Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:** 06	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL-LINEA 123
PROFESIONAL QUIEN REMITE	KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Evelia			APELLIDOS: Otalvaro Osorio	EDAD: 80
TIPO ID: CC	N° ID 24928831	**EAPB**	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: N/R
TELEFONO: 3122231841	DIRECCION: Cra 8 número 1e-04			BARRIO: Alfonso López

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Trinidad			APELLIDOS: Otalvaro	
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**	N/R
TELEFONO: 6063131438	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:

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

Se realiza remisión a la EAPB ASMET SALUD cita urgente por psicología por síntomas de tristeza y descompensación emocional, por ser víctima de violencia a la mujer física y psicológica por parte de su esposo, vulnerabilidad de sus derechos por ser adulta mayor.

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

Alucinaciones, víctima de violencia física y psicológica, débil red de apoyo, sentimientos de tristeza y decepción, vulnerabilidad de sus derechos por ser adulta mayor.

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

Usuaria se compromete a seguir las indicaciones de la intervención telefónica y también estar pendiente de la información de la cita, para asistir a la misma, está muy interesada en recibir ayuda pronta.

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

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 12**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL – LINEA 123
PROFESIONAL QUIEN REMITE	MARIANA VALENCIA GRAJALES			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): María Yadira			APELLIDOS: Londoño Jiménez	EDAD: 17
TIPO ID: T.I.	N° ID 1088831704	**EAPB**	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN: N/A
TELEFONO: 3016924783	DIRECCION: Mz 5 cs 5			BARRIO: colinas del triunfo

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

Se solicita remisión para valoración por psicología.

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

[URGENTE]: Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, donde usuaria menor de 17 años refiere intento de suicidio hace 4 días al tomarse 28 pastillas de medicamentos. Se indaga el motivo y se encuentra que la menor es madre de una niña de 2 años, convive con su esposo de 30 años y cada vez que él sale, ella maltrata físicamente a su hija (mencionan los vecinos al enviar la patrulla a través del canal Pereira). Además, los vecinos afirman que bienestar familiar le tiene un proceso abierto por violencia intrafamiliar, lo cual la usuaria niega al confrontarse.

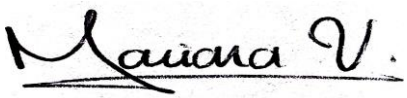
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Usuaria no cuenta con redes de apoyo, pareja sentimental sin responsabilidad afectiva, embarazo adolescente no deseado, estudios académicos suspendidos, proyecto de vida débil, dependencia emocional, nula conciencia de su enfermedad mental.

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

Se remite a cita urgente por psicología y se remite caso a policía de infancia y adolescencia, donde toman los datos de la usuaria para verificar proceso con bienestar familiar.

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: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **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: 12**	**MES:10**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	LINEA HABLAME
PROFESIONAL QUIEN REMITE	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA				
NOMBRE(S): Salome		APELLIDOS: Bueno Mosquera		EDAD:
TIPO ID:	N° ID 1089609188	**EAPB**	Nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3105407185	DIRECCION: casa 40			BARRIO: Belmonte bajo

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S):		APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO:	DIRECCION:			BARRIO:

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

Observaciones:

Número de teléfono es del hermano también menor de edad ya que los padres vendieron sus teléfonos para poder brindar equipo de alta tecnología a sus hijos

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

se contacta Marcela madre de menor de 15 años quien indica "Salome se encuentra en crisis, cada que se enoja se comporta así, dice que se quiere matar, que el papa no es su papá, uno debe hacer lo que ella quiere, es supremamente caprichosa".
Se habla con la menor quien indica “yo me preocupo cuando mi mama no llega a casa pronto por su enfermedad, cuando ella toma o se enoja se desmaya, ella no tiene celular, yo pensé que se había ido a tomar y por eso no regresaba y les dije a mis abuelos, por eso se generó todo el problema, mi papá me golpeo contra la pared y dice que yo no soy su hija a nadie le gusta que le digan esas cosas, eso duele, me dan ganas de cortarme, de matarme y lo dije, en el 2023 lo hacía y no quiero volver a hacer lo mismo” se brinda escucha activa y empática, se realiza técnica de respiración y relajación se realiza intervención y contención por medio de dialogo socrático

