FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 01**	**MES: 10**	**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): SIRCE FERNANDA		APELLIDOS: RIOS TABARES			EDAD: 30
TIPO ID: CC	N° 1088317550	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3226592293		DIRECCIÓN: CRA 4 #27B20		BARRIO: SAN JORGE	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ADRIANA		APELLIDOS: TABARES RENDON		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3225831609	DIRECCIÓN: PUERTO CALDAS		BARRIO: PUERTO CALDAS	

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

Se comunica usuaria expresando fuerte preocupación por el estado emocional, comportamental, sentimental y fisico de su hija quien presuntamente es violentada.

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

Presunta víctima de violencia física, verbal y psicológica, consumo de spa, actividades de alto riesgo que ponen en peligro su integridad mental y física según relato de madre.

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

se brinda espacio de escucha activa, se orienta en la importancia de buscar escenarios de diálogo donde la joven identifique a la madre como su red principal de apoyo, además, se hace énfasis en la importancia de iniciar proceso terapéutico. Por otra parte, se recalca que dentro de los objetivos terapéuticos es la hija quien debe comunicarse con el fin de realizar adecuadamente la atención, generar espacio transferencial de dialogo. Por el contrario, si se llama a usuaria y se coacciona para sostener conversación no fluirá adecuadamente y se perdería el esfuerzo terapéutico

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

Se hace énfasis en la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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)

No se realiza remisión ni articulación, puesto que la llamante (Adriana) vive en el corregimiento de Puerto Caldas, y su hija en la ciudad de Pereira y debido al distanciamiento en la relación no se cuenta con la certeza de que su hija asista a proceso psicoterapéutico, adicional, según relato de madre su hija deja de responder llamada durante días e incluso semanas

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 02**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): GILMA		APELLIDOS: ARIAS			EDAD: N/R
TIPO ID: CC	N° N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3152704974		DIRECCIÓN: CALLE 27 2-36		BARRIO: CENTRO	

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 Gilma, angustiada relatando que su hija de 36 años se encuentra deprimida y con ideación suicida desde hace varios meses, su esposo es quien la ha estado acompañando hasta el momento, sin embargo, manifestó estar cansado con la situación por lo cual planea dejarla, esto desencadeno una crisis en la joven mostrándose agresiva.
La señora explica que hace 6 meses aproximadamente llamo a la línea, la atendió el profesional Juan José Pulgarín, el cual hizo despacho de ambulancia y remisión a la eps, sin embargo, la joven no asistió a la cita (al revisar el Excel no se encuentra dicha atención). La usuaria solicita de manera puntual se le vuelvan a brindar dichos servicios.

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

antecedentes de intento de suicidio, sin adherencia al tratamiento, ideación suicida, la usuaria se niega a recibir ayuda, desesperanza.

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

se brinda espacio de escucha activa, ante lo relatado por la llamada (Gilma), se le explica que como ella no está en el lugar no es posible determinar si la joven cumple con los criterios para el despacho de ambulancia, se le pide que proporcione número telefónico de la joven y/o el esposo para intentar hacer la atención. (3148432532 Daniel Moscoso - Esposo), no se logra comunicación.

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

Se recomienda trasladar a la usuaria al servicio de urgencias por sus propios medios.

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 envío de patrulla con SECAD #22590875 para verificar la situación y poder determinar si es posible envío de ambulancia.

_____ **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: 02**	**MES: 10**	**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): SIRCE FERNANDA		APELLIDOS: RIOS TABARES			EDAD: 30
TIPO ID: CC	N° 1088317550	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3226592293		DIRECCIÓN: CRA 4 #27B20		BARRIO: SAN JORGE	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ADRIANA		APELLIDOS: TABARES RENDON		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3225831609	DIRECCIÓN: PUERTO CALDAS		BARRIO: PUERTO CALDAS	

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

Se comunica usuaria nuevamente solicitando orientación psicológica en cuanto al estado psicológico y físico de su hija, se brinda espacio de escucha empática y desahogo emocional. En esta ocasión manifiesta "mi hija me llamó y me dijo que ahora si quiere ayuda, pero que mañana en la mañana". Se explica que en caso de requerir ambulancia depende del criterio del profesional en psicología. Se solicita número para realizar intervención a la afectada pero su madre expresa que por solicitud de su hija le pidió que nadie se diera cuenta.

