parte de su ex pareja (casa)
-Diagnóstico de depresión sin medicamentos (de su expareja)
-Sentimientos de preocupación y angustia por el manejo del diagnóstico de su expareja
-Orden de alejamiento establecida

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brinda escucha activa, se dan técnicas de manejo del diagnóstico de la ex pareja, se orienta acerca de la importancia de tomar el medicamento y dirigirse a los servicios de urgencias para activación de ruta, se psicoeduca en derechos en salud mental para ella y la importancia de dirigirse nuevamente a la fiscalía para renovar la orden de alejamiento, se persuade para que no se acerque al lugar donde se encuentra el agresor y busque acompañamiento en su red de apoyo, ya que no fue posible el apoyo del cuadrante para el traslado a los servicios de urgencias porque el agresor se mostró calmado ante la presencia de los uniformados.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda trasladar por sus propios medios al usuario a los servicios de urgencias para activación de ruta y acudir nuevamente a la fiscalía para actualización de orden de alejamiento.

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

Se compromete a tratar de llevarlo a los servicios de urgencias y asistir a la fiscalía nuevamente

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se articula enviando cuadrante de policía para apoyo para traslado a los servicios de urgencias y/o retirar al agresor del lugar con número de SECAD 22553283 (el cuadrante se desplaza al lugar y manifiesta no poder intervenir porque el ciudadano se encuentra tranquilo y no está agresivo). También se direcciona para la fiscalía con el fin de actualizar la orden de alejamiento y ser informada de las medidas de atención y protección.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 13	**MES:** 07	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Sebastián		APELLIDOS: N/R			EDAD: 24
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3147413472		DIRECCIÓN: calle 1 n° 1-15		BARRIO: Clínica COM familiar circunvalar	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica el ciudadano Sebastián de 24 años con actitud demandante solicitando ayuda para obtener el alta del hospital COM familiar, en el cual se encuentra internado.

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

-Dx afectivo bipolar
-Consumo de SPA (marihuana, cocaína, escopolamina)
-Débil red de apoyo
-Amenaza a la profesional que lo atiende.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se le explica al ciudadano el proceso que realizamos en salud mental desde la línea NUSE de emergencias y se le indica que nosotros no podemos pasar por encima del criterio del médico tratante.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

N/R

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

N/R

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se realiza ninguna articulación porque el usuario se encuentra en las instalaciones del hospital. (usuario no reporta datos personales, cuelga el celular)

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 18	**MES:** 07	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA CONTENCION EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Arley Antonio		APELLIDOS: Uriana Mercado			EDAD: 32
TIPO ID: CC	N° ID 1124040647	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3046426818		DIRECCIÓN: Mz 33 Cs 12		BARRIO: Ciudadela Comfamiliar-cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada de la línea de contención emocional, donde se comunica el ciudadano Arley reportando sintomatología de ansiedad, por la espera de unos resultados de VIH que le salen el día de mañana, dice que unos le salieron positivos y otros negativos y él dice que mañana le salen los resultados definitivos, informa que esto sucedió después de una jornada de sangre, en el cual dono, dice que además tiene un diagnóstico de depresión y ansiedad y apenas tiene cita el lunes con el Psiquiatra, solo esta con un medicamento para dormir.

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

-Dx de ansiedad y depresión sin medicamentos, Débil red de apoyo en la ciudad, (su familia está en la Guajira), Posible Resultado positivo de VIH

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brinda escucha asertiva, se valida emocionalmente, se realiza reestructuración cognitiva, se le habla desde el diagnostico en salud mental, la importancia de tomar los medicamentos y estar disciplinado con los tratamientos, desde el proceso neurolingüística se dan las técnicas apropiadas para el manejo de la situación que le está causando la ansiedad y estrategias de relajación, se le habla que independientemente los resultados hay un tratamiento, se persuade en la importancia de fortalecer su autoestima y la capacidad de resiliencia, se persuade de igual manera en continuar su tratamiento por psicología y psiquiatría por la EAPB, también se le habla de la importancia de fortalecer la red de apoyo con su familia y crear otra red de apoyo aquí en la Ciudad y finalmente se dan estrategias para manejo del tiempo de ocio ejercitando su sistema nervioso central en otros asuntos.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se le recomienda continuar su proceso por EABP psicología y psiquiatría y hacer los tratamiento respectivos

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

Se compromete a seguir su proceso por EAPB y trabajar su yo interior con estrategias suministradas y las herramientas que le den adicionales en los procesos terapéuticos y tomarse los medicamentos

