FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 01**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

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

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Se comunica Claudia Rendón, madre del joven Daniel Muñoz manifestando "tengo un hijo de 19 años que consumía o yo creo que todavía consume. él se la pasa encerrado jugando videojuegos y pegado al celular, no sale ni hace nada, él llora pidiéndome que lo ayude que él no sabe qué hacer, hace unos días en una charla nos dieron este número y quiero saber ustedes como me pueden ayudar, donde atienden ustedes yo lo llevo". Usuario consumía marihuana y tussi.

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

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

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

se brinda espacio de escucha activa ante la angustia expresada por la madre, se indaga sobre integrantes del núcleo familiar con el fin de fortalecer red de apoyo, la madre expresa el compromiso de toda la familia en apoyar el proceso del joven, se indaga sobre episodios de ansiedad evidenciados y se explica cómo estas son consecuencia del proceso de desintoxicación que está atravesando el joven, adicional se explica que le pueden brindar el número de atención al joven para lograr una primera atención con él, adicional se informa que en la secretaria de salud encuentran una psicóloga de lunes a jueves, ya que desde la línea no atendemos de manera presencial.

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

Se recomienda buscar espacios de dialogo en familia que permitan que el joven evidencia que cuenta con apoyo de su familia., adicional se recomiendo explorar opciones para terminar bachillerato.

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

El usuario se compromete a estar atento a la asignación de la cita.

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

se realiza remisión a la EAPB Salud total prioritaria a psicología y psiquiatría.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 29**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): EUGENIA		APELLIDOS: OSORIO RAMIREZ			EDAD: 46
TIPO ID: CC	N° 42132308	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3162668937		DIRECCIÓN: MZNA 30 CS 570		BARRIO: PLAN CAMILO LAS MERCEDES CUBA	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Se comunica la señora Eugenia manifestando que una conocida menor de edad llego a su casa solicitando ayuda luego de que su padrastro intentara abusar de ella "a ella la maltratan físicamente y ese señor en varias ocasiones ha intentado abusar de ella, pero ella se ha sabido defender... Ella es una niña que prácticamente no tiene familia, la mamá vive en Marsella con ese tipo y ella vive acá con la hermana mayor, pero la maltratan mucho. A ella si la violo el hermano, pero él murió hace 2 años"
SEGUIMIENTO: A las 19:03 se contacta a la señora Eugenia con el fin de conocer si infancia y adolescencia ya fue a la residencia "vino la patrulla, hablaron con ella, al momentico llego infancia y adolescencia y dijeron que ella debía ir por sus propios medios al hospital para que la revisaran, entonces ella se fue con otra conocida para el hospital San Joaquín".

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

Abuso sexual, maltrato, nula red de apoyo.

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

se hace envío de infancia y adolescencia secad 22560480

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

Se pide a la usuaria informar en cuanto tenga conocimiento si la menor fue atendida en el hospital San Joaquín y si queda internada.

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

Usuario se compromete en comunicarse a la línea en cuanto tenga noticias de la menor.

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

se hace envío de infancia y adolescencia secad 22560480

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 31**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		**VALENTINA LARGO**		**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ADRIANA		APELLIDOS: MEDINA		EDAD: 57	
TIPO ID: CC	N° 42007055	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3137057772		DIRECCIÓN: CRA 37 75A04		BARRIO: NOGALES CUBA	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

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

usuaria se comunica solicitando ayuda debido a que no sabe qué hacer ante los reclamos recurrentes de su hija de 25 años, donde le reprocha dejarla sola cuando era pequeña "ella desde los 15 años tiene depresión y ha intentado matarse, y dice que todo es mi culpa, que soy una mala madre, y yo siento que no es así, yo nunca la deje sola".

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

relación madre e hija conflictiva.

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

Se brinda escucha activa, se conocen aspectos relevantes del caso, se aborda la importancia de establecer límites ante ataques verbales constantes, adicional se psicoeduca sobre acompañamiento positivo ante el diagnóstico de la hija.

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

Se dan signos y síntomas de alarma a nivel mental por los cuales acudir al servicio de urgencias.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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

Orientación en activación de ruta en salud mental.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 28**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ALEJANDRA		APELLIDOS: GRAJALES LONDOÑO			EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° 1089600715	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3145267303		DIRECCIÓN: CRA25A 75CX24		BARRIO: URIBE 2 CUBA	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): ANDREA		APELLIDOS: LONDOÑO		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3145267303	DIRECCIÓN: CRA25A 75CX24		BARRIO: URIBE 2 CUBA	

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

se comunica Andrea, madre de la joven Alejandra Grajales, refiriendo preocupación debido a que les ha sido imposible obtener cita con psiquiatría, la joven cuenta con diagnóstico de depresión y ansiedad, con recaída en el último mes.

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

diagnostico depresión y ansiedad.

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

se brinda espacio de escucha activa ante la preocupación de la madre por el bienestar de su hija, se explica que desde la línea se puede hacer remisión, sin embargo, la Eps tiene unos días hábiles para dar respuesta.

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

Se dan signos y síntomas de alarma a nivel mental por los cuales acudir al servicio de urgencias.

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

El usuario se compromete a estar pendiente de la asignación de la cita.

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

se realiza remisión prioritaria a la EAPB Sanitas, prioritaria a psiquiatría.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 30**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		**VALENTINA LARGO**		**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ANDREA		APELLIDOS: BEDOYA GOMÉZ		EDAD: 30	
TIPO ID: CC	N° 1088020225	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3113204071		DIRECCIÓN: MZNA 34 CASA 1		BARRIO: SAMARIA 1	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

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

usuario con dx de ansiedad termino su relación de pareja el día de ayer, por lo cual durante el día se ha sentido ansiosa.

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

-Dx ansiedad
-Apego emocional
-Miedo al abandono.

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

se brinda espacio de escucha activa y empática, se aborda la importancia de establecer límites en las relaciones, adicional se aborda un ejercicio de arte terapia que puede emplear cuando la ansiedad por buscar a su ex pareja se haga presente.

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

Actualmente la ciudadana toma Sertralina, pero abandono el proceso terapéutico, por lo cual se hace énfasis en la importancia de retomar dicho proceso.

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

El usuario entiende la importancia de retomar proceso terapéutico.

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

No aplica

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 12**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Carol		APELLIDOS: Gordillo			EDAD: 41
TIPO ID: CC	N° 59310070	**EAPB**:	Sanitas	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Ama de casa	
TELÉFONO: 3213067193		DIRECCIÓN: Calle 15 #4-11		BARRIO: Centro	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N° ID	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 en crisis de llanto, manifestando sentirse mal emocionalmente desde hace varios meses "es como un agujero negro que me absorbe y no me deja estar bien, como una sombra negra que me acompaña siempre".