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

nulas pautas de crianza, carencia de normas, baja tolerancia a la frustración, falta de límites, posible violencia intrafamiliar

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

Se compromete a asistir a las citas programadas

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional:** **197555** **Firma: 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: 12**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	LINEA HABLAME
PROFESIONAL QUIEN REMITE	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Marcela			APELLIDOS: Mosquera Torres	EDAD: 37
TIPO ID:	N° ID1087995749	**EAPB**	Nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3105407185	DIRECCION: casa 40			BARRIO: Belmonte bajo

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones: Número de teléfono es del hermano también menor de edad ya que los padres vendieron sus teléfonos para poder brindar equipo de alta tecnología a sus hijos

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

se contacta madre de menor de 15 años quien indica que se encuentra en crisis, “cada que se enoja se comporta así, dice que se quiere matar, parece mi mama, se enoja si no llego a la casa a la hora que ella quiere, hoy fui a realizar 2 queratinas y me demore cuando llegue mis padres estaban enojados porque pensaban que yo estaba tomando licor que yo era una borracha. yo la quiero entregar a ICBF yo le doy todo lo que puedo y soy hasta alcahuete yo sufro de epilepsia y quiere que no trabaje porque le da miedo mi enfermedad” ... se brinda escucha activa y empática, se recomienda trabajar en pautas de crianza, normas limites respeto. se recomienda iniciar proceso psicológico y psiquiátrico para ambas- madre e hija lo cual aceptan

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

nulas pautas de crianza, carencia de normas, baja tolerancia a la frustración, falta de limites

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

Se compromete a asistir a las citas programadas

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional:** **197555** **Firma: 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: 17**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): BLANCA INES			APELLIDOS: ORTIZ CALDERON	EDAD: 58
TIPO ID: CC	N° 24790197	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3202002166	DIRECCIÓN: MZNA B TORRE B4 APTO 503			BARRIO: SALAMANCA CUBA

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): SORAYA			APELLIDOS: RAMIREZ	
TIPO ID: CC	N° ID NR	EDAD: NR	**EAPB**	NR
TELÉFONO: 3104673690	DIRECCIÓN: MZNA B TORRE B4 APTO 503			BARRIO: SALAMANCA CUBA

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	E.S.E SALUD PEREIRA	OTRA(S)
NUEVA EPS		

Observaciones:

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

Remisión prioritaria a psicología y psiquiatría.

Usuaria con antecedentes cardiacos, cuenta con dx de depresión y ansiedad sin tratamiento desde hace 1 año aproximadamente, expresa ideación suicida, y crisis de ansiedad desencadenadas por dificultades en relación familiar.

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

antecedentes cardiacos, dx ansiedad y depresión, ideación suicida, disfunción familiar, nula red de apoyo.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico y se compromete a estar atenta al celular para la asignación de la cita.

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:19**	**MES:10**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): LUIS MIGUEL			APELLIDOS: FRANCO		EDAD:
TIPO ID: CC	N°: 1004735046	**EAPB**:	TIPO ID: CC	N°: 1004735046	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3045939273		DIRECCIÓN: MZ 20 CS30		BARRIO: HACIENDA CUBA	

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

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

Observaciones:

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

Se recepciona llamada transferida por operador NUSE 123. Ciudadano quien se comunica manifestando síntomas asociado a episodio ansioso. Al indagar, se identifica ruptura amorosa.

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

Presencia de síntomas sugestivos de ansiedad, ruptura amorosa reciente, invalidación emocional, autosabotaje, juicio e introspección conservados, sentimientos de culpabilidad.

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

Se menciona la importancia de asistir a proceso psicoterapéutico con el fin de amenizar síntomas que afectan su cotidianidad. Además, debido a la sintomatología y a su corta edad puede presentar tendencia a continuar con malestar y deterioro funcional.

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 21**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM-SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Juan Sebastián Arenas Arenas.			**PROFESIÓN:**	Psicólogo.