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se articula brindando la información de la zona de escucha de la secretaria de salud de Pereira para atención presencial en crisis y de igual manera se deja abierta la línea de contención para emergencias.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 19	**MES:** 07	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Claudia Andrea		APELLIDOS: Giraldo Zapata			EDAD: 50
TIPO ID: CC	N° ID 42117446	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3217598401		DIRECCIÓN: Cra 12 n° 96-49		BARRIO: Centro	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica la ciudadana Andrea Giraldo, reportando sentirse muy deprimida, bloqueada y frustrada, con ideas suicidas no estructuradas por la situación laboral que está viviendo con su negocio y por una ruptura amorosa hace 5 meses, Reporta ansiedad, insomnio, le dificulta levantarse de la cama, pérdida de apetito hace 2 meses aproximadamente, informa que estuvo hospitalizada hace poco, estuvo con psiquiatra no le han dado diagnostico pero le enviaron medicamentos para dormir, tales medicamentos le están generando taquicardia.

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

Síntomas asociados al trastorno depresivo mayor, Ideas suicidas no estructuradas, Ruptura amorosa, Problemas económicos, Conmoción emocional, Sentimientos de frustración y negación, Dificultades en la resolución de problemas, Débil red de apoyo.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brinda escucha activa, primeros auxilios psicológicos, se guía en respiración secuencial; Se explica síntomas que está teniendo desde su condición, para hacerlos consientes y de esta manera intervenir en las recomendaciones desde la psi coeducación. Se cuelga la llamada y volvemos a comunicarnos desde el celular de la red de apoyo, se persuade para asistir a los servicios de urgencias lo más pronto posible ya que su vida está en riesgo, indica que no lo quiere porque hace poco fue a urgencias y no se sintió bien dice (fue horrible), desea tener cita con el profesional, pero aún no ha podido tenerla. Se persuade en realizar actividades de esparcimiento para evitar el aislamiento social y así minimizar un poco los síntomas, mientras puede iniciar proceso terapéutico por EAPB, se le pregunta que si se puede mantener a salvo mientras recibe ayuda por la cita, indica que sí.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

De igual manera se refuerza en la importancia de hacer proceso psicoterapéutico con psicólogo y psiquiatra, tomarse los medicamentos que le envíen, también se persuade en la importancia de fortalecer su red de apoyo y también se recomienda, si entra en crisis inmediatamente acudir a los servicios de urgencias.

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

Se compromete a estar pendiente del celular para la información de la cita y asistir, también si entra en crisis acudir inmediatamente a los servicios de urgencias

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se articula enviando remisión por EAPB Salud total, también se brinda información de la zona de escucha en la secretaria de salud de Pereira.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 30**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN | Línea 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): MARGARITA			APELLIDOS: RAMIREZ URIBE			EDAD:
TIPO ID: CC	N° N/R	**EAPB**:	N/R		ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3168114607		DIRECCIÓN: Maraya cra 46		BARRIO: Maraya		

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada de operador NUSE123. Ciudadana quien menciona relato de posible violencia intrafamiliar. AL momento de indagar se muestra con actitud poco colaboradora frente a la entrevista

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

Se torna lábil, eufórica, verborreica, impresiona relato incoherente. Debido al estado mental de ciudadana no se logra establecer comunicación fluida

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se indaga en reiteradas ocasiones si tiene alguna emergencia, pero no logra responder.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se le indica que la línea 123 solo debe ser utilizada en casos de emergencia/urgencia que comprometa su integridad física/mental

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

Debido al estado mental de ciudadana no se logra establecer ningún compromiso

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se realiza articulación con ningún ente

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 15**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HABLAME**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): MARIA CAMILA		APELLIDOS: ZULETA MEDINA			EDAD:15
TIPO ID: TI	N°: 1089938894	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:
TELÉFONO:3234612635		DIRECCIÓN: MANZA B CASA 35		BARRIO: POBLADO 1	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

[**URGENTE**] Ciudadana menor de edad quien se comunica a línea 123 solicitando apoyo psicológico debido a episodio mixto de ansiedad y depresión acompañado de ideación suicida presente.

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

Gesta suicida reciente con 16 pastas de melatonina, ideación suicida presente, detonantes afectivos, pobres dinámicas familiares con su madre, nula gestión emocional, nula inteligencia emocional, pobres herramientas de afrontamiento.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brindó contención emocional empleando técnicas de respiración guiada, respiración diafragmática y dialogo socrático.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se realizó llamada con madre al número celular 3206050205 a quien se le solicita que acuda de carácter inmediato a su hogar debido a que su hija se encuentra descompensada emocionalmente y está sola. Por otra parte, madre expresó a la tripulación que se encontraba reclamando medicamentos de su hija.