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

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

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

se realiza contención emocional ante crisis de llanto, se brinda espacio de escucha activa y empática, se identifican factores en dinamica familiar que afectan el bienestar emocional de la usuaria, tales como: poco apoyo por parte de pareja ante el cuidado de hijo de 15 años diagnosticada con autismo, debilitamiento de la relación de pareja con antecedentes de infidelidad por parte de ambos (esposo hace 4 años y ella actualmente), adicional se identifica dificultad en imposición de límites, antecedente de intento de suicidio hace 6 años acompañada de cutting ante recaídas emocionales, consumo de alcohol y tabaco activo ante ansiedad y dificultad para dormir. Sin embargo, se identifica resiliencia ante las situaciones mencionadas, la usuaria está en proceso de iniciar un técnico en el Sena, ha buscado espacio para compartir tiempo de calidad con su pareja, imponer límites a su suegra en lo referente a la crianza de la hija, aunque la usuaria relátala esto como "la máscara que me pongo todos los días ante los demás mientras estoy destruida por dentro, lo único que me motiva para no matarme es mi hija".

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

Se refuerzan los factores de resiliencia identificados en la usuaria, con el fin de lograr mayor autonomía en diferentes esferas de la vida.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico y se compromete a estar pendiente de la cita.

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

Se realiza remisión a la EAPB Sanitas urgente a psiquiatría y psicología.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 11**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		**VALENTINA LARGO**		**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): PEDRO		APELLIDOS: YAJURE			EDAD: 40
TIPO ID: PPT	N° 3534214	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: ALBAÑIL	
TELÉFONO: 3242816579		DIRECCIÓN: Cra 10 con Calle 11		BARRIO: Berlín	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

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

usuario se comunica manifestando estar presentando problemas con su esposa, 15 años de relación y están considerando separse.

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

conflictos con pareja, alteración en el estado de ánimo, incertidumbre y estrés

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

se brinda espacio de escucha activa y empática, se establece entrevista semiestructurada con el fin de conocer detalles de la relación que ayuden a identificar factores que estén afectando la relación, se brindan recomendaciones para una comunicación asertiva, se sugiere buscar espacios que les permitan pasar tiempo de calidad como pareja y no siempre en compañía de sus 4 hijas, igualmente se explica la importancia de evitar discusiones delante de estas.

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

Debido a que muchas de las situaciones en cuanto al sentir de su esposa son suposiciones del usuario, se sugiere buscar un espacio de dialogo donde puedan hablar claramente de las situaciones que pueden estar afectando la relación y no quedarse en la suposición y duda, lo cual es uno de los principales factores estresantes.

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

Usuario se muestra receptivo ante las recomendaciones brindadas.

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

No aplica

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 22**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): SANTIAGO		APELLIDOS: BUENO AGUDELO			EDAD: 13
TIPO ID: TI	N° 1089616766	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3118735891		DIRECCIÓN: Calle 56		BARRIO: EL ROSAL	

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

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

se comunica Paola Andrea Agudelo, madre del menor solicitando ayuda y orientación para saber cómo ayudar a su hijo de 13 años, el cual está presentando cutting "tiene los brazos destrozados".

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

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

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

se brinda espacio de escucha activa, donde la madre expresa su preocupación y angustia al no saber cómo ayudar a sus hijos, refiere que ha intentado hablar con ellos, hacerles saber que cuentan con su apoyo, pero estos responden con llanto a estas conversaciones y no expresan que está pasando y el porqué de la situación. Se brindan pautas enfocadas en un adecuado acompañamiento ante posible depresión, igualmente se dan pautas de crianza enfocadas en la etapa del desarrollo que se encuentra el adolescente.

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

Se hace énfasis en estar atento a la profundidad de las lesiones, y en caso de seguirse presentando con mayor profundidad y/o con claras intenciones de atentar contra su vida acudir inmediatamente al servicio de urgencias y tener manejo hospitalario.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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

Se realiza remisión a la EAPB Asmet Salud urgente a psicología y psiquiatría.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 30**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		**VALENTINA LARGO**		**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): JORGE MARIO			APELLIDOS: CASTRO AGUDELO		EDAD: 24
TIPO ID: CC	N° 1004756962	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3235092627		DIRECCIÓN: MZNA 2 CS 2		BARRIO: MIRADOR DE LLANO GRANDE	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N° ID N/R		EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

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

usuario se comunica manifestando que desde hace 15 días escucha una voz que le dice que se haga daño, el usuario lleva 9 meses sin trabajo por lo cual se siente estresado y ha tenido discusiones con sus padres que lo hacen sentir una carga.

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

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

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

se brinda espacio de escucha activa y empática, se indaga sobre contexto familiar y social con el fin identificar red de apoyo, se brinda orientación frente a plataformas y ferias de empleo con el fin de explorar recursos que el usuario desconoce. se dan pautas para lograr un sueño reparador, se hace énfasis en evitar estar todo el día en la cama y buscar actividades como el deporte que le permitan tener espacios de esparcimiento, esto con el fin de evitar el aislamiento social. Usuario niega conductas de autolesión en el último mes.

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

Se dan signos y síntomas de alarma a nivel mental por los cuales acudir al servicio de urgencias.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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

Se hace remisión prioritaria por psicología a las EAPB Nueva eps.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 29**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		**VALENTINA LARGO**		**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): LUCIA		APELLIDOS: LOPEZ			EDAD: 47
TIPO ID: CC	N° 24395923	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3147082521		DIRECCIÓN: MZNA 19 CASA 13		BARRIO: MIRADOR DE LLANO GRANDE	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R	
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

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

Usuaria se comunica manifestando estar preocupada por un amigo que le dijo que tiene intenciones de hacerse daño "él me dice que tiene una vocecita que le dice que se mate".

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

-Desempleo durante 7 meses
- ideación suicida

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

Se brinda escucha activa, se conocen aspectos relevantes del caso, se psicoeduca en cuanto a la influencia de los factores estresantes mencionados por la ciudadana en la salud mental y los diferentes riesgos que representa para la integridad de la persona, se dan estrategias para un acompañamiento positivo, se explica que la línea esta activa 24/7 por lo cual le puede dar el número a la persona para ayudarlo en proceso de activación de ruta en salud mental, igualmente se explica cómo pueden activar la ruta ellos mismos.

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

Se dan signos y síntomas de alarma a nivel mental por los cuales acudir al servicio de urgencias.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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

Orientación en activación de ruta en salud mental.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 22**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		**VALENTINA LARGO**		**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): MAICOL STIVEN		APELLIDOS: BUENO AGUDELO		EDAD: 15	
TIPO ID: TI	N° 1089606503	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3118735891		DIRECCIÓN: Calle 56		BARRIO: EL ROSAL	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): PAOLA ANDREA		APELLIDOS: AGUDELO			
TIPO ID: CC	N° ID 1080291983	EDAD: 37	**EAPB**:	ASMET SALUD	
TELÉFONO: 3118735891		DIRECCIÓN: Calle 56		BARRIO: EL ROSAL	

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

se comunica Paola Andrea Agudelo, madre del menor solicitando ayuda y orientación para saber cómo ayudar a su hijo de 16 años, el cual ha presentado signos y síntomas de alarma equivalentes a posible depresión.