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

Presunta víctima de violencia física, verbal y psicológica, consumo de spa, actividades de alto riesgo que ponen en peligro su integridad mental y física según relato de madre

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

Se brinda espacio de escucha activa, se orienta en la importancia de buscar escenarios de diálogo donde la joven identifique a la madre como su red principal de apoyo lo cual ya logró gracias a la orientación que se le ha brindado desde la línea de contención emocional, además, se hace énfasis en la importancia de iniciar proceso psicoterapéutico. Por otra parte, se recalca que dentro de los objetivos terapéuticos es la hija quien debe comunicarse con el fin de realizar adecuadamente la atención, generar espacio transferencial de dialogo. Por el contrario, si se llama a usuaria y se coacciona para sostener conversación no fluirá adecuadamente y se perdería el esfuerzo terapéutico. Cabe resaltar, que la hija ya solicitó ayuda a su madre recalcándole que no desea que nadie se entere. Durante llamada madre refiere entender y aceptar la asesoría que se le brindó

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

Se hace énfasis en la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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)

No se realiza remisión ni articulación, puesto que la llamante (Adriana) vive en el corregimiento de Puerto Caldas, y su hija en la ciudad de Pereira y debido al distanciamiento en la relación no se cuenta con la certeza de que su hija asista a proceso psicoterapéutico, adicional, según relato de madre su hija deja de responder llamada durante días e incluso semanas 3226592293

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 04**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	Mariana Valencia Grajales		**PROFESIÓN:** Psicóloga	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Sara		APELLIDOS: Henao Sánchez			EDAD: 20
TIPO ID: CC	N° ID 1089932314	**EAPB**:	Sura	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A		INSTITUCIÓN E: N/A		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3152258375		DIRECCIÓN: hacienda 1		BARRIO: Av san mateo	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Se recepciona llamada a través de la línea de contención emocional, donde usuaria de 20 años refiere dificultad para gestionar sus emociones. Menciona que recientemente tuvo una discusión con su madre respecto a deberes del hogar lo cual afectó su siguiente actividad a realizar con su novio.

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

Sentimientos de culpa, creencia central de inutilidad e indefensión, dificultad para gestionar emociones, tipo de comunicación pasiva.

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

Se realiza escucha activa para identificación de necesidades, validación emocional, ejercicio de respiración en 4 tiempos, reestructuración cognitiva acerca de su relación madre e hija y técnica "x,y,z" para comunicación asertiva con su madre y novio.

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

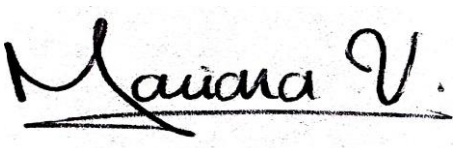
Se recomienda realizar los ejercicios aprendidos durante la llamada y hacer uso de la línea Háblame cada vez que lo requiera.

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

Se compromete a realizar los ejercicios y técnicas aprendidas.

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

No se remite a ninguna entidad debido a que la usuaria se encuentra estable y se compromete a realizar los ejercicios aprendidos y llamar a la línea de contención emocional cada vez que lo requiera.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 05**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): DANIEL		APELLIDOS: CARDONA GARCIA			EDAD: 31
TIPO ID: CC	N° 1088314661	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3154649714		DIRECCIÓN: calle 34 #20- 50		BARRIO: POBLADO 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)

se comunica Daniel solicitando orientación frente a conductas y actitudes de su pareja actual, las cuales lo confrontan sobre cómo actuar.

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

dificultades en manejo de emociones.

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

se brinda espacio de escucha activa, se aborda la importancia de establecer límites, establecer acuerdos en todos los aspectos de la relación (sentimental, económico sexual), igualmente tener claro los aspectos negociables y los no negociables dentro de esta, esto a raíz de comparaciones con experiencias de relaciones pasadas, y se abordan los 5 lenguajes del amor.

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

Se recomienda iniciar proceso terapéutico a raíz de los ataques de ira que refiere el usuario.

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)

No se remite a ninguna entidad debido a que el usuario refiere que prefiere iniciar proceso de manera particular, ya que con la EAPB los procesos suelen ser "demorados y lentos."

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

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 03**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL - HABLAME**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): LILIANA		APELLIDOS: TORRES			EDAD: 32
TIPO ID: CC	N°: NO REFIERE	**EAPB**:	NO REFIERE	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:	
TELÉFONO:	DIRECCIÓN: MZ11 CS17		BARRIO: SAMARIA II		
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.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

Se comunica usuaria a línea de contención emocional, expresa que síntomas de taquicardia, emesis, desborda llanto, sudoración y no desea hablar con nadie. Síntomas sugestivos de episodio de ansiedad, al indagar sobre posibles desencadenantes, madre refiere que su pareja decidió finalizar la relación sentimental por circunstancia personales. Se solicita hablar con la afectada pero al no desear sostener conversación se guía a madre para realizar ejercicio de contención.

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

Episodio de ansiedad, pobre gestión e inteligencia emocional.

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

Se guía a madre para realizar técnicas psicológicas; respiración guiada, grounding, activación conductual. Además, se enfatizan técnicas de restructuración y defusión cognitiva con el fin de amenizar malestar emocional y psicológico. Por otra parte, se indaga sobre historial personal de ideación suicida, a lo que madre refiere que hace 10 años presentó signos de cutting, se encuentra en seguimiento por psicología con adecuada adherencia al tratamiento.