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

Se intenta establecer comunicación con madre de usuaria pero no es posible

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Usuaria quien se encuentra descompensada emocionalmente con antecedente de gesta suicida, se encuentra sola por lo cual se comenta caso verbal con radioperador de Canal Pereira quien realizó despacho de cuadrante 19. Además, se comenta caso con contratista de SEMPereira Mateo Torres quien se despacha ambulancia PFS552 la cual no realiza traslado a centro asistencial, ya que usuaria presenta signos estables, se encuentra orientada en tiempo y espacio, además, madre expresó a tripulación que ella tampoco realizará traslado por recomendación de psiquiatra tratante.

Firma del usuario **Cédula: _____** **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** ☐ **_____**	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 30**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN | Línea 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ANA SOFIA		APELLIDOS: HERNANDEZ BETANCOURTH			EDAD: 15
TIPO ID: TI	N° 1092855593	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3216450748		DIRECCIÓN: cra 4bis 37-40		BARRIO: Cañarte	

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada de operador NUSE123. Ciudadana expresa que solicita orientación sobre episodio de ansiedad acompañado de cutting por parte de su hija. Se encuentra bajo tratamiento psicoterapéutico en ipc CGI. Con idx de trastorno mixto de ansiedad y depresión y próxima a iniciar tratamiento psicofarmacológico

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

Nulas herramientas de afrontamiento, pobre gestión y expresividad emocional, historial personal de cutting

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se recomienda usar hielo en las manos para cambiar la sensación de ansiedad por dolor, técnica enmarcada dentro de la terapia dialectico conductual (TDC) de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación, es una estrategia de distracción sensorial conocida como “grounding” o anclaje. Por otra parte, se brindan ejercicios de respiración de mindfulness

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se brindan recomendaciones sobre la importancia de la adecuada adherencia al tratamiento y signos de alarma frente a episodio de cutting

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

Madre de usuaria se compromete a implementar tecnicas y ejercicios brindados durante llamada

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se realiza remisión puesto que usuaria ya cuenta con proceso activo por psicología y cuenta con cita agendada por psiquiatría

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 20**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ANSLY NAYELI		APELLIDOS: CARDONA CASTAÑO			EDAD:21
TIPO ID: CC	N°: 1089381764	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:				OCUPACIÓN:
TELÉFONO: 3203686272	DIRECCIÓN: MANZANA L CASA 18		BARRIO: POBLADO 1		

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

[**URGENTE**] Llamada transferida por operador NUSE123. Ciudadana se comunica en estado de conmoción emocional detonado por presunta violencia hacia sus hijos, esposo y ella misma por parte de vecino

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

Posible violencia física hacia núcleo familiar, episodio de ansiedad detonado por presunta violencia física (hiperventilación, mareo, conmoción emocional) enfermedad de base (taquicardia)

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brindaron primeros auxilios psicológicos, respiración diafragmática, respiración guiada

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda instaurar denuncio por presunta agresión física

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

Ciudadana se compromete a instaurar denuncio con el fin de salvaguardar integridad física de su familia

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se sostiene llamada con ciudadana mientras que cuadrante de PONAL llegue al sitio. Se realiza contención emocional

Firma del usuario **Cédula: _____** **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** ☐ **_____**	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 15**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): LUZ YAJAIRA		APELLIDOS: MURILLO MOSQUERA			EDAD: 25
TIPO ID: CC	N° 1010084478	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: TECNICO		INSTITUCIÓN E: NO APLICA		OCUPACIÓN: CALL CEBTER	
TELÉFONO: 3244060978		DIRECCIÓN: MZ 5, CASA 57		BARRIO: PLUMON ALTO	

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Ciudadana se comunica a la línea de contención emocional teniendo en cuenta situación adversa con su actual pareja.

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran perdida perinatal en dos ocasiones, síntomas depresivos (dificultad para conciliar el sueño, momentos de llanto y de tristeza, poca motivación para realizar algunas actividades rutinarias), y como foco detonante relación conflictiva y disfuncional con su pareja actual.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se recibe llamada en donde teniendo en cuenta crisis emocional se genera espacios de liberación (catarsis) por medio de la escucha activa, la ciudadana logra estabilizarse, se recopila información detallada como por ejemplo foco detonante relacionado a duelo no elaborado por separación reciente con su expareja, también se percibe factores motivacionales como su hija, si bien la ciudadana presenta posible cuadro depresivo asociado a situaciones adversas en su historia de vida sin elaborar, como recomendación se solicita priorizar espacios con su hija que permitan minimizar movilizaciones de tipo emocional, finalmente la ciudadana es consiente que debe iniciar proceso psicoterapéutico de manera individual para elaborar situación de duelo por perdida de su referente más significativo (abuela materna), perdida perinatal y duelo por su expareja, dichas situaciones se ven proyectadas con sintomatología actual.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda actividades que permitan minimizar movilizaciones de tipo emocional como fortalecer y dedicar mayor tiempo al desarrollo de su hija, realizar actividad física de manera rutinaria y actividades afín a sus gustos personales.