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

aislamiento, episodios de llanto, sentimientos de tristeza y desesperanza

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

se brinda espacio de escucha activa, donde la madre expresa su preocupación y angustia al no saber cómo ayudar a sus hijos, refiere que ha intentado hablar con ellos, hacerles saber que cuentan con su apoyo, pero estos responden con llanto a estas conversaciones y no expresan que está pasando y el porqué de la situación. Se brindan pautas enfocadas en un adecuado acompañamiento ante posible depresión, igualmente se dan pautas de crianza enfocadas en la etapa del desarrollo que se encuentra el adolescente.

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

Se hace énfasis en estar atento a posibles conductas auto lesivas, y de ser así acudir al servicio de urgencias.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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

Se realiza remisión a la EAPB Asmet Salud prioritaria a psicología.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 31**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		**VALENTINA LARGO**		**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): MARIANA		APELLIDOS: PAVAS ECHEVERRI			EDAD: 28
TIPO ID: CC	N° 1088027933	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3042101518		DIRECCIÓN: CRA 13 #24-17		BARRIO: ALAMOS.	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: CC	N° ID N/R		EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

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

usuaria refiere llevar varios días sintiéndose mal emocionalmente, frustrada en su trabajo, ansiosa y con ideación suicida.

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

- Alteración en el estado de ánimo
- Anhedonia
- Pérdida de apetito
- Alteración en su ciclo de sueño, ideación suicida.

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

Se brinda escucha activa, se conocen aspectos relevantes del caso, se psicoeduca en cuanto a la influencia de los se brinda espacio de escucha activa y empática, se psicoeduca en técnicas para el manejo de la ansiedad, igualmente se refuerza la importancia de buscar espacios de esparcimiento en pro de prevenir el aislamiento social. Se explica la importancia de establecer red de apoyo con familia y amigos.
La usuaria expresa que el día de hoy no fue a trabajar porque no se sentía bien emocionalmente, por lo cual le interesa obtener una incapacidad, se le explica que legalmente como psicóloga no se está autorizado para otorgar dicho documento, solo lo puede hacer un médico. La usuaria expresa que se dirigir al servicio de urgencias.

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

Se dan signos y síntomas de alarma a nivel mental por los cuales acudir al servicio de urgencias.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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

Orientación en activación de ruta en salud mental.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 08**	**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): MIKJAHIL ALBERTO		APELLIDOS: OSPINA RINCON			EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° 1088356321	**EAPB**:	SURAMERICANA	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZO
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3197348959	DIRECCIÓN: MZ 8, CASA 9		BARRIO: PARQUE INDUSTRIAL (SECTOR CIUDAD BOQUIA)		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Ciudadana se comunica a la línea de contención emocional manifestando preocupación por su hijo el cual presenta movilizaciones de tipo emocional y cambios en su comportamiento.

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

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

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

Por medio de entrevista abierta se logra identificar rasgos de la personalidad del ciudadano, en donde se logra percibir foco detonante que conlleva a presentar síntomas asociados a cuadro depresivo. En donde presenta relación disfuncional con su actual pareja, por otra parte, se brindan estrategias a la red de apoyo como incluir hábitos dentro de sus rutinas que permitan minimizar dichos síntomas, finalmente se explica la importancia de hacer seguimiento constante ante la aparición de síntomas de tipo patológicos e iniciar conducto en salud mental por urgencias.

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

Como recomendación se hace psico orientación frente a la importancia de iniciar proceso individual por psicoterapia

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

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

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: 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): JUAN DAVID		APELLIDOS: TORO VALENCIA			EDAD: 45
TIPO ID: CC	N° 1088357454	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: NO APLICA		INSTITUCIÓN E: NO APLICA		OCUPACIÓN: DESEMPLEADO	
TELÉFONO: 3226786108		DIRECCIÓN: VEREDA LA ESTRELLA		BARRIO: SECTOR RURAL	

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

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

Ciudadano que se comunica a la línea de contención emocional manifestando malestar por situaciones asociadas a trastorno mixto de ansiedad y depresión.

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

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

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

Por medio de entrevista abierta se logra identificar rasgos de personalidad de tipo patológicos en donde se identifica posible trastorno mixto de ansiedad y depresión según algunos síntomas mencionados por el ciudadano, si bien presenta historial en el Hospital mental de Risaralda, suspendió el tratamiento por especialistas al igual que la terapia medicamentosa. Frente al área relacional se presentan dificultades ya que refiere que se ha ido alejando de su red familiar, se hace psicoeducasion frente a la importancia de identificar personas que puedan servir como red de apoyo ante ideaciones suicidas.

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

Se recomienda incluir actividades que permitan fortalecer sus relaciones interpersonales, además poder continuar con proceso psicoterapéutico en sus rutinas.

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

El usuario se compromete a poner en práctica lo interiorizado durante la llamada, además genera compromisos con el profesional frente al empoderamiento en su proceso clínico con diversos especialistas.

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: 10**	**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): MARGORY		APELLIDOS: CADAVID			EDAD: 60
TIPO ID: CC	N° 32287926	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: PROFESIONAL		INSTITUCIÓN E: NO APLICA		OCUPACIÓN: TRABAJADORA SOCIAL	
TELÉFONO: 3234847065		DIRECCIÓN: MZ 22, CASA 21		BARRIO: MONSERRATE (VILLASANTANA)	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Ciudadana se comunica a la línea de contención emocional en donde se identifica llanto y estado que denota tristeza por situaciones adversas en su historia de vida.

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se percibe, dificultad en la dinámica familiar específicamente con sus nietos, ya que presentan conductas desafiantes y dificultad para el cumplimiento de la norma. Es importante mencionar que la ciudadana fue víctima de desplazamiento forzado por grupos al margen de la ley y dicha situación ha generado modificación de conductas y síntomas depresivos.

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

Al momento de recepcionar la llamada se identifica crisis de tipo emocional en donde por medio de técnicas catárticas logra nuevamente la regulación de sus emociones, se identifica focos detonantes, como situaciones adversas en su historia de vida como desplazamiento forzado generando síntomas depresivos, además situación de estrés por comportamientos disruptivos y a normativos por parte de sus nietos. Frente a esto, se busca que la ciudadana busque redes de apoyo familiar que permitan ejercer mayor control sobre sus nietos, por otra parte, se explica la importancia de realizar acciones y actividades acorde a su etapa de desarrollo.

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

Como recomendación se hace psico orientación frente a la importancia de iniciar proceso individual por psicoterapia, logrando elaborar situaciones adversas dentro de su historia de vida.