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

Se recomienda asistir psicológicamente a su hija y orientar a la misma mediante guía realizada por el profesional

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

Madre de menor se compromete a realizar ejercicios recomendados durante atención

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

Al momento de realizar seguimiento del caso madre manifiesta que su hija se encuentra en conversación con su psicóloga de cabecera, indicando subjetivamente que se encuentra estable emocionalmente

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

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD

Fecha de Vigencia:17 de enero de 2024

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: **02**	MES: **10**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN** **Línea de contención emocional secretaria de salud municipal**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): DIEGO FERNANDO		APELLIDOS: PEREZ VALENCIA			EDAD: **43**
TIPO ID: TI	N°: 3103894320	EAPB:	Sanitas (SUSPENSIÓN POR MORA.)	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**				OCUPACIÓN: **N/R**
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: Calle 28 A # 38 B-34		BARRIO: Palmar de villa verde **Comuna El Poblado**		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): DIANA		APELLIDOS: PEREZ		
TIPO ID: CC	N°: **N/R**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**
TELÉFONO: 3103894320	DIRECCIÓN: Calle 28 A # 38 B-34		BARRIO: Palmar de villa verde **Comuna El Poblado**	

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

VIOLENCIA INTRAFAMILIARA HACIA LA MUJER: Se recepciona llamada a través de la línea contención emocional. **Motivo de atención:** Familiar (hermano); con Sintomatología Trastorno Bipolar Tipo 2, quien esta agresivo, con acto de poder, someter, dominar, agresión física, psicológica. hacia su esposa (Jimena Zapata 3206628515 al realizaría llamadas salientes desvía la comunicación)

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

Intentos inapropiados de manejar las emociones, condición en salud mental, ideación suicida, sustancia psicoactiva, inherencia a los medicamentos.

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

Escucha activa (Hermana)

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

Se psicoeduca hermana en el comportamiento contrario a la convivencia ciudadana de Diego. Él al llegar a incurrir en una falta grave hacia la mujer, podría ser imputado, ya que su condición en salud mental no está dentro del Artículo 33 del Código Penal y de seguir su mal comportamiento en su residencia, la autoridad competente lo podría sancionar de acuerdo a la ley 1801-2016 Artículo 27.

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

De nuevo se realiza comunicación con Diana informa, "al comunicarme con unas vecinas de mi hermano me dicen, él está muy alcoholizado, ya lo llevamos para la casa de él y esta acostado, se durmió. **Compromiso del usuario:** informar al posible contraventor sobre las recomendaciones expresadas desde el área en salud mental. **Derivación:** Patrulla efectiva "al llegar al lugar encuentran masculino ebrio sus vecinos lo llevan a dormir a su lugar de residencia , estaba dormido "

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

Acompañamiento cuadrante de policía # 16 canal Pereira secad # 22592375, quien se comunicaron vía telefónica con Diana y le informan procedimiento.

Firma del usuario
Cédula: ☐
_____

Anexo(s): Remisión **Consentimiento Informado**
Tamizaje ☐ **Otro:**
_____

Nombre del profesional: **AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**
N° Tarjeta Profesional: **210928**

☐ a: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 06**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES		**PROFESIÓN: PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Ana Jaqueline		APELLIDOS: Ladino Ríos			EDAD: 33
TIPO ID: CC	N° ID 1087990879	**EAPB**:	Sura	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R	OCUPACIÓN: profesional en seguridad y salud en el trabajo			
TELÉFONO: 3218114983	DIRECCIÓN:CLL 94 # 14 -73	BARRIO: Av 30 de agosto			

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)

Se recepciona llamada a través de la línea de contención emocional, donde trabajadora de la empresa SUMILEC S.A. en el cargo de seguridad y salud en el trabajo, llama a la línea para averiguar información sobre el funcionamiento de la misma , y así compartirla con sus empleados corporativos.

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

No se identifican factores de riesgo.

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

Se realiza psicoeducacion en cuanto a los servicios brindados a través de la líneas de atención (123, línea háblame), tales como: escucha activa para problemáticas de tipo psicológico.

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

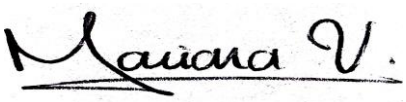
Se recomienda hacer uso de las líneas de atención.

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

La usuaria se compromete a impartir la información a sus empleados laborales para hacer uso de la línea.

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

no se remite a ninguna entidad ya que la llamada es de carácter informativo.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 06	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES			**PROFESIÓN: PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Asly Veronica		APELLIDOS: Navarrete López			EDAD: 14
TIPO ID: T.I	N° ID 1089612430	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3204455381	DIRECCIÓN: 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**:	
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

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.