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

Dentro de los compromisos pactados se encuentra la asistencia constante a espacios con profesional en psicología logrando generar avances significativos en su proceso clínico.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se realiza remisión a EAPB para valoración por psicología

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 09**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): MAURICIO		APELLIDOS: GIRALDO QUINTERO		EDAD: 25	
TIPO ID: CC	N° 1010126989	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: NO APLICA		INSTITUCIÓN E: NO APLICA		OCUPACIÓN: MEDICO GENERAL	
TELÉFONO: 3113300415		DIRECCIÓN: CRA 15, #1-50		BARRIO: CERRITOS	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): DIANA		APELLIDOS: QUINTERO		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:		BARRIO: NEW YORK	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Ciudadano se comunica a la línea #123, manifestando síntomas depresivos por motivo de infidelidad por parte de su actual pareja

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se evidencia ideaciones suicidas, posibles síntomas asociados a cuadro depresivos.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se atiende llamada en donde se identifica estado de ánimo eutimio, posterior se escucha al ciudadano identificando sintomatología asociada a cuadro depresivo, al igual que se percibe focos detonantes frente a relación disfuncional con su pareja actual, dentro del plan de trabajo se fortalece su autoestima en donde el ciudadano identifica aspectos positivos y lo importante que espera algunas personas dentro de su entorno.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda retomar proceso terapéutico de manera individual por psicología, se busca identificar redes de apoyo en donde logre espacios catárticos al momento de presentar movilizaciones de tipo emocional, al igual que se busca la inclusión de actividades que permitan fortalecer su autonomía e independencia.

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

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

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se realiza remisión a EAPB para valoración por psicología y psiquiatría.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 24**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ANGIE JULIANA		APELLIDOS: MEJIA OSORIO			EDAD: 30
TIPO ID: CC	N° 1088328684	**EAPB**:	COOSALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: INSTITUCION A DISTANCIA		OCUPACIÓN: DESEMPLEADA	
TELÉFONO: 3216718682		DIRECCIÓN: MZ 44, CASA 519		BARRIO: LENINGRADO 3	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): LUCY		APELLIDOS: OSORIO CASTAÑEDA		
TIPO ID: CC	N° ID NO REPORTA	EDAD: N/R	**EAPB**:	NO REPORTA
TELÉFONO: NO REPORTA	DIRECCIÓN: NO REPORTA		BARRIO: NO REPORTA	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada transferida por las operadoras NUSE del 123, en donde ciudadana manifiesta presentar sentimiento de culpa por aborto inducido.

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

Ciudadana que presenta situación de consumo de sustancias psicoactivas, posible discapacidad cognitiva leve ya que se identifican particularidades principalmente en su capacidad argumentativa, escasas redes de apoyo, antecedentes de abuso sexual en su infancia por parte de su red familiar (hermana y progenitor), pocas herramientas preventivas frente dinámicas sexualizadas, dificultad para consumo asertivo de la terapia medicamentosa, barreras frente a la obtención de terapia medicamentosa por pocos ingresos económicos (Sertralina y Quetiapina).

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se recibe llamada de ciudadana en donde por medio de entrevista abierta se recopila datos relevantes, la ciudadana refiere que inicio proceso por Psiquiatría en donde le asignaron diagnóstico DX trastorno de ansiedad no especificado y DX Alucinosis orgánica (Síndrome de Charles Bonnet), se identifican diversas situaciones adversas que han desarrollado comportamientos patológicos. Teniendo en cuenta diversas situaciones significativas dentro del plan estructurado Se genera psicoeducacion de tipo preventivas teniendo en cuenta dinámicas relacionales de tipo sexualizadas, se genera promoción de algunos métodos anticonceptivos, se explica los resultados adversos de no hacer uso del preservativo.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se busca priorizar algunas rutinas durante el día que logren generar avances en el cumplimiento de metas, minimizando así espacios y entornos no seguros y que pueden representar algún tipo de riesgo para su integridad física y psicológica.