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

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

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

Se brinda información detallada de la unidad de victimas en la ciudad de Pereira re direccionando el caso buscando ayudas que podrían aportar para el proceso de adaptación a nuevos entornos.

_____ **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: 9**	**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): NICOLAS		APELLIDOS: HENAO PINEDA			EDAD:25
TIPO ID: CC	N°: 1004961530	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:				OCUPACIÓN:
TELÉFONO: 3237606586	DIRECCIÓN: CONJUNTO COLORES DE LA VILLA - TERRACOTA 6				BARRIO: Colores de la Villa

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

[**PRIORITARIO**] Usuario se comunica expresando excesiva preocupación por amigo que presenta síntomas de depresión acompañados de ideación suicida. Ante esta situación, se solicita información sobre red de apoyo, brindando número de padre de amigo.

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

Se establece contacto con el padre del paciente, quien informa que, debido a diversas circunstancias personales reflejadas en la historia de vida del paciente, su hijo ha venido presentando síntomas depresivos de manera progresiva exacerbando ideación suicida con plan ampliamente estructurado

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

Se realiza psicoeducación con el objetivo de brindar al padre información detallada sobre los signos de alarma asociados a ideación suicida y estrategias de prevención.

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

Se deja a disposición línea de contención emocional y línea de emergencias 123 en caso de requerirlo

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

Padre y amigo de usuario se comprometen a estar al tanto de salud mental de usuario. Adicional, de contactarse a líneas de orientación mental en caso de requerirlo

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 psicoterapeutico

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 / LINEA HABLAME**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): PAULA ANDREA		APELLIDOS: SANCHEZ GIRALDO			EDAD:37
TIPO ID: CC	N°: 1088297850	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:
TELÉFONO:3503883388		DIRECCIÓN: MZ56 CS19		BARRIO: HACIENDA CUBA	

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] Se comunica usuaria a línea de contención emocional indicando que su hermana presentó gesta suicida con insecticida

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

Historial de gesta suicida, gesta suicida actual con insecticida, nulas herramientas de afrontamiento, pobre tolerancia a la frustración, nula inteligencia emocional.

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

Se brinda asesoría a familiar sobre la importancia de la adecuada adherencia al tratamiento a fin de prevenir recidivas, gestas suicidas o conflictos internos. Además, se recalca la importancia de la adherencia al proceso terapéutico por parte de psiquiatría y psicología

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

Se recomienda que, en caso de no ser trasladada por parte de ambulancia lo realicen por sus propios medios con el fin de garantizar la seguridad y salud de la usuaria.

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

Familiar se compromete a realizar traslado a centro asistencial

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

Se comenta caso con SemPereira Mateo Torres el cual despacha ambulancia. Finalmente tripulantes de ambulancia no realizan traslado debido a que usuaria presenta signos vitales dentro de los rangos de normalidad, además, usuaria se resiste a ser trasladada lo cual su familia refieren entender y aceptar

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: 23**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HÁBLAME**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): RAQUEL MARIANA		APELLIDOS: ARISTIZABAL			EDAD:31
TIPO ID: CC	N°:	**EAPB**:		ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E: RAQUEL ARISTIZABAL				OCUPACIÓN:
TELÉFONO: 3136699740	DIRECCIÓN: Calle 75 #45-26 Torre20 Apto404		BARRIO: Bosques de cuba		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): N/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)

[**PRIORITARIO**] Se comunica usuaria solicitando atención psicológica debido a fluctuaciones en su estado anímico

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

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

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

Se brinda amplia asesoría sobre la importancia de iniciar proceso psicoterapéutico con el fin de tratar sus síntomas psicológicos de afectan su cotidianidad y estado anímico

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

Se recomendó a usuaria emplear técnicas y mecanismos enseñados durante llamada, se brindó momento con usuaria acercándola a proceso de insight por medio de dialogo socrático. Además, se enseñaron técnicas de reestructuración y defusión cognitiva, técnicas de mindfulness y ejercicios de autocompasión. Por otra parte, se brindó charla reflexiva sobre prácticas sexuales seguras

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

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

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

Se realiza remisión de carácter prioritario para valoración por psicología

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: 06**	**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): DIANA MARÍA		APELLIDOS: ECHEVERRI FRANCO			EDAD:44
TIPO ID: CC	N°: 42019243	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:
TELÉFONO: 3117454223		DIRECCIÓN: MZ1 CS38		BARRIO: CORREGIMIENTO ALTAGRACIA	

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)

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

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

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

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

Se brindó espacio de desahogo emocional y escucha empática, se psicoeduca ampliamente sobre etapas de duelo y la importancia de vivenciar cada una de estas. Adicional, se brindan herramientas de gestión emocional por medio de reestructuración y defusión cognitiva. Por otra parte, se empleó técnica de mindfulness de autocompasión, enfatizado en proceso cartatico e introspectivo, lo que permitió identificar factores protectores.

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

Se recomienda iniciar proceso psicoterapéutico con el fin de ser sobrellevar situación actual.

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

Usuaria se compromete a realizar ejercicios y mecanismos psicológicos al momento en que los requiere. Además, de estar al tanto de líneas telefónicas para asignación de cita.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 06**	**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): EDWIN WILSON		APELLIDOS: CABEZAS ARENAS			EDAD: 28
TIPO ID: CC	N°:1107095802	**EAPB**:	FAMISANAR	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:
TELÉFONO: 3103804500		DIRECCIÓN: CALLE 19 15-67			BARRIO: OLAYA HERRERA

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)

[**PRIORITARIO**] Se comunica usuario con malestar emocional significativo con síntomas sugestivos de ansiedad por separación.

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

Malestar emocional significativo, pobres herramientas de gestión emocional, episodios de ansiedad por separación, desafiliado del sistema de seguridad social

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

Se brindó asesoría sobre la necesidad de afiliarse al sistema de seguridad social, el fortalecimiento de redes de apoyo emocional. Además, se indica que en secretaría de salud brindan atención psicológica presencial

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

Se recomienda iniciar proceso psicoterapéutico con el fin de sobrellevar proceso de separación. Además, se recomienda que realice ejercicios de gestión emocional por medio de técnicas de respiración, mindfulness y meditación guiada. Se deja a disposición líneas de atención

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

Usuario se compromete a realizar proceso de afiliación al sistema de seguridad social y realizar técnicas y mecanismos de gestión emocional en momentos en que los requiera

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

Debido a que usuario se encuentra en estado retirado de su eps no se realiza remisión

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

OTRAS CAUSAS: ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 18**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**		
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Rodolfo Samuel		APELLIDOS: Dávila Tapasco		EDAD: 17	
TIPO ID: CC	N° 1089384592	**EAPB**:	Nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3118464683		DIRECCIÓN: Morelia		BARRIO:	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Ana Omaira		APELLIDOS: Tapasco			
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:		
TELÉFONO: 3207791936		DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

OTRAS CAUSAS: Baja autoestima sentimiento de minusvalía prioritario: se contacta Samuel en aparente crisis emocional llanto "estoy mal, mi pareja me dice que yo no tengo amor propio entonces como puedo amarlo a él, yo no sé cómo amarme, nada de lo que hago sale bien"

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

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

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

se brinda escucha activa y empática, se realza técnica de respiración con el fin de regular sus emociones, episodio de llanto, se brindan técnicas de auto cuidado, importancia de buena higiene mental, técnica de auto conocimiento, la técnica del espejo

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

se recomienda iniciar proceso psicológico lo cual acepta

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

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

se realiza remisión

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 14**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

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

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Se comunica usuaria manifestando sentirse deprimida y triste desde hace varios meses, menciona consumo activo de cocaína para sobrellevar la ansiedad, dicho consumo viene desde hace 2 años aproximadamente.