4.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.

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

Se realiza escucha activa para identificación de necesidades, validación emocional, se indican pautas de crianza a su abuela en la llamada. Se enfatiza trabajar duelo por separación de sus padres en el proceso terapéutico.

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

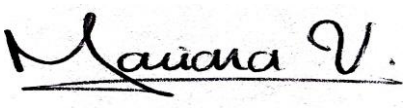
Se recomienda trabajar duelo por separación de sus padres en el proceso terapéutico. Se le indica que debe estar pendiente de la llamada para agendamiento de su cita psicológica a través de su EPS.

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

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

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

Se realiza remisión a cita prioritaria por psicología a través de EPS Asmet Salud.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 07**	**MES: 10**	**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): Leidy Jhojana		APELLIDOS: León León			EDAD: 38
TIPO ID: CC	N° ID: 1060587133	**EAPB**:	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: Técnico.	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: Aux. de Enfermería	
TELÉFONO: 3104121633	DIRECCIÓN: Manzana 8-Casa 60		BARRIO: Acuarela-Dosquebradas.		

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.
Seguimiento psicológico, revisión de sintomatología, abordaje de proyecto de vida.

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

-Depresión durante proceso de gestación.

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

Se inicia con seguimiento psicológico, donde se indagan crisis presentadas desde la última intervención, expresa recaída la semana pasada durante un día de insomnio, con pensamientos negativos, aun se presentan signos de culpabilidad y vergüenza por su condición de depresión post parto, considera que puede ser una mala persona al tener pensamientos de generar lesiones o daño hacia su propio hijo, se trabaja esta distorsión cognitiva, desde el reconocimiento de la condición, enfatizando que es una condición que afecta a varias personas en estado de gestación y no supone que sean malas personas, se reconocen sus avances positivos mediante la terapia ya que al presenta día se encuentra estable emocionalmente durante la mayor parte del día, recupera su apetito y disminuye notablemente las dificultades de insomnio, ha cumplido su rol de figura materna de manera adecuada, se resalta, su capacidad de resiliencia y aspectos positivos de vida. por otra parte, se trabaja componente de proyecto de vida, realiza actividad donde proyecta sus metas y acciones de crecimiento personal en diferentes áreas de vida usando imágenes y texto, se retroalimenta de manera positiva sobre el cumplimiento de estas.

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

Continuar terapia ocupacional y aprovechamiento del ocio y tiempo libre.

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

Seguir conductas adaptativas que contribuyen a su bienestar.

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

No se requieren remisiones para el 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: 07**	**MES: 10**	**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): SIRCE FERNANDA		APELLIDOS: RIOS TABARES			EDAD: 30
TIPO ID: CC	N° 1088317550	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3226592293		DIRECCIÓN: CRA 4 #27B20		BARRIO: SAN JORGE	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ADRIANA		APELLIDOS: TABARES RENDON		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3225831609	DIRECCIÓN: PUERTO CALDAS		BARRIO: PUERTO CALDAS	

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

Se comunica usuaria nuevamente solicitando orientación en cuanto al estado psicológico y físico de su hija. En esta ocasión manifiesta "hay unos familiares con ella y la encontraron muy mal, envíe una ambulancia". Se explica que en caso de requerir ambulancia depende del criterio del profesional en psicología. Se solicita número de las personas que se encuentran con la joven para realizar intervención y logra determinar si es necesario el despacho de ambulancia.

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

Presunta víctima de violencia física, verbal y psicológica, consumo de spa, actividades de alto riesgo que ponen en peligro su integridad mental y física según relato de madre

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

Se brinda espacio de escucha activa, se establece comunicación con la hija (sirce) quien se niega a recibir atención manifestando que su madre está loca, y solicita no ser contactada.
En cuanto a la atención a la señora Adriana, se le recuerda que debe ser su hija quien solicite la atención, igualmente se le explica el proceso para despacho de ambulancia, haciendo énfasis en que este se determina una vez se tiene contacto con la afectada o las personas que se encuentran en el momento con ella, como la llamante no se encuentra en el lugar no es posible determinarlo.

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

Se hace énfasis en la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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)

No se realiza remisión ni articulación, puesto que la llamante (Adriana) vive en el corregimiento de Puerto Caldas, y su hija en la ciudad de Pereira y debido al distanciamiento en la relación no se cuenta con la certeza de que su hija asista a proceso psicoterapéutico, adicional, según relato de madre su hija deja de responder llamada durante días e incluso semanas

_____ **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: 08**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): ALEXANDER		APELLIDOS: HERNANDEZ OLMOS			EDAD: 36
TIPO ID: CC	N° 1118538375	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: RECOLECTOR DE CAFÉ	
TELÉFONO: 3112074502		DIRECCIÓN: FINCA GUADUALITO		BARRIO: FINCA GUADUALITO	

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 refiere tener alteraciones en su ciclo de sueño desde hace aproximadamente 15 días a causa de problemas con sus hijos de 17 y 18 años, y problemas con sus compañeros de trabajo "me tienen un apodo".

