Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 15**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	**PSICOLOGO**

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): LUZ YAJAIRA			APELLIDOS: MURILLO MOSQUERA	EDAD: 25
TIPO ID: CC	N° 1010084478	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: 3244060978	DIRECCIÓN: MZ 5, CASA 57			BARRIO: PLUMON ALTO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

No aplica

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

Nivel de urgencia: PRIORITARIO

Paciente que presenta síntomas depresivos (dificultad para conciliar el sueño, momentos de llanto y de tristeza, poca motivación para realizar algunas actividades rutinarias), como foco detonante relación conflictiva y disfuncional con su pareja actual, se identifica la no elaboración de situación de duelo por perdida de su referente más significativo (abuela materna), perdida perinatal y duelo por su expareja, dichas situaciones se ven proyectadas con sintomatología actual.

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

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

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

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

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional:** Andres Felipe Giraldo salas **N° Tarjeta Profesional:** 128066 **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 09**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): MAURICIO		APELLIDOS: GIRALDO QUINTERO		EDAD: 25
TIPO ID: CC	N° 1010126989	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: 3113300415	DIRECCIÓN: CRA 15, #1-50			BARRIO: CERRITOS

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): DIANA		APELLIDOS: QUINTERO		
TIPO ID: N/R	N° ID NO RESPONDE	EDAD: N/R	**EAPB**	NO RESPONDE
TELÉFONO: NO RESPONDE	DIRECCIÓN: NO RESPONDE			BARRIO: NEW YORK

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

NO APLICA

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

NIVEL DE REQUERIMIENTO: PRIORITARIO

Ciudadano que presenta síntomas depresivos (llanto constante, dificultad para conciliar el sueño, momentos de irritabilidad), por otra parte presenta ideaciones suicidas por situaciones adversas.

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

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

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

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

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada**	**Nombre del profesional:** Andres Felipe Giraldo salas _____ **N° Tarjeta Profesional:** 128066
Cedula: _____	**Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 24**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	**PSICOLOGO**

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): ANGIE JULIANA			APELLIDOS: MEJIA OSORIO		EDAD: 30
TIPO ID: CC	N° 1088328684	**EAPB**:	COOSALUD	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA	
TELÉFONO: 3216718682	DIRECCIÓN: MZ 44, CASA 519			BARRIO: LENINGRADO 3	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

No aplica

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

Se identifica que por su estructura de su personalidad se convierte en un riesgo inminente en diversos contextos.

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

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

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

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

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada**	**Nombre del profesional:** Andres Felipe Giraldo salas _____ **N° Tarjeta Profesional:** 128066
Cedula: _____	**Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 09**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	**PSICOLOGO**

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): HEIDY VANNESA		APELLIDOS: SANABRIA GARCIA		EDAD: 10
TIPO ID: TI	N° 1088338184	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: 3127704403	DIRECCIÓN: MZ 52, CASA 02			BARRIO: GUAYABAL (VILLASANTANA)

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ANGIE LUCELLY			APELLIDOS: GARCIA MARIN	
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TIPO ID: CC	N° ID NO RESPONDE		EDAD: N/R	

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

No Aplica

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

(URGENTE)

Ciudadana menor de edad que presenta dificultad en la regulación de sus emociones, dificultad frente al control de impulsos, conductas desafiantes hacia figuras de autoridad y situación de crisis que pone en riesgo su integridad física como la de su entorno.

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

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

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

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

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada**	**Nombre del profesional:** Andres Felipe Giraldo salas _____ **N° Tarjeta Profesional:** 128066
Cedula: _____	**Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 10**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	**PSICOLOGO**

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): JUAN DIEGO		APELLIDOS: MEJIA ESCARRAGA		EDAD: 22
TIPO ID: CC	N° 1006294962	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: 3146657107	DIRECCIÓN: CRA 21 #35-68		BARRIO: GUADALUPE (DOSQUEBRADAS)	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ALEXANDRA		APELLIDOS: PELIZ		
TIPO ID: CC	N° ID NO RESPONDE	EDAD: N/R	**EAPB**:	NO RESPONDE
TELÉFONO: 3127590208	DIRECCIÓN: CRA 21 #35-68		BARRIO: PUERTO CALDAS	

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

No aplica

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

Nivel de requerimiento: **(PRIORITARIO)**

Ciudadano que presenta cuadro depresivo por ruptura sentimental con su expareja, no cuenta con herramientas necearías para sobrellevar dicha situación, dentro de su historia de vida como eventos significativos ha sido víctima de hurto y tenía un emprendimiento propio y presento quiebra económica. Como resultado presenta síntomas asociados a cuadro depresivo moderado.

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se evidencia síntomas asociados a cuadro depresivo (dificultad para conciliar el sueño, episodios de llanto, poca motivación por realizar algunas actividades diarias).

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

Dentro de los compromisos pactos se establece asistir de manera regular a espacios con el profesional tratante y poner en practica todo lo vivenciado en los espacios clínicos.

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada**	**Nombre del profesional:** Andres Felipe Giraldo salas _____ **N° Tarjeta Profesional:** 128066
Cedula: _____	**Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 25**	**MES: 07**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	Sem Salud Mental-Línea de Emergencias 123.
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Juan Sebastián Arenas Arenas.			**PROFESIÓN:**	Psicólogo.

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Santiago			APELLIDOS: Gutiérrez Sánchez	EDAD: 18
TIPO ID: CC	N° ID 1087124905	**EAPB**	Sanitas	ETNIA/POBLACIÓN: Ninguna
TELEFONO: 3114119991	DIRECCION: Mz 19 Casa 3 Segundo Piso.			BARRIO: Samaria I.

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
Asmet Salud		

Observaciones: Registro ADRES, en Municipio de Pereira en estado activo.

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

Nivel de requerimiento: Prioritario.

Ciudadana se comunica indicando que necesita una cita por los servicios en psicología, se explica que el objetivo del programa es atender emergencias en salud mental, situaciones de crisis emocional, por duelos, violencia intrafamiliar, abusos, consumo de SPA. Refiere cambios en conductas habituales por parte de su hijo, lo cual le genera preocupación. Refiere solicitar cita por la EAPB, pero le ha resultado imposible. Se identifica posible trastorno de ansiedad por estrés postraumática, asimismo, duelo sin elaborar, por lo cual, Se resaltan sus derechos en salud mental de recibir hasta treinta (30) sesiones al año por los servicios de psicología. Se recomienda iniciar proceso de psicoterapia para sobrellevar el duelo y promover su salud mental, como también avance del deterioro en los diferentes aspectos de vida.

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

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

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

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

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Juan Sebastián Arenas Arenas.** **N° Tarjeta Profesional: 201668.** **Firma:** Juan Sebastian Arenas A.

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:** 19	**MES:** 07	**AÑO:** 2025	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM-SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Claudia Andrea			APELLIDOS: Giraldo Zapata	EDAD: 50
TIPO ID: CC	N° ID 42117446	**EAPB**	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN: N/R
TELEFONO: 3217598401	DIRECCION: Cra 12 n° 96-49			BARRIO: Centro

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

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

Se solicita remisión a la EAPB SALUD TOTAL urgente por PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA, por sintomatología asociada al trastorno depresivo mayor con ideas suicidas no estructuradas

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

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

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

Usuaria se compromete a estar pendiente de la información de la cita y asistir a la cita.

El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

ALCALDÍA DE PEREIRA