Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 22**	**MES: 10**	**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): YURIETH ADRIANA		APELLIDOS: LEZAMA GOMEZ		EDAD: 33
TIPO ID: N/R	N° 1089746495	**EAPB**	SOS	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: 3005175106	DIRECCIÓN: VEREDA SAN VICENTE, COMBIA ALTA, FINCA LA CORALIA			BARRIO: PENJAMO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): NO REFIERE		APELLIDOS: NO REFIERE		
TIPO ID: N/R	N° ID NO REFIERE	EDAD: N/R	**EAPB**	NO REFIERE
TELEFONO: NO REFIERE	DIRECCION: NO REFIERE		BARRIO: NO REFIERE	

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

NO APLICA

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

Ciudadana que no cuenta con herramientas parentales en donde ayude a su hijo a identificar situaciones de riesgo, se fortalezca más el dialogo entre miembros del núcleo familiar, y que ayude a minimizar conductas sexualizadas en su hijo.

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran conductas sexualizadas, dificultad para la identificación de factores de riesgo, dificultad para interponer límites con pares, conductas e ideación suicida (por parte del menor)

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

La usuaria se compromete en hacer acompañamiento pertinente con el menor en la ruta de atención por código fucsia y realizar recomendaciones y acciones brindadas durante proceso por diversos especialistas.

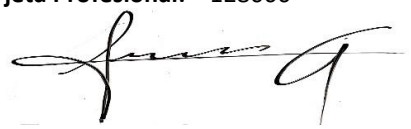
El presente documento solo debe ser utilizados para fines de la atención que describe, no debe ser utilizado para otros fines personales, ni económicos.

_____

Nombre y Firma de la Persona entrevistada

Cedula: _____

Nombre del profesional: Andrés 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:** 06	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL – CONOTENCIÓN EMOCIONAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	MARIANA VALENCIA GRAJALES			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Asly Verónica			APELLIDOS: Navarrete López		EDAD: 14
TIPO ID: T.I	N° ID 1089612430	**EAPB**	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN: N/R	
TELEFONO: 3204455381	DIRECCION: calle 28 bis, mz 4 #1n-36			BARRIO: Av del rio	

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

[PRIORITARIO]: Se recepciona llamada a través de la línea de contención emocional, donde usuaria refiere dificultades emocionales a raíz de problemas familiares y escolares. Presenta consumo de sustancias psicoactivas (tusi) y cutting.

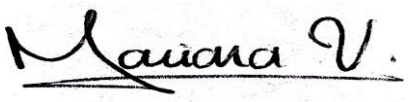
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Antecedentes de violencia intrafamiliar, dificultades académicas, esta al cuidado de sus abuelos adultos mayores de 56 años, duelo por separación de su madre quien se encuentra migrando en España, su padre no volvió a aparecer desde la separación con su madre.

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

La usuaria se compromete a asistir a la cita psicológica programada por su EPS.

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:10**	**MES:09**	**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): ANA LUCIA		APELLIDOS: CARDONA COLORADO		EDAD: 32
TIPO ID: CC	N°: 1088248082	**EAPB**:	TIPO ID: CC	N°: 1088248082
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:
TELÉFONO: 3054338859		DIRECCIÓN: NO REFIERE ESTE DATO		BARRIO: N/R

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)

[PRIORITARIO] Se comunica usuaria a la línea de contención emocional en la cual se evidencia significativo malestar emocional debido a circunstancias personales y maritales. Durante llamada usuaria se torna con afecto lábil y llanto espontaneo.

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

Duelo no resuelto, dificultades económicas, sobrecarga y alta demanda emocional y afectiva, irritabilidad, insomnio de conciliación, pobre adherencia al tratamiento psicoterapéutico por dificultades económicas

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

Usuaria se compromete a realizar ejercicios y técnicas que se enseñaron durante llamada

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: 10**	**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): ANTHONY		APELLIDOS: JARAMILLO LOÓPEZ		EDAD: 7
TIPO ID: TI	N° 1085724685	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3104350559	DIRECCIÓN: cra 2bis #36b-23			BARRIO: CAÑARTE

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): LEIDY JHOANA		APELLIDOS: LÓPEZ		
TIPO ID: CC	N° ID NR	EDAD: NR	**EAPB**	NR
TELÉFONO: 3104350559	DIRECCIÓN: cra 2bis #36b-23			BARRIO: CAÑARTE

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 psiquiatría

Menor con conductas agresivas en el colegio. En el mes de junio inicio proceso con psicología, donde se identificó un posible tdah, sin embargo. dicho diagnostico no ha podido ser confirmado ya que les ha sido imposible obtener cita con psiquiatría.