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

exhibicionismo (hijo), dificultad para acatar normas (hija), perdida de figura de autoridad.

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

se brinda espacio de escucha activa, se realiza Psicoeducacion en sexualidad ante las conductas de su hijo (masturbación en público), igualmente se abordan pautas de crianza ante las dificultades de comportamiento de ambos hijos, y las dificultades para imponerse como figura de autoridad ante estos, finalmente se dan pautas de higiene del sueño ante las alteraciones en ciclo de sueño referido por el usuario.

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

Se hace énfasis en la importancia de que el joven de 18 años tenga un espacio de orientación sexual ya que conductas como masturbarse en público y guardar ropa interior de mujer son signos de alarma ante un posible diagnostico a nivel mental.

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)

No se realiza remisión a la EAPB debido a que el usuario aparece activo en Yopal Casanare, y en cuanto al hijo como ya es mayor de edad tiene que ser este quine solicite la intervención.

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

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 10**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL - HABLAME**		
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**		
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): ANA LUCIA			APELLIDOS: CARDONA COLORADO			EDAD: 32
TIPO ID: CC	N°: 1088248082	**EAPB**:	FOMAG	ETNIA/POBLACIÓN:		
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.MOTIVO DE ATENCIÓN: (Requerimiento/expresión del usuario jerarquizado por nivel de urgencia, gravedad, resolutividad)

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.

4.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

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

Se emplean técnicas de terapia breve de aceptación y compromiso; defusión y reestructuración cognitiva con el fin de generar flexibilidad emocional para afrontar las adversidades por las que afronta actualmente, se menciona la importancia de realizar ejercicio introspectivo y prospectivo de carta simbólica sobre el fallecimiento de su padre.

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

Debido a las dificultades con su pareja se comunica sostener conversación basada en la empatía y la asertividad.

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 solicita remisión 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: 10**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN		**VALENTINA LARGO**		**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): ANTHONY		APELLIDOS: JARAMILLO LOÓPEZ		EDAD: 7	
TIPO ID: CC	N° 1085724685	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
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 N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R	
TELÉFONO: 3104350559		DIRECCIÓN: cra 2bis #36b-23		BARRIO: CAÑARTE	

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

se comunica Leidy López madre del menor Anthony Jaramillo, manifestando preocupación ante los problemas de agresividad del menor en el colegio, adicional refiere que en el mes de junio iniciaron 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.

4.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.

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

se brinda espacio de escucha activa, se indaga sobre las dificultades comportamentales en el colegio con el fin de tener claridad de la situación del menor, se explica que ante lo mencionado se hace pertinente valoración por neuropsicología, sin embargo, se hará remisión solo a psiquiatría tal como lo indico la psicóloga que lo está valorando.

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

Se hace énfasis en la importancia de continuar proceso con psicología.

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

El usuario entiende la importancia de continuar proceso terapéutico.

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

Se realiza remisión a cita prioritaria por psiquiatría a través de EPS Nueva eps.

_____ **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: 11**	**MES: 10**	**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): Salome		APELLIDOS: Gil Gómez			EDAD: 20
TIPO ID: CC	N° 1116130323	**EAPB**:	Asmet salud	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3224249610		DIRECCIÓN:		BARRIO: Alfonso López	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Albeiro		APELLIDOS: Gil		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3122005103	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

OTRAS CAUSAS Episodio depresivo detonado por ruptura amorosa - Nivel de requerimiento: Prioritario

se comunica la señora Francia indicando que la prima de sus hijos está presentando una situación que requiere ayuda, brinda número de contacto del abuelo para poder hablar con la joven.

Se contacta a Salome Gil de 20 años quien se encuentra en episodio depresivo, por ruptura amorosa manifiesta que tiene mucho miedo que su pareja o ex pareja no le de otra oportunidad, "teníamos una relación muy bonita, ahora él se siente traicionado porque le mentí, no sé qué va a pasar, él me está pidiendo espacio que lo estoy asfixiando no sé qué hacer, hice muchas cosas de las cuales me arrepiento, como meterme a escondidas por una ventana a su casa para poder hablar con él, llamaron a la policía y pelee con los vigilantes del conjunto para entrar a la fuerza a verlo TENGO MUCHO MIEDO él dice que me cree pero sus actos parecen de despedida"

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

Llanto, ansiedad, sentimiento de culpa, pérdida del apetito, vigilia, apego insano, baja autoestima, dependencia afectiva, nula resolución de conflictos

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

se brinda escucha activa y empática, se realiza técnica de reparación y relajación, reestructuración cognitiva por medio de dialogo socrático, antes de finalizar la llamada indica estar más tranquila, que se bañara, almorzara, se brindan signos de alarma, se programa llamada para el día 12/10/2025 a las 10 pm

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

se recomienda dirigirse a urgencias por sus propios medios, indica estar bien y no requerirlo, NADIE me puede impedir llorar.