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

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

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

Se brinda espacio de escucha activa y empática, ante la situación relatada por la usuaria se realiza entrevista semiestructurada con el fin de conocer más detalladamente las situaciones mencionadas por la usuaria, tales como: preocupación por situación económica de su hija, separación y consumo de esta. Duelo ante separación de pareja por sobredosis, procesos desintoxicación previos (11 años de consumo, intervalos máximos de 2 años sin consumir por proceso terapéutico). Se explica a la usuaria el proceso de tolerancia a la sustancia ya que la usuaria refiere que cada vez necesita una dosis más alta, adicional se explica lo que es el síndrome de abstinencia y se refuerza la importancia de realizar proceso psiquiátrico y psicológico en los procesos de desintoxicación, esto ante el miedo de la usuaria a tomar medicamentos.

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

Se refuerza la importancia de buscar acercamientos con la red de apoyo menciona por la usuaria y de la cual ha tendido a alejarse.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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

Se realiza remisión a la EAPB Sura urgente a psiquiatría y psicología.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional: 273290** **Firma: Valentina Largo**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 17**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Margory		APELLIDOS: Cadavid			EDAD:60
TIPO ID: CC	N° 32287926	**EAPB**:	Asmet salud	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3234847065		DIRECCIÓN: MZ 22, CASA 21		BARRIO: MONSERRATE	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): RUTH NATALY (HIJA)		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3146332957	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

OTRAS CAUSAS: orientación activación de ruta- Prioritaria: se contacta Margoly quien indica "mi nieta apareció en la madrugada requiero orientación ya que esta descompensada está internada en el hospital de Kennedy y ha intentado volarse queremos mirar que se puede hacer por ICBF"

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

adolescente fugada con un extranjero, falta de límites, posible trata de personas

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

se brinda escucha activa y empática, se brinda información correspondiente, lo ideal es dirigirse a ICBF para activación de ruta

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

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

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

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 24**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Alejandra		APELLIDOS: Eusse aristizabal			EDAD: 25
TIPO ID: CC	N° 1193386074	**EAPB**:	Nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3004354001		DIRECCIÓN: 2e-04		BARRIO: circunvalar	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

OTRAS CAUSAS ataque de pánico prioritario: se contacta Alejandra en ataque de pánico, "me siento mal y no se con quién más hablar, me voy del país tengo miedo llevo 7 años con mi pareja y ahora me voy a vivir con él, me angustia el futuro, aparte tengo situaciones familiares de las cuales me siento huyendo, con mi hermana tengo una relación toxica porque ella no sabe cómo controlarse y hace días en una discusión intento ahorcarme, no me quiero ir enojada con ella, manifiesta que toma pregabalina y está en proceso psiquiátrico"

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

llanto, dificultad para respirar, manos frías temblorosas y con hormigueo, náuseas, taquicardia, DX trastorno mixto de ansiedad y depresión

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

se realiza inicialmente técnica de respiración y relajación guiada, posterior a esto se escucha activa y empáticamente, se explica la técnica con el fin de usarlo cuando comience a sentir que va a iniciar la crisis, la importancia de hacer consiente la respiración.

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

se recomienda iniciar proceso terapéutico para gestionar las situaciones adversas, así mismo se recomienda tomar gotas de rescate o pasiflora con el fin de ayudar a su cuerpo a regular de manera natural su sistema nervioso

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

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

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 15**	**MES: 7**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Alejandro		APELLIDOS: Ceballos Ballesteros			EDAD: 15
TIPO ID: ti	N° 1054875560	**EAPB**:	Nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3117469445		DIRECCIÓN: cra 23 bis 74-40		BARRIO: Ormaza cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Miriam		APELLIDOS: Ballesteros		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3117469445	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

CONDUCTA SUICIDA ideación suicida Prioritaria se comunica la señora Miriam ballesteros madre de Alejandro quien indica "requiero ayuda con mi hijo, el desde los 10 años se declaró GAY actualmente tiene 15 años... se ha visto rechazado por sus amiguitos de la cuadra, del colegio mantiene aburrido, yo trato de buscar quien lo escuche, yo lo llevo a citas por psicología en la Eps pero él dice que no siente que lo escuchen, ayer me dijo una frase que me tiene intranquila me dijo "tranquila mama ya pronto te quitare un peso de encima" yo lo veo muy deprimido el necesita ayuda"

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

in diagnostico en salud mental, depresión, ansiedad, ideación de muerte recurrente

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

se brinda escucha activa y empática, se explica la importancia de ser valorado por psiquiatría, manifiesta que tiene cita por psicología el jueves y la solicitara

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

Se recomienda no suspender el proceso psicológico, si por algún motivo no le gusta el terapeuta pedir cambio

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

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

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 22**	**MES: 7**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): anonimo		APELLIDOS:		EDAD:	
TIPO ID: CC	N°	**EAPB**:		ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:		
TELÉFONO: 3113306255	DIRECCIÓN:		BARRIO: Parque industrial		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

OTRAS CAUSAS queja anónima orientación activación de ruta: prioritaria

se contacta mujer quien indica "hace 8 días vinieron al barrio mirador de llano grande de la alcaldía de Pereira haciendo brigada de salud el psicólogo Santiago de la secretaria de salud quedo de venir el jueves 17 de julio para atender a mi hija que requiere la atención, resulta que nunca llego, ni llamo y yo no lleve a la niña a una cita de odontología esperándolo, quiero colocar la queja porque están jugando con el tiempo y la necesidad de nosotros "

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

frustración, enojo

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

se brinda escucha activa y empática se brinda información sobre los derechos en salud mental a los cuales puede acceder, se le plantea la posibilidad de activar ruta desde acá, indica que ya ha solicitado la cita por su eps pero que no le asignan las citas que ella quiere colocar la queja de lo sucedido en la alcaldía o en la secretaria de salud se brinda dirección y proceso a seguir

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

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

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

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional: 197555** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 17**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Gimena		APELLIDOS: Palomeque Pinilla		EDAD: 22	
TIPO ID: CC	N° 1078178621	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3116285088		DIRECCIÓN: mz 2 cs 21		BARRIO: DORADO 2	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): RUBIELA		APELLIDOS: PELOMEQUE		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3103630132	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