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

posible TDAH, conductas agresivas, dificultades de convivencia en el colegio lo cual ha ocasionado exclusión.

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

El usuario se muestra comprometido con su proceso, por lo cual se compromete a estar atento a la asignación de la cita.

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

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 14**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	MARIANA VALENCIA GRAJALES			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Javier		APELLIDOS: Tabares Tabares		EDAD: 72
TIPO ID: CC	N° ID 10085049	**EAPB**	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN: N/A
TELEFONO: 3006303194	DIRECCION: CRA 37 bis 18 b 46			BARRIO: Mejía Robledo

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Olga Lucia		APELLIDOS: Blandón Tabares		
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)

[PRIORITARIO]: Se recepciona llamada a través de la línea de contención emocional, donde usuario de 72 años refiere que hace 6 meses fue diagnosticado con un glaucoma en el ojo a causa de presión intraocular, desde entonces ha desarrollado síntomas como estrés, presión en el pecho y llanto constante dificultando su vida funcional. Nunca antes ha asistido a terapia psicológica.

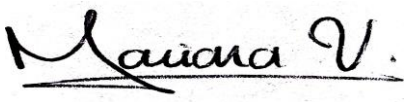
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

débil red de apoyo, enfermedad física, no ocupa actividades de ocio.

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

Se remite a cita prioritaria por psicología a través de su EPS Asmet Salud.

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: 16**	**MES: 10**	**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 ESTEBAN		APELLIDOS: CARDONA DUQUE		EDAD: 14
TIPO ID: TI	N° 1089609934	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZO
TELÉFONO: 6063163643	DIRECCIÓN: MZ A, CASA 14		BARRIO: PORTAL DE LAS MERCEDES	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): CLAUDIA PATRICIA		APELLIDOS: DUQUE		
TIPO ID: N/R	N° ID NO REFIERE	EDAD: N/R	**EAPB**:	NO REFIERE
TELEFONO:	DIRECCION:		BARRIO:	

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)

Ciudadano que presenta afectación emocional por duelo no elaborado frente a la ruptura sentimental con su expareja, en donde presenta síntomas asociados a posible distimia.

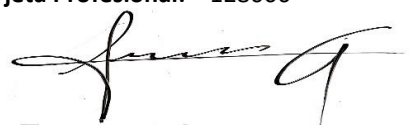
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Dentro de los factores de riesgo identificados se evidencia sentimiento de inferioridad, poca motivación por realizar actividades.

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

El usuario se compromete a poner en practica recomendaciones y orientaciones adquiridas durante el espacio de llamada, al igual que con terapeuta con el cual inicie 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: Andrés 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:17**	**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): Juan Diego			APELLIDOS: Aguirre Franco	EDAD:19
TIPO ID:	N° ID 1089933318	**EAPB**	Comfenalco	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO:	DIRECCION: mz 23 cs 437			BARRIO: las mercedes cuba

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:

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

OTRAS CAUSAS: crisis de ansiedad - Nivel de requerimiento: Prioritario

Se contacta Juan Diego quien indica "no tengo con quien hablar y desahogarme" manifiesta síntomas tales como dificultad para respirar, sensación de ahogo, nauseas dolor torácico y temblores en manos refiere no contar con red de apoyo y expresa sentimientos de soledad cansancio emocional y preocupación económica. se brinda escucha activa y empática, contención emocional y orientación psicológica. se realiza ejercicios de respiración y relajación guiada para manejo de crisis. se recomienda iniciar proceso terapéutico con psicología lo cual acepta y comprende

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

síntoma físicos y psicológicos asociados a ansiedad, nula red de apoyo, estrés laboral y dificultades económicas

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

Se compromete a estar pendiente del teléfono 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:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional:** **197555** **Firma: a:**  **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:19**	**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): Paterson		APELLIDOS: Sinisterra Rentería		EDAD:33
TIPO ID:	N° ID 11111788020	**EAPB**		ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3164808078	DIRECCION: carrera 26 #66b-19			BARRIO: cuba

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:

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

OTRAS CAUSAS: crisis de ansiedad detonado por ruptura amorosa - Nivel de requerimiento: Prioritario
Se contacta Paterson quien manifiesta síntomas tales como dificultad para respirar, sensación de ahogo, nauseas dolor torácico y temblores en manos, así mismo sentimiento de minusvalía, refiere "no entiendo porque mi pareja tomo esta decisión ayer fui a buscarla y no me dice nada, no sé qué hacer". se brinda escucha activa y empática, contención emocional y orientación psicológica por medio de diálogo socrático, se realiza ejercicios de respiración y relajación guiada para manejo de crisis. Se recomienda iniciar proceso terapéutico con psicología lo cual acepta y comprende