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 sugiere remisión a psicología y psiquiatría lo cual niega ya que le asignan las citas en homéris y le queda muy lejos

_____ **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: **11**	MES: **10**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN** **Línea de contención emocional**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): LIZETH TATIANA		APELLIDOS: LOPEZ RUIZ			EDAD: 24
TIPO ID: CC	N°: 1000005237	EAPB:	**Sanitas**	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**				OCUPACIÓN: **N/R**
TELÉFONO: 3233171213	DIRECCIÓN: Carrera 16 # 28-58 residencia del novio		BARRIO: Barrio san Nicolás **COMUNA ORIENTE**		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): **ALBA CECILIA** (mamá)		APELLIDOS: **RUIZ**		
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**
TELÉFONO: **3222434669**	DIRECCIÓN: **NO REPORTA**	BARRIO: **NO REPORTA**		

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

OTRAS CAUSAS: Valoración Psicológica. **Nivel de requerimiento:** Prioritario. **Motivo de atención:** Laura Martínez amiga de Lizeth Tatiana López requiere acompañamiento del cuadrante de policía para verificar el estado de salud de Tatiana, informa patrulla # 16 al operador Vega "la joven se ve estable, no quiere hablar". secad # 22595128.Al comunicarme con la progenitora Alba Cecilia Ruiz (3222434669) trata de comunicarse con su hija niega algún trastorno mental, no se traslada a la dirección aportada en salud mental, el cual se le informa es importante que ustedes como familia se rencuentren con Lizeth y así lograr enviar ambulancia de ser necesario.

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

Rebelde, actitud excesiva de impulsividad, desobediencia, irritabilidad, exhibe dificultad para tomar decisiones, hostilidad, perder la paciencia, nula red de apoyo, inexpresividad, llanto frecuente, gritos, cambios de personalidad, dialogo distorsionado.

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

Escucha activa (Amiga y madre de Lizeth)

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

De lo contrario es importante que su madre por sus propios medios traslade a su hija al centro de salud ya que al parecer su estado mental esta alterado.

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

Acatar las recomendaciones .

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

Nota: Laura Martínez labora en el área de recursos humanos, es compañera de trabajo de LIZETH en la nueva EPS refiere "en varias ocasiones TATIANA a tenido unos comportamientos extraños y hoy se comunica conmigo expresando incoherencias".

Se orienta de manera asertiva: El área de recursos humanos NUEVA EPS es quien a partir de este martes 14 de octubre, debe solicitar por escrito cita prioritaria en el área de psicología y psiquiatría EAPB sura para su empleada LIZETH y realizar seguimiento de su estado de salud mental.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 12**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA contención emocional**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES		**PROFESIÓN: PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Nasly Jasney		APELLIDOS: Vélez Ortiz			EDAD: 22
TIPO ID: CC	N° ID 1006459510	**EAPB**:	Sanitas	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3194167430		DIRECCIÓN: Mz 3 cs 4		BARRIO: Quintas de panorama 1	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Se recepciona llamada a través de la línea de contención emocional, donde usuaria refiere ser una persona estable emocionalmente; sin embargo, hace dos meses, desde que se trasladó de ciudad a Pereira por motivos de estudio se encuentra con un vacío emocional y sentimientos de soledad, la usuaria proviene de Pitalito - Huila y refiere sentirse pequeña en esta ciudad tan grande. En el momento presenta temblor en las manos, dificultad para respirar y llanto incontrolable.

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

No cuenta con redes de apoyo presentes, resistencia al cambio para adaptarse a una nueva ciudad, sentimientos de soledad.

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

se realiza validación emocional, psicoeducacion respecto a la ansiedad, reestructuración cognitiva, técnica los 5 sentidos, relajación progresiva de Jacobson y técnica de visualización sobre su nueva historia.

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

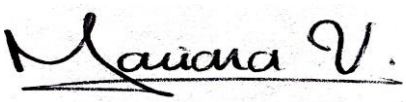
Se recomienda hacer uso de la línea de contención emocional cada vez que lo requiera, aplicar técnicas de respiración y las demás técnicas aprendidas.

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

La usuaria se compromete a realizar en casa los ejercicios terapéuticos recomendados.