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

La usuaria se compromete a incluir dentro de sus rutinas hábitos laborales acorde a sus habilidades que permitan incrementar el uso asertivo del tiempo libre.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se realiza remisión a EAPB para valoración por psiquiatría.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 24**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**		
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ANGY MARCELA		APELLIDOS: HERNANDEZ		EDAD: 27	
TIPO ID: CC	N° 1088037754	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: SIN DATOS		OCUPACIÓN: DESEMPLEADA	
TELÉFONO: 3022703690		DIRECCIÓN: MZ 35, CASA 14		BARRIO: SAMARIA 2	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): VICKY			APELLIDOS: OSPINA GRISALES		
TIPO ID: CC	N° ID 30300873		EDAD: 59	**EAPB**:	ASMET SALUD
TELÉFONO: 3022703690		DIRECCIÓN: MZ 35, CASA 14		BARRIO: SAMARIA 2	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se recepciona llamada transferida por las operadoras NUSE del 123, en donde se comunica la psicóloga Alejandra Arboleda de la secretaria de salud (centro de escucha de la gobernación), manifestando que ciudadana requiere ambulancia para traslado hasta unidad de urgencias ya que presenta conductas y síntomas suicidas.

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se percibe conducta suicida, diagnostico de tipo patológico (DX TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION), Discapacidad cognitiva moderada, antecedentes genéticos de trastornos de la personalidad, dificultad para el consumo de terapia medicamentosa de manera regular y finalmente antecedentes genéticos asociados a DX por depresión y ansiedad.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se realiza contacto con la red familiar de apoyo en donde refiere de manera clara los síntomas que presenta la ciudadana durante este último periodo, se evidencia ideaciones suicidas de manera repetitiva, no consume el medicamento asignado por el especialista en psiquiatría, y el día de hoy ya las ideaciones pasan a convertirse en conductas, como recomendación inmediata se le pide a la progenitora retirar objetos corto punzantes minimizando riesgos, por otra parte se brinda herramientas a la progenitora en donde se logre persuadir haciendo el traslado a la unidad de urgencias de manera efectiva, finalmente se busca que la progenitora logre estrategias adecuadas para garantizar el consumo del medicamento en la ciudadana obteniendo resultados asertivos a mediano y largo plazo.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda la asistencia inmediata a urgencias al momento en que se presenten crisis de tipo emocional, también es importante identificar focos detonantes modificar conductas que permitan minimizar movilizaciones.

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

La red familiar se compromete a poner en practica todas las recomendaciones realizadas durante el espacio de escucha, además de priorizar algunos síntomas dando soluciones y respuestas efectivas.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se deriva caso a SEM Pereira en donde se hace despacho de ambulancia placa DCQ 299 de la empresa “Mas Vida” la cual llega al sitio, se valora y no se hace efectivo el traslado ya que la tripulación informa que “la progenitora refiere que con el medicamento logra calmarse y que se compromete a llevarla más tarde a Homeris”

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 16**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): BLANCA MARLENY		APELLIDOS: BERNAL ZAPATA			EDAD: 57
TIPO ID: CC	N° 42009980	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: AMA DE CASA	
TELÉFONO: 3243447965		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: BOSTON	

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Ciudadana Mayor de edad quien se comunica a la línea 123 manifestando ser víctima de violencia de genero por parte de su expareja.

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentra episodio de crisis emocional como resultado de violencia psicológica, posible trastorno mixto de ansiedad y depresión, escasas redes de apoyo.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se recepciona llamada, en donde se identifica crisis emocional, se genera escucha activa logra generar procesos catárticos, la ciudadana logra tranquilizarse, manifiesta ser víctima de violencia intrafamiliar por parte de su expareja, se busca resignificar su rol como mujer, mostrando cumplimiento de metas a mediano y largo plazo. Finalmente se explica la importancia de dirigirse a fiscalía a interponer denuncia y empezar a realizar acciones que permitan fortalecer la independencia en su estructura de la personalidad.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda continuar con procesos por especialista y por profesional en psicología, además de fortalecer vínculos cercanos con red familiar minimizando riesgos ante la movilización de crisis de tipo emocional.

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

La ciudadana se compromete a iniciar procesó legal en contra del victimario, además de iniciar proceso de separación de bienes con sui expareja logrando minimizar el contacto.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

No se genera articulación con instituciones externas ya que la ciudadana se encuentra en la actualidad en proceso por especialista y profesionales que se requieren.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 09**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	
1.DATOS DEL USUARIO				
NOMBRE(S): HEIDY VANNESA	APELLIDOS: SANABRIA GARCIA			EDAD: 10
TIPO ID: TI	N° 1088338184	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:
N. ESCOLARIDAD: TERCERO	INSTITUCIÓN E: INSTITUCION EDUCATIVA MANOS UNIDAS			OCUPACIÓN: ESTUDIANTES
TELÉFONO: 3127704403	DIRECCIÓN: MZ 52, CASA 02		BARRIO: GUAYABAL (VILLASANTANA)	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
TIPO ID: CC	N° ID NO RESPONDE	EDAD: N/R	**EAPB**:	SALUD TOTAL
TELÉFONO: 3127704403	DIRECCIÓN: MZ 52, CASA 02			BARRIO: GUAYABAL (VILLASANTANA)

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Ciudadana que se comunica a la línea de atención del 123, manifestando preocupación por comportamientos disruptivos por parte de su hija.