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

síntomas físicos y psicológicos asociados a ansiedad, dependencia emocional, baja autoestima, pérdida del apetito, dificultad para conciliar el sueño

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

Usuario se compromete a estar pendiente de la asignación de la cita y a asistir al proceso terapéutico

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: 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): LUCY YISET			APELLIDOS: LOPEZ MEJIA	EDAD: 36
TIPO ID: CC	N° 10882644856	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:
TELÉFONO: 3147439233	DIRECCIÓN: MZNA 11CASA 33			BARRIO: MONTELIBANO

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

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

Remisión prioritaria a psicología.
Mujer víctima de violencia por parte de su ex pareja, por lo cual se hace necesario acompañamiento psicológico.
La ciudadana se niega a denunciar ante la fiscalía los hechos, lo cual la mantiene en alto riesgo.

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

víctima de violencia, negación a denunciar.

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

Usuario entiende la importancia de contar con acompañamiento psicológico en todo el proceso, por lo cual se compromete a estar atento a la asignación de la cita.

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

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:**	**MES:**	**AÑO:**	**ENTIDAD QUE REMITE**	LINEA HABLAME
PROFESIONAL QUIEN REMITE	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S):Danali			APELLIDOS: Carvajal Echeverry		EDAD:12
TIPO ID:	N° ID 1090050647	**EAPB**	sanitas	ETNIA/POBLACIÓN:	
TELEFONO: 3148186742	DIRECCION:			BARRIO: Altagracia	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): Maria Magdalena Echeverry		APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO: 3148186742	DIRECCION:		BARRIO: Altagracia	

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

Observaciones:

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

Se recomienda que la joven pueda ser acompañada desde programas de prevención ante los riesgos de consumo de Vapeadores y de SPA. Se recomienda que pueda adelantarse proceso de acompañamiento por Psicología.
la madre de la menor María Magdalena indica que "ha ido a 2 consultas con psicología en agosto, le enviaron 30 sesiones pero es muy difícil conseguir las consultas" se programa llamada a la 1pm para tener el dato preciso de las consulta y realizar la remisión .. ultima consulta el 19 de agosto por tal motivo se realiza remisión .. está asistiendo a actividades recreativas en el mirador de Altagracia

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

Presunto Consumo de vaper

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

Se compromete a llevar a la menor a las consultas

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada**	**Nombre del profesional:** **Evelin Xiomara Díaz López**
Cedula: _____	**N° Tarjeta Profesional:** **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:2**	**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): Isabela		APELLIDOS: Bracho		EDAD:12
TIPO ID:	N° ID PPT 7895671	**EAPB**	Nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3132199889	DIRECCION: Cra 15 N° 24-13			BARRIO: San Nicolás

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): Milagros Bracho		APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO: 3132199889	DIRECCION:		BARRIO:	

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

Observaciones:

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

Ideación suicida

La acudiente manifiesta que a través de un chat ella manifestó que quería quitarse la vida, fue remitida a salud, estuvo hospitalizada. Con diagnóstico "Trastornó mixto de ansiedad y depresión". Se encuentra medicada, pero se sospecha de no consumo de medicamentos (quetiapina y fluoxetina).

se contacta a la madre de la menor Milagros quien indica que la llevo a consulta el 13 de junio desde ese momento le enviaron remisión por psicología y psiquiatría y no ha podido conseguir las citas, sin embargo ella sigue comprándole los medicamentos para no perder la adherencia, la ha notado más tranquila, comparte más con los compañeros y expresa mas

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

DX trastorno mixto de ansiedad y depresión, pensamientos de muerte- barrera en salud

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

Se compromete a llevar a la menor a las consultas asignadas

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: 2**	**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): Thomás Josué		APELLIDOS: Rojas Herrera		EDAD:13
TIPO ID:	N° ID 1070922592	**EAPB**	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3002883773	DIRECCION: Cra 15 N°28-21			BARRIO: San Nicolás

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Marisela Rojas		APELLIDOS:		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO: 3002883773	DIRECCION:			BARRIO:

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

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

Presunto consumo experimental de vapeador (abril 2025). Se remitió a salud, trajo constancia de la primera atención por medicina general, con remisión a psicología. Dificultades de comportamiento pues le cuesta seguir normas, fue remitido a docente de apoyo para valoración pues cursa su tercer grado 6°.
La madre Marisela indica que lo llevo a consulta aproximadamente hace un mes le dieron orden por psicología, manifiesta que requiere las consultas por sus cambios comportamentales y no ha podido conseguir las citas, se realiza remisión

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

Presunto consumo de vaper, barrera en salud

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

Se compromete a llevarlo a las consultas 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