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

No se deriva a ninguna entidad debido a que la paciente se encuentra estable y tranquila al finalizar la llamada.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 14**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES		**PROFESIÓN: PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Javier		APELLIDOS: Tabares Tabares			EDAD: 72
TIPO ID: CC	N° ID 10085049	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A	INSTITUCIÓN E: N/A			OCUPACIÓN: N/A	
TELÉFONO: 3006303194	DIRECCIÓN: 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**:	
TELÉFONO: 3208974443	DIRECCIÓN: CRA 37 bis 18 b 46		BARRIO:	

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

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.

4.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.

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

se realiza validación emocional, técnica de respiración en cuatro tiempos y se aconseja hacer mayor uso de sus redes de apoyo (sobrina).

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

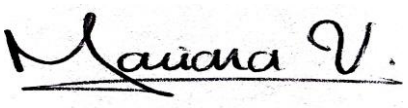
Se le recomiendan hábitos de autocuidado, aplicar las técnicas aprendidas y seguimiento psicológico.

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

El usuario se compromete a estar pendiente de la llamada para asignación de cita psicológica y realizar los ejercicios psicológicos propuestos durante la llamada.

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

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

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 15**	**MES: 10**	**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): Leidy Jhojana		APELLIDOS: León León			EDAD: 38
TIPO ID: CC	N° ID: 1060587133	**EAPB**:	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: Técnico.	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: Aux. de Enfermería	
TELÉFONO: 3104121633	DIRECCIÓN: Manzana 8-Casa 60		BARRIO: Acuarela-Dosquebradas.		

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.
Seguimiento psicológico.

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

-Depresión Post parto.

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

Se trabaja terapia motivacional, ya que no presenta alteraciones, ha podido sobrellevar su condición de depresión post parto, recuperando su funcionalidad y bienestar mental, se resaltan sus avances positivos en diferentes aspectos de vida cotidiana como lo es el sueño, apetito, sensación de tranquilidad, fortalecimiento de redes de apoyo, entre otras, por otra parte, se motiva para la puesta en práctica de su proyecto de vida, iniciando con los objetivos a corto plazo, se recomienda retomar hábitos y estilos de vida saludables los cuales contribuyan a su cuidado integral, se informa que al presente día cuenta con las habilidades y herramientas necesarias para continuar su proceso, por lo cual, las atenciones serán una (1) vez al mes. La ciudadana entiende y acepta, expresa sus agradecimientos por el proceso llevado ya que pudo recuperar su bienestar mental.

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

Continuar practicando las habilidades aprendidas durante proceso terapéutico.

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

Aplicar conocimientos adquiridos.

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

No se requieren remisiones para el 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: 16**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): JUAN ESTEBAN		APELLIDOS: CARDONA DUQUE			EDAD: 14
TIPO ID: TI	N° 1089609934	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: NOVENO DE BACHILLER		INSTITUCIÓN E: CIUDADELA CUBA		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
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
TELÉFONO: 3167311616	DIRECCIÓN: MZ A, CASA 14		BARRIO: PORTAL DE LAS MERCEDES	

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 presentar afectaciones emocionales frente a situación de duelo ante la separación de su ex pareja sentimental.

4.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.

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

Se buscó resignificar conceptos que ayudan a vivenciar cada una de las etapas del duelo de manera asertiva. Por otra parte, se modifica algunas actividades dentro de sus rutinas diarias, finalmente se recomienda priorizar actividades dentro de sus rutinas en donde se fortalezcan nuevos vínculos y minimizar tiempo en el celular (estimulo que genera afectación y sentimiento de culpa).

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

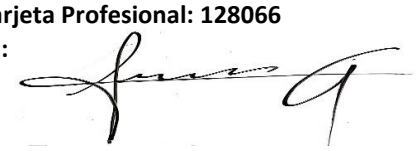
Se recomienda fortalecer actividades que sean a fin a sus gustos personales, también se hace la recomendación de iniciar proceso terapéutico en donde ayuden a vivenciar etapas del duelo de manera esperada.

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

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

Se genera articulación con la EAPB Sura con el fin de iniciar proceso individual por psicología clínica.

_____ **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: 17**	**MES: 10**	**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 Diego		APELLIDOS: Aguirre Franco			EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° 1089933318	**EAPB**:	Comfenalco	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3175695768		DIRECCIÓN: mz 23 cs 437		BARRIO: las mercedes cuba	

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: 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

4.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

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

se brinda escucha activa y empática, contención emocional y orientación psicológica se realiza ejercicios de respiración y relajación guiada para manejo de crisis

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

se recomienda iniciar proceso terapéutico con psicología lo cual acepta y comprende

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

Se compromete a estar pendiente del teléfono para la asignación de la cita

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:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional: 197555** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: **18**	MES: **10**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN** **Línea de contención emocional**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): DAVID STEVEN		APELLIDOS: AMADO MARTINEZ		EDAD: **24**	
TIPO ID: TI	N°: 1000286282	EAPB:	Sanitas	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: **N/R**	
TELÉFONO: 3187596969	DIRECCIÓN: Carrera 26 Bis No 101-41		BARRIO: Los Álamos COMUNA UNIVERSIDAD		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

OTRAS CAUSAS: PROCRASTINACIÓN: Malestar constante por posponer tareas importantes, evitar responsabilidades, tendencia a trabajar en actividades triviales, síntomas de ansiedad y culpa por la acumulación de trabajo. Además, se manifiesta como estrés, baja productividad, autocrítica, dolor de cabeza constante, dolor en el cuello, insomnio.