OTRAS CAUSAS: orientación de pareja prioritario se contacta Rubiela palomeque quien indica "mi hija está en problemas con su pareja ayer tuvieron una discusión y se sacaron cuchillo esto para mí no es normal quisiera que ella fuera al psicólogo presencial"

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

agresión física- problemas de pareja

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

se brinda escucha activa y empática, se explica proceso a seguir

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

Iniciar proceso por psicología

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

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

se realiza remisión a EAPB

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 15**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Juan Sebastián		APELLIDOS: Ramírez		EDAD: 22	
TIPO ID: CC	N° 1004679709	**EAPB**:	coosalud	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3171351261		DIRECCIÓN: calle 66 c 45-40		BARRIO: cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Angie Ramírez parra		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3246623678	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

OTRAS CAUSAS Crisis de depresión y bipolaridad urgente se comunica Angie quien indica "mi hermano fue diagnosticado con Bipolaridad, pero él no se quería tomar los medicamentos porque dice que no los necesita, mi mama le daba la respiradona en la bebida, pero como se dio cuenta ya no quiere recibir ni agua, lleva 2 días llorando dice que no quiere vivir más, mi mama y yo estamos preocupadas me da miedo que haga algo"

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

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

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

se brinda escucha activa y empática, se psico orienta en salud mental la importancia de continuar proceso con psicología y psiquiatría, así mismo lo indispensable que es el medicamento, ya que el medicamento suple las necesidades que el cerebro por sí solo no está generando, se indica que si su condición empeora o lo ven muy descompensado es de vital importancia trasladarlo a urgencias

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

Se recomienda trasladarlo a urgencias e iniciar proceso por psicología y psiquiatría lo cual aceptan

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

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

se realiza remisión a psicología y psiquiatría

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 16**	**MES: 7**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Luis Emiro		APELLIDOS: Nabares Castro			EDAD: 30
TIPO ID: CE	N° 27603921	**EAPB**:	desafiliado	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3017963725		DIRECCIÓN: mz 1 casa 14		BARRIO: el dorado	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

OTRAS CAUSAS: esquizofrenia episodio psicótico presente urgente - se comunica Maryory Garzón de la fiscalía general de la nación indicando "se contacta con nosotros un ciudadano a las 8:22 pm se llama LUIS NAVARES nacionalidad extranjera venezolano sin documentación en regla, solo CE, él vive en la ciudad de Pereira en el barrio el dorado, el cual manifiesta desde el 2023 esta diagnosticado con esquizofrenia tiene alucinaciones visuales y auditivas le dicen que se mate escucha gritos y le dicen como matarse, dice que en un hotel le instaron un chip desde eso él puede ver hologramas, él le dice a las alucinaciones que él es capaz de matar a una persona para que ellas desaparezcan me dice que le da miedo hacerle daño a la mama o alguien más, por esto la llamo para dejar en conocimiento esto y que se pueda internar" CORREO LUIS_NAVAREZ2@HOTMAIL.COM

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

descompensación por medicamento, ideación suicida y homicida, esquizofrenia, alucinaciones visuales y auditivas, desafiliado de la eps

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

se brinda escucha activa y empática

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

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

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

se envía cuadrante y ambulancia a la dirección con secad 22554810, llega la ambulancia DAC353 PREVIMED quienes manifiestan que no requerían el servicio **AMBULANCIA NO EFECTIVA**

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional:** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 24**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Mónica		APELLIDOS: Monsalve			EDAD:
TIPO ID: CC	N° 42142991	**EAPB**:	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3219050864		DIRECCIÓN: CARRERA 11 No 6-80		BARRIO: Corocito	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR A La mujer por parte de su hijo prioritario: se contacta la señora Paola Ahumada del ICBF línea 141 manifiesta " la señora Mónica Monsalve quien es usuaria reiterativa llama una vez a la semana ya que su hijo de 16 años Johan Fabio Ávila es agresivo con ella, hoy manifiesta le dio patadas la pellizca discuten frecuentemente él se aprovecha porque ella tiene discapacidad visual"

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

discapacidad visual, violencia física y verbal, no acepta ayuda de policía ni psicología no quiere remisión ni denunciar a su hijo a comisaria

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

se brinda escucha activa y empática, se reitera la importancia de intervención por parte de ICBF ya que la señora se niega a recibir ayuda por parte de nosotros, se trata de contactar y rechaza la llamada, acude la policía y aun así no permite el ingreso o el dialogo con el menor. se envía cuadrante con secad 22558480, al llegar al lugar la señora manifiesta que ella la única ayuda que requiere es de ICBF no quiere hablar con nadie mas

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

Recomendación general activar ruta por ICBF o comisaria de familia

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

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

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 15**	**MES: 07**	**AÑO: 20025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Natalia		APELLIDOS: Ossa Torres			EDAD: 43
TIPO ID: CC	N° 42148302	**EAPB**:	coomeva	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3117696509		DIRECCIÓN: CALLE 96 17-32		BARRIO: Belmonte	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

CONDUCTA SUICIDA ideación suicida prioritaria: se comunica la señora Natalia Ossa docente orientadora del colegio Pedro Pablo Bello de la Virginia solicitando contactar a la señora Sandra quien tiene pensamientos de muerte y publica imágenes despidiéndose

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

Sin diagnostico en salud mental, nula red de apoyo.

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

se brinda escucha activa y empática, se explica al ser de otra ciudad no se podría remitir

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

Se recomienda contactar la línea de la gobernación 106

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

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

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 14**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea háblame**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Jennifer		APELLIDOS: Giraldo Agudelo			EDAD: 35
TIPO ID: CC	N° 1088272489	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3165330660		DIRECCIÓN: mazna 9 casa 17		BARRIO: panorama 2	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Vanessa		APELLIDOS: Parra		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3134085614	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

OTRAS CASUSAS orientación psicológica prioritaria se comunica Vanessa Parra manifestando "tengo una situación con una amiga, ella sufre de ansiedad y depresión pero no sé cómo ayudarla yo vivo en Villavicencio requiero orientación para poderla guiar desde acá, sé que está consumiendo drogas pero no sé qué consume, antier en la noche me llama otro amigo de ella que no conozco que estaba en crisis, que la veía muy mal yo la llame trate de tranquilizarla, le digo que entre al gym, que leamos un libro juntas, que busquemos cosas para hacer así estemos lejos, dime que puedo hacer estoy preocupada"

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

consumo, ansiedad, ataques de pánico, red de apoyo fuera de la ciudad, aislamiento social, síntomas depresivos.