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se evidencia conductas suicidas, dificultad para la regulación de impulsos, agresión a pares dentro del entorno escolar.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Por medio de entrevista abierta se identifican rasgos de la personalidad en la menor que apuntan a posible diagnóstico de tipo patológico, se evidencia redes de apoyo que carecen de herramientas para la modificación de conductas, si bien la progenitora cumple con algunas acciones dentro del cumplimiento de su rol materno, no cuenta con herramientas pedagógicas, se explica de manera clara la importancia de activar rutas por urgencia en salud mental al momento de identificar riesgos a los cuales la menor se encuentre expuesta.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Como acciones a seguir se recomienda minimizar factores que representen algún riesgo en diversos contextos, también es importante identificar focos detonantes para así minimizar situaciones de crisis de tío emocional.

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

La red de apoyo se compromete en asistir en compañía de la menor a especialistas que se requieran logrando avances a mediano y largo plazo.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se realiza remisión a EAPB para valoración por psiquiatría pediátrica.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 12**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): JHOAN ESTIVEN		APELLIDOS: GOMEZ OSPINA			EDAD: 17
TIPO ID: CC	N° 1055832941	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: NO REFIERE		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3226515120		DIRECCIÓN: MZ C, CASA 6		BARRIO: ALEJANDRIA	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): NO REFIERE		APELLIDOS: NO REFIERE		
TIPO ID: N/R	N° ID NO REFIERE	EDAD: N/R	**EAPB**:	NO REFIERE
TELÉFONO: NO REFIERE	DIRECCIÓN: NO REFIERE		BARRIO: NO REFIERE	

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Ciudadano masculino solicita orientación psicológica ya que su hijo se encuentra bajo efectos de consumo de sustancias psicoactivas reaccionando de manera impulsiva agrediendo a miembros de su familia.

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

-Consumo excesivo de sustancias psicoactivas
-aumento de impulsividad de sus emociones.
-dificultad para seguir la norma interpuesta por figuras de autoridad.
- alta permanencia en calle

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brinda escucha activa, se identifican síntomas y comportamientos asociados a la dificultad expresada por parte de la red de apoyo, se hace psicoeducasion a la red familiar frente a la importancia de iniciar proceso psicoterapéutico sin embargo refieren que presenta resistencia en asistir a este tipo de espacios.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Se recomienda interponer normas en el núcleo familiar por parte de las figuras parentales.

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

No se logra comunicación con el ciudadano que se encuentra en situación de consumo.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se remite caso al canal Cuba SECAD 22552476 Donde envían patrulla teniendo en cuenta salvaguardar integridad de núcleo familiar ante respuestas agresivas.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Andrés Felipe Giraldo Salas** **N° Tarjeta Profesional: 128066** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 25**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA DE EMERGENCIAS 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas**			**PROFESIÓN: Psicólogo.**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): María Herminia		APELLIDOS: Guapacha Guapacha			EDAD: 45
TIPO ID: CC	N° ID: 30412858	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Ama de Casa	
TELÉFONO: 3045769863		DIRECCIÓN: Manzana 16 Casa 1		BARRIO: Danubio bajo-Villasantana.	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Se atiende caso de violencia intrafamiliar hacia la mujer por parte de su pareja sentimental con maltrato psicológico, antecedentes de violencia física, presenta alteración emocional, su pareja no la agrede físicamente pero no le permite salir de casa.

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

-Violencia física y psicológica.
-Inadecuada resolución de conflictos.
-Pocas redes de apoyo.
-Manipulación por parte de su pareja.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se brinda psicoeducacion sobre las alteraciones en salud mental y cómo influye en los diferentes aspectos de vida de la víctima, es consciente de tomar medidas de protección para su integridad, ya se despachó cuadrante de policía para control de la situación por parte del auxiliar quien transfiere la llamada, se orienta para activación de ruta por comisaria de familia quienes dictaran las medidas de restricción de acercamiento por parte del agresor, la persona agradece por el espacio brindado.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Nuevamente activar ruta por comisaria de familia.

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

No volver a tener contacto con el victimario.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Primeros auxilios psicológicos, orientación en activación de ruta por comisaria de familia.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas.** **N° Tarjeta Profesional: 201668** **Firma:** Juan Sebastian Arenas A.