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

Baja autoestima, falta de claridad, miedo al fracaso, distracciones constantes, ansiedad, aburrimiento y frustración.

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

Asesoría brindada por profesional: Técnica Pomo doro

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

Divide las tareas, establece metas claras, crea un plan de acción, respiración 3-4-7para la autorregulación emocional, practicar la auto-compasión por sus propios medios.

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

Solicitar por sus propios medios cita en salud mental de carácter urgente .

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

Ausencia de terapias psicológica para sanar su pasado, riesgo para la salud mental, física, profesional y económico.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 19**	**MES: 10**	**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): Paterson		APELLIDOS: Sinisterra Rentería			EDAD: 33
TIPO ID: CC	N° 11111788020	**EAPB**:	Nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3164808078		DIRECCIÓN: carrera 26 #66b-19		BARRIO: cuba	

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: 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 sentimientos de minusvalía, refiere "no entiendo porque mi pareja tomo esta decisión ayer fui a buscarla y no me dice nada, no sé qué hacer"

4.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

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

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

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

se recomienda iniciar proceso terapéutico con psicología lo cual acepta y comprende

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

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

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:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional: 197555** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 20**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES		**PROFESIÓN: PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Xiolmer Obeimer		APELLIDOS: Gonzales Velásquez			EDAD: 23
TIPO ID: CC	N° ID 1006427247	**EAPB**:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A	INSTITUCIÓN E: N/A			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3237377293	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: Barrio cuba		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Se recepciona llamada a través de la línea de contención emocional, donde usuario manifiesta sentimientos de culpa y frustración debido a ruptura amorosa con su pareja sentimental con la cual convivía. El usuario menciona que la engañó con otras mujeres a través de una aplicación de citas, manifiesta sentirse culpable y triste por sus acciones. Se percibe calmado, con tiempo de introspección, sin deseos de querer recuperar su relación, buscando desahogar sus emociones y liberar su culpa a través de la palabra.

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

diagnostico psiquiátrico de ansiedad y depresión (actualmente en tratamiento psicológico en el instituto del sistema nervioso), ruptura amorosa.

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

se realiza escucha activa, validación emocional, reestructuración cognitiva. Se recomienda realizar ejercicios escritos para replantear su proyecto de vida, conocer los limites propios y los límites que merece "el otro" dentro de una relación con responsabilidad afectiva, reconociendo y valorando que el error que se cometió no lo define como persona, sino que le permite tener otro nivel de conciencia para experimentar un tiempo de introspección y cambio en su vida.

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

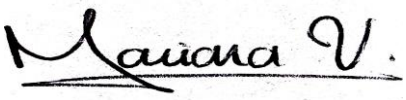
Se recomienda realizar los ejercicios aprendidos en la llamada de teleconsulta a través de la línea Háblame.

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

El paciente se compromete a realizar los ejercicios aprendidos en casa y a hacer uso de la línea cada vez que lo requiera.

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

No se realiza ninguna remisión a ninguna entidad debido a que el usuario se encuentra estable y únicamente requiere apoyo psicológico. Además, refiere contar con un proceso psicoterapéutico activo.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 22**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES		**PROFESIÓN: PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Yulia Katherine		APELLIDOS: Cediel Gómez			EDAD: 31
TIPO ID: CC	N° ID 1088321446	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/A			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3196778761	DIRECCIÓN: Kilometro 7		BARRIO: vereda salamanca		

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)

Usuaria manifiesta preocupación excesiva frente amenazas por labor que desempeña como coordinadora de institución educativa del Municipio (Salamanca). Donde deriva caso a bienestar familiar con menor de 14 años de edad quien presenta conductas disfuncionales dentro de la institución, por lo tanto, el ICBF, inicia proceso de restablecimiento de derechos con medidas correctivas hacia cuidadores primarios, lo cual genera malestar en la familia, culpabilizándola de la situación. La familia refiere: "Usted va a desear no haber nacido".

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

-Familia del menor con antecedentes delictivos.
-Sentimientos de inseguridad en contextos laborales y sociales.

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

Se realiza escucha activa, meditación guiada, relajación muscular progresiva.

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

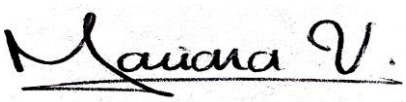
Se recomienda realizar denuncia inmediatamente en