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

se escucha activa y empáticamente, se indica proceso por psicología y psiquiatría, fortalecer la red de apoyo, acompañamiento, no tiene datos de ella los pedirá y le indicara que llame

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

Se recomienda proceso psicológico y psiquiátrico

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

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

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional:** **N° Tarjeta Profesional:** **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: 11**	**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): Marly Johana		APELLIDOS: Toro Ramírez			EDAD: 40
TIPO ID: CC	N° ID 42032322	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Desempleada.	
TELÉFONO: 3004384916		DIRECCIÓN: Mz 2 Casa 11		BARRIO: Bario el Bosque.	

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 quien se encuentra en los servicios de urgencias, presenta antecedentes de depresión, sin tratamiento de control, motivo de descompensación dificultades en la relación de pareja.

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

-Dependencia emocional.
-Redes de apoyo débiles.
-Condición en salud mental, sin tratamiento de control.

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

Se brindan primeros auxilios psicológicos mediante escucha activa, expresa poco, relata no ser capaz de enfrentar otra recaída, se psicoeduca en su condición, se explica que es normal estos pensamientos y perdida del placer frente actividades de vida cotidiana, se motiva al cambio a centrarse en las habilidades adquiridas, las redes de apoyo, practicar actividades de ocio y tiempo libre que anteriormente disfrutaba, resalta no querer hablar más y finaliza la llamada.

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

Continuar proceso de activación de ruta por los servicios de urgencias.

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

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

Primeros auxilios psicológicos.

_____ **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: 18**	**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): Susan Johana		APELLIDOS: Ruiz López			EDAD: 43
TIPO ID: CC	N° ID: 42144900	**EAPB**:	S.O.S	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: Empleada.
TELÉFONO: 3146241824		DIRECCIÓN: Centro de Pereira		BARRIO: N/R	

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 manifiesta angustia al enterarse del inicio de consumo por parte de su hijo, solicita orientación ya que teme equivocarse, presenta sentimientos de culpabilidad y vergüenza con alteraciones en el sueño debido a su preocupación. Menor con antecedentes de síndrome de asperger.

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

-Dificultades en pautas de crianza.
-Influencias negativas.
-Moda de consumo de SPA.
-Baja percepción de riesgo

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

Se brindan primeros auxilios psicológicos, se identifican conductas que mantienen y refuerzan el problema, se brinda psicoeducacion sobre el síndrome de asperger y las consecuencias de consumir SPA, por lo cual, se sugiere iniciar tratamiento psicológico con intervención familiar, para la adecuada atención del problema relacionado al consumo de SPA, se resaltan sus derechos en salud mental, se motiva a la intervención temprana y manejo de estados de ansiedad, se explica activación de ruta por los servicios de urgencias por consumo de SPA, la ciudadana resalta sentirse más tranquila agradece por el espacio brindado.

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

Activación de ruta en salud por consumo de SPA.

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

Iniciar proceso de atención por los servicios de urgencias

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

Orientación en activación de ruta en salud mental, primeros auxilios psicológicos.

_____ **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: 18**	**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): Nancy		APELLIDOS: Ospina Loaiza			EDAD: 52
TIPO ID: CC	N° ID: 31907459	**EAPB**:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: Empleada.
TELÉFONO: 3018172951		DIRECCIÓN: Centro de Pereira		BARRIO: N/R	

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 manifiesta sentimientos de culpabilidad y vergüenza, ante dificultades al interior de su hogar en relación madre e hija, quien tiene diagnostico en salud mental el cual le dificulta los procesos de aprendizaje e interacción social.

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

-Baja educación frente a la condición en salud mental.
-Inadecuada resolución de conflictos.
-Ausencia de figura paterna.
-Soledad.

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

Se brindan primeros auxilios psicológicos, se realiza técnica de control de la respiración, se confronta de manera positiva sus sentimientos de culpabilidad, ya que todos los seres humanos se equivocan, sin embargo, se debe aprender y modificar para mejorar la convivencia y por ende, su salud mental, se sugiere solicitar gestión de cita en salud por su EAPB, la ciudadana acepta y agradece por el espacio brindado.

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

Mejorar la resolución de conflictos y manejo de emociones.

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

Aprender a sobrellevar las diferencias

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

Primeros auxilios psicológicos.

_____ **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: 18**	**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): Margory Trinidad			APELLIDOS: Cadavid Díaz		EDAD: 60
TIPO ID: CC	N° ID: 32287926	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Ama de casa.	
TELÉFONO:		DIRECCIÓN: Centro de Pereira		BARRIO: N/R	

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 manifiesta que su nieta, menor de 14 años de edad se encuentra en nivel de vulnerabilidad frente a situaciones que afectan su integridad, abuso sexual. Ya se dirigieron al ICBF y resaltaron que el caso se podía manejar desde casa.

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

-Dificultades en pautas de crianza, padres permisivos.
-Exposición a actividades sexuales por dinero o trata de personas.
-Altamente influenciable.

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

Se brinda escucha activa se conocen aspectos relevantes del caso, identificando situaciones de vulnerabilidad y rebeldía por parte de la menor, se sugiere recolectar pruebas de las actividades ilícitas de la menor y sus acompañantes para nuevamente llevar el caso al ICBF, quienes se encargarán del restablecimiento de derechos, la persona agradece por el espacio brindado.

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

Procurar el cuidado del bienestar integral de la menor.

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

Continuar atenta a las necesidades de su nieta y prevención de riesgos.

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

Primeros auxilios psicológicos, orientación de caso.

_____ **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: 26**	**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): Karol Andrea		APELLIDOS: Gordillo Benavides			EDAD: 41
TIPO ID: CC	N° ID: 59310070	**EAPB**:	Sanitas.	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Estudiante SENA	
TELÉFONO: 3213067193		DIRECCIÓN: Calle 15 # 4-11		BARRIO: N/R	

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 presenta alteración emocional, cuadro de depresión severa con dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de culpabilidad y vergüenza, con plan estructurado de suicidio, intento previo hace seis (6) años.

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

-Condición en salud mental.
-In-adherente a medicación y tratamiento psiquiátrico.
-Dificultades en relación de pareja.
-Infidelidad por parte de ambas personas.

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

Se brinda escucha activa, con psicoeducacion sobre la sintomatología presentada y motivos de descompensación, in-adherente a medicación e intervención psicológica, como también infidelidad cometida en días anteriores, expresa dificultades en la relación de pareja e intimidad, se ofrecen alternativas de solución, desde la comunicación asertiva de sus necesidades y compromisos de mejorar por parte de ambas personas, se resaltan sus derechos en salud mental, se orienta para la práctica de actividades que le ayuden a regular su estado de ánimo, evitando el aislamiento social y la disfuncionalidad, se trabaja sobre principales redes de apoyo y motivaciones de vida, como hija, estudios educativos, entre otros.

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

Retomar proceso de psicoterapia.

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

Modificar conductas desadaptativas.

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

Cita por psicología gestionada desde el programa Sem-Salud Mental, la ciudadana decide reagendarla.