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Valentina		APELLIDOS: Largo Ramirez.		EDAD: 13
TIPO ID: T.I	N°: 1089613526	**EAPB**	Sanitas.	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3229079426	DIRECCION: Calle 37 N 34-27-Casa 21.			BARRIO: San Jacinto.

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Jhon Stiven		APELLIDOS: Largo Bedoya		
TIPO ID: CC	N° ID: 1.088.283.414	EDAD: N/R	**EAPB**	Sanitas.
TELEFONO: 3137130414	DIRECCION: Calle 37 N 34-27-Casa 21.			BARRIO: San Jacinto.

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones: Protegida en régimen contributivo, estado activo.

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

Nivel de requerimiento: Urgente.
Se recibe comunicado por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, donde se solicita activación de ruta en salud mental para menor de edad de 13 años, quien presenta conductas autodestructivas y consumo de SPA, caso atendido desde la línea 123, por la policía nacional.

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

-Consumo de SPA a temprana edad.
-Pautas de crianza débiles.

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

Se tendrá contacto con cuidadores primarios al momento de asignación de cita, para resaltar el compromiso del cuidado de su hija.

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: 23**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): LINA MARIA		APELLIDOS: RAMIREZ LOPEZ		EDAD: 42
TIPO ID: CC	N° 42156802	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3104430314		DIRECCIÓN: CRA2C #17A01		BARRIO: CAMPESTRE B.

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
NUEVA EPS		

Observaciones:

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

Remisión prioritaria a psicología y psiquiatría
Usuaria con dx de depresión y ansiedad sin tratamiento, en el momento se encuentra atravesando proceso de separación y dificultades de conducta con su hija de 15 años, los cuales son factores de riesgo ante posibles crisis.

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

dx depresión y ansiedad, poca adherencia al tratamiento, disfunción familiar.

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

El usuario entiende la importancia de retomar proceso terapéutico, por lo cual se compromete a estar atenta a la asignación de la cita.

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 23**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): VALERIA		APELLIDOS: MONTOYA RAMIREZ		EDAD: 15
TIPO ID: TI	N° 1140065619	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3104430314	DIRECCIÓN: CRA2C #17A01			BARRIO: CAMPESTRE B.

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): LINA MARIA		APELLIDOS: RAMIREZ LOPEZ		
TIPO ID: CC	N° 42156802	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3104430314	DIRECCIÓN: CRA2C #17A01			BARRIO: CAMPESTRE B.

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

EAPB	**E.S.E SALUD PEREIRA**	**OTRA(S)**
NUEVA EPS		

Observaciones:

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

Remisión prioritaria a psicología
Menor de 15 años sorprendida por su madre practicando cutting, se identifica como posible factor desencadenante de dicha conducta el proceso de separación que actualmente atraviesan sus padres.

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

Cutting, disfunción familiar.

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico, por lo cual se compromete a estar atenta a la asignación de la cita.

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Valentina Largo** **N° Tarjeta Profesional:** 273290 **Firma: Valentina Largo**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:** 23	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM-SALUD MENTAL- LINEA 123
PROFESIONAL QUIEN REMITE	KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Luisa Fernanda		APELLIDOS: Montes Pérez		EDAD: 17
TIPO ID: TI	N° ID 1142515903	**EAPB**	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: N/R
TELEFONO: 3128819583-3215366627	DIRECCION: MZ C CS 9			BARRIO: El recreo- cuba

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Vanessa		APELLIDOS: Pérez Villa		
TIPO ID: CC	N° ID 1004682285	EDAD: 38	**EAPB**	SANITAS
TELEFONO: 3128819583-3215366627	DIRECCION: MZ C CS 9			BARRIO: El recreo- cuba

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

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

Se solicita cita urgente por psicología y psiquiatría para menor de 17 años con sintomatología depresiva por ruptura amorosa, con alto riesgo suicida.

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

Antecedentes familiares en salud mental, sintomatología de depresión (falta de apetito, insomnio, afectaciones para la funcionalidad, alteraciones en conductas habituales, aislamiento social, descuido por su higiene personal), alucinaciones, miedos, delirios de persecución, débil apoyo por su EAPB.

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

Usuarias se comprometen a estar pendiente de la llamada de la cita para asistir a la misma

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