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 25**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA DE EMERGENCIAS 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas**			**PROFESIÓN: Psicólogo.**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Santiago		APELLIDOS: Gutiérrez Sánchez			EDAD: 18
TIPO ID: CC	N° ID: 1087124905	**EAPB**:	Sanitas.	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Estudiante	
TELÉFONO: 3114119991		DIRECCIÓN: Mz 19 Casa 3 Segundo Piso.		BARRIO: Samaria I.	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Se atiende ciudadana quien se comunica indicando que necesita una cita por los servicios en psicología, se explica que el objetivo del programa es atender emergencias en salud mental, situaciones de crisis emocional, por duelos, violencia intrafamiliar, abusos, consumo de SPA. Refiere cambios en conductas habituales por parte de su hijo, lo cual le genera preocupación. Refiere solicitar cita por la EAPB, pero le ha resultado imposible.

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

-Duelo mal elaborado.
-Exposición a situación de violencia y muerte traumática de su figura paterna.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

se indaga caso relata que su hijo presenta alteraciones en conductas habituales hace dos años después de exposición a evento traumático y proceso de duelo, de figura paterna, se explica activación de ruta por salud mental y sus derechos de atención y participación en procesos de prevención y tratamiento de la salud, se hace necesario iniciar proceso de psicoterapia para intervenir aspectos que deterioran el óptimo desarrollo de la persona.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Iniciar proceso de atención psicológica.

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

Estar pendiente de la notificación sobre cita al momento de asignarse.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Se hace reporte a coordinadora del programa para gestión de cita en salud.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas.** **N° Tarjeta Profesional: 201668** **Firma:** Juan Sebastian Arenas A.

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 09**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas**		**PROFESIÓN: Psicólogo.**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Gensy Paola		APELLIDOS: Castrillón Valencia			EDAD: 23
TIPO ID: CC	N° ID 1004779606	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: Ama de casa	
TELÉFONO: 3233058416	DIRECCIÓN: Guadualito			BARRIO: Altagracia.	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Ciudadana, en estado de gestación, busca orientación psicológica para su pareja, quien la violenta de diferentes maneras, física, mental, económicamente. Las agresiones se presentan a diario, empeoran cuando el victimario consume alcohol.

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

-Pocas redes de apoyo.
-Dependencia emocional y económica.
-Estado de gestación.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brinda escucha activa, se indagan aspectos relevantes en cuanto a los tipos de violencia que padece y la forma en que se presentan, es un patrón repetitivo, se persuade de los riesgos tanto para su integridad como también para su salud mental, lo cual le va a generar alteraciones en su salud, se resaltan sus derechos en salud mental, se sugiere iniciar proceso de atención por los servicios de psicología para trabajar su autoestima, resolución de conflictos entre otras habilidades y herramientas para afrontar la situación, asimismo, se orienta en activación de ruta por comisaria de familia, la persona entiende y agradece por el espacio brindado.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Activar ruta por comisaria de familia e iniciar proceso de psicoterapia por psicología.

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

No es consciente de activar ruta, solicita que si pueden llamar al victimario y pedirle que cambie su comportamiento con ella.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Orientación psicológica.

Firma del usuario			**Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas.**
Cédula:			**N° Tarjeta Profesional:**
Anexo(s : Remisión		**Consentimiento Informado**	**Firma:** Juan Sebastian Arenas A.
Tamizaje		**Otro:**	

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 11**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas**			**PROFESIÓN: Psicólogo.**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Juan Felipe		APELLIDOS: Hernández Moreno			EDAD: 15
TIPO ID: TI	N° ID 1089101027	**EAPB**:	Sura	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: Bachillerato		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Estudiante	
TELÉFONO: 3144236549		DIRECCIÓN: Bloque 54 apt 5421		BARRIO: Mirador de llano grande	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Ciudadano masculino solicita orientación psicológica por problemas para establecer relaciones de pareja, ya que el no lograrlo le genera malestar y preocupación hacia su futuro.

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

-Baja autoestima.
-Dependencia emocional.
-Experiencias negativas con anteriores parejas.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brinda escucha activa, se identifican problemas de autoestima, se compara con otras personas, actualmente tiene dependencia emocional, se altera cuando su actual pareja no responde sus mensajes, se orienta para el afrontamiento del estrés, realizar actividades que le permitan distraerse, fortalecer su autoestima, establecer proyecto de vida y no presionar la relación, respetando los espacios de la otra persona. asimismo, se resaltan sus derechos en salud mental para contar con acompañamiento de un profesional en salud quien acompañe su proceso. La persona resalta sentirse más tranquilo, agradece por el espacio brindado.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Fortalecer su autoestima, centrar su energía en su crecimiento personal

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

Gestionar de mejor manera sus emociones.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Primeros auxilios psicológicos, orientación psicológica.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas.** **N° Tarjeta Profesional: 201668** **Firma:** Juan Sebastian Arenas A.

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 17**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas**			**PROFESIÓN: Psicólogo.**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Arles		APELLIDOS: Arenas Medina			EDAD: 59
TIPO ID: CC	N° ID: 71672196	**EAPB**:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3116296225	DIRECCIÓN: Carrera 15 # 1-57		BARRIO: Galicia Baja.		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Ciudadana expresa que integrante de su comunidad con diagnóstico de esquizofrenia se encuentra en cuadro de descompensación hace tres días fue llevado a los servicios de urgencias.

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

-Condición en salud mental.
-Inadherente a medicación psiquiátrica.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se indaga caso, expresa que el ciudadano tiene conductas desadaptativas, se desnuda en la calle, grita solo debido a las alucinaciones, por lo cual, se recomienda realizar traslado nuevamente a los servicios de urgencias, la persona resalta entender que el traslado debe ser por sus propios medios, solicita acompañamiento de los servicios de seguridad de policía, para control de la situación.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Estar pendiente de la patrulla para la ubicación y atención de caso.

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

Activar ruta por los servicios de urgencias.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Articulación para activación de ruta por salud mental.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas.** **N° Tarjeta Profesional: 201668** **Firma:** Juan Sebastian Arenas A.

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 17**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas**			**PROFESIÓN: Psicólogo.**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Alexandra		APELLIDOS: López Montes			EDAD: 13
TIPO ID: T.I	N° ID: 1089614066	**EAPB**:	Sin afiliación al ADRES	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3017874056		DIRECCIÓN: Mz 11 Casa 13		BARRIO: Luis Alberto Duque.	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Menor de edad, refiere dificultades en relación de pareja por parte de sus padres, lo cual ocasiono separación del hogar, en el momento está al cuidado de su figura paterna, no se siente conforme ya que él, la maltrata de manera psicológica, usando un lenguaje soez.

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

-Ruptura de relación.
-Dificultades en la resolución de conflictos.
-Separación de bienes y cuidado de los hijos.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se brinda escucha activa, se indaga si ya se activó ruta por comisaria de familia, ente que determina la custodia de los menores teniendo en cuenta el mejor hogar para su óptimo desarrollo, resalta que aun su figura materna no lo ha hecho, se indica que es el primer paso, sin embargo, señala que ya su figura paterna llego a la casa y no puede hablar más, cuelga la llamada y no se finaliza la intervención.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

No se logran brindar recomendaciones

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

N/A

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Orientación psicológica.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas.** **N° Tarjeta Profesional: 201668** **Firma:** Juan Sebastian Arenas A.

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 19**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas**			**PROFESIÓN: Psicólogo.**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Tatiana		APELLIDOS: Anónima.			EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° ID: N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: Profesional	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: Administradora.	
TELÉFONO: 3172734071	DIRECCIÓN: Manzana 24 Casa 12		BARRIO: Villa Olímpica.		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Ciudadana con alteración emocional, derrama llanto, expresa dificultades ante situación con su actual pareja, presenta dificultades en la resolución de conflictos, asimismo, se victimiza y la manipula para lograr sus intereses.

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

-Discriminación por su preferencia sexual.
-Baja autoestima.
-Debilidades en la comunicación asertiva y resolución de conflictos.

5.ASESORÍA BRINDADA POR PROFESIONAL: (En relación con el motivo de atención y factores de riesgo identificados)

Se da inicio con técnica de relajación y control de la respiración para estabilizar la persona, posteriormente se procede a la intervención, relata dificultades en la relación de pareja, se explican síntomas de tristeza profunda ya que está experimentado un proceso de duelo, se ofrecen diferentes puntos de vista frente a las situaciones de manipulación, discusión, maltrato psicológico que padece con su pareja, es consciente de la necesidad del cambio ya que se está imposibilitando su óptimo desarrollo y afectando de manera significativa su salud mental. Expresa sentirse más tranquila y en mejor capacidad de tomar decisiones que promuevan su bienestar, agradece por el espacio brindado. "ciudadana manifiesta no brindar datos de identidad ya que suministra información muy personal, por lo cual, prefiere que el registro sea de manera anónima.

6.RECOMENDACIONES BRINDADAS POR PROFESIONAL: (Aspectos que se enfatizan al usuario para la autogestión del riesgo)

Iniciar proceso de psicoterapia.

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

Modificar conductas desadaptativas que mantienen el problema.

8.GESTIÓN DEL RIESGO REALIZADO POR PROFESIONAL: (Articulación con otros actores/sectores: EAPB-IPS, otros)

Primeros auxilios psicológicos, orientación en activación de ruta en salud mental.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas.** **N° Tarjeta Profesional: 201668** **Firma:** Juan Sebastian Arenas A.