_____ **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: 28**	**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): Julie Andrea		APELLIDOS: Moreno Cardona			EDAD: 39
TIPO ID: CC	N° ID: 1088242118	**EAPB**:	S.O.S	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Empleada	
TELÉFONO: 3104651349		DIRECCIÓN: Carrera 43 B - N° 87-05		BARRIO: Guaduales de Canaán.	

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 solicita orientación en activación de ruta en salud mental, para compañero de trabajo quien presenta cuadro de depresión severa, con alteraciones en el sueño, ausentismo laboral, pensamiento suicida a causa de ruptura amorosa.

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

-Ruptura amorosa.
-Apego emocional.
-Inadecuadas habilidades para afrontar el duelo.

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

Se brinda escucha activa, se conocen aspectos relevantes del caso, se identifica posible cuadro de depresión severa, se psicoeduca en cuanto a esta condición y los diferentes riesgos que representa para la integridad de la persona, por lo cual se sugiere activación de ruta en salud mental, por los servicios de urgencias, donde es atendido por diferentes especialidades medicina general, psicología y psiquiatría para el abordaje integral de la condición, la ciudadana 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 los servicios de urgencias.

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

Continuar acompañamiento para acceso a los servicios de salud.

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

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.

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 01**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA DE CONTENCIÓN EMOCIONAL.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**		**PROFESIÓN: Psicólogo.**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S):Santiago		APELLIDOS: Ramírez Osorio			EDAD: 20
TIPO ID: CC	N° ID 1004529637	**EAPB**:	S.O.S	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: Bachiller		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Empleado.	
TELÉFONO: 3205259585		DIRECCIÓN: Carrera 6 a # 22-40		BARRIO: Centro de Pereira.	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Diana		APELLIDOS: Patricia Osorio.		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3165894451	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Se comunica ciudadana quien solicita ayuda psicológica para su hijo, quien presenta estados de ansiedad alrededor de dos (2) meses con temblores y sudoración, dolor en el pecho con dificultades en la respiración, ya se descartaron causas físicas, presenta deterioro de aspectos de vida, como lo es ausentismo laboral.

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

No se identifican eventos importantes en los últimos dos meses. Pérdidas o exposición a eventos estresantes o traumáticos, asimismo, niega conocimiento de consumo de SPA.

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

Se indaga caso, para verificar causas del cuadro de ansiedad presentado, no se obtienen datos, ya que la figura materna, expresa que su vida es normal sin alteraciones en ningún aspecto de vida, la ansiedad ya ha afectado significativamente diferentes aspectos de vida, como lo es el social, laboral y familiar, por lo cual se recomienda iniciar proceso de atención por los servicios de psicología, para el tratamiento de su condición. Se da cuenta de sus derechos en salud mental. Se sugiere solicitar cita.

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

Solicitar cita por los servicios de psicología y psiquiatría ante su EAPB.

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

Iniciar con la gestión de citas.

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

Orientación en activación de ruta por salud mental.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 02**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA DE CONTENCIÓN EMOCIONAL.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**		**PROFESIÓN: Psicólogo.**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Ana Victoria		APELLIDOS: Patiño			EDAD: 20
TIPO ID: CC	N° ID N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R		
TELÉFONO: 3003690084	DIRECCIÓN: Calle 33 # 10-56		BARRIO: N/R		

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.
Se comunica ciudadana, quien solicita despacho de ambulancia para joven con cuadro de ansiedad, presenta sudoración y temblores, expresa incoherencias, temor hacia el medio exterior.

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

-Condición en salud mental sin diagnóstico.

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

Se indaga caso para determinar el nivel de la emergencia, no presenta algún antecedente de condición en salud mental, indica que actúa como red de apoyo a petición de un amigo por lo cual no sabe si anteriormente ha consultado por los servicios de psicología o psiquiatría, se indica que no cumple con criterios para despacho de ambulancia, ya que no se encuentra en riesgo su vida, por lo cual, el traslado debe ser por sus propios medios, se orienta en activación de ruta por los servicios de urgencias. lo cual es entendido y aceptado por la persona.

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

Activar ruta por los servicios de urgencias.

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

Velar por la salud de la persona en crisis.

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

Orientación en activación de ruta en salud mental.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 04**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA DE CONTENCIÓN EMOCIONAL.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas**		**PROFESIÓN: Psicólogo.**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Gustavo Adolfo		APELLIDOS: Henao Ramírez			EDAD: 53
TIPO ID: CC	N° ID 7563703	**EAPB**:	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3173535906		DIRECCIÓN: Centro de Pereira		BARRIO:	

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.
Ciudadano, expresa las diferentes dificultades que atraviesa a diario por su condición de autoestimo donde algunos profesionales tratantes, familiares y comunidad lo estigmatizan.

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

-Condición en salud mental.
-Estigma y discriminación hacia las personas con condiciones especiales.

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

Se brinda escucha activa, expresa diferentes situaciones en las que se ha sentido excluido por parte de la sociedad, presenta dificultades para cubrir algunas necesidades básicas y poder acceder a tratamientos de manera particular, se motiva a centrarse en sus redes de apoyo y las posibilidades que tiene del medio para sobrellevar su condición, entiendo que a modo general el sistema de salud presenta barreras en la atención no solo para el autismo sino también para las demás patologías, se sugiere iniciar proceso de psicoterapia solicitándolo por medio de su EAPB, se resaltan sus derechos en salud mental, agradece por el espacio brindado.

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

Solicitar servicios en salud para el abordaje integral de su condición.

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

Gestionar citas ante su EAPB.

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

Primeros auxilios psicológicos, orientación en gestión de cita por psicología por medio de su EAPB.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 04**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA DE CONTENCIÓN EMOCIONAL.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**		**PROFESIÓN: Psicólogo.**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Mónica Paola		APELLIDOS: Gonzales Gonzales			EDAD: 26
TIPO ID: CC	N° ID	**EAPB**:	Sanitas	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: Empleada.	
TELÉFONO: 3173111307	DIRECCIÓN:CALLE 66 B N 26-43		BARRIO: 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)

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Ciudadana, presenta alteración emocional, por maltrato psicológico por parte de su pareja, con manipulación, cuestionamiento sobre sus acciones, reproches, maltrato económico, poca demostración de afecto.

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

-Dependencia emocional.
-Estar huérfana desde temprana edad.
-Débiles redes de apoyo.

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

Se brindan primeros auxilios psicológicos mediante escucha activa, relata diferentes situaciones en las que se ha visto manipulada y violentada de diferentes maneras, se cuestionan sus acciones negativas, el permitir malos tratos a cambio de compañía, se resaltan sus derechos en salud mental y la necesidad de iniciar tratamiento por los servicios de psicología para la adecuada atención de sus dificultades presentadas.

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

Fortalecer su autoestima con acompañamiento de un profesional de la salud.

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

Modificar pensamientos y conductas negativas que mantienen el problema.

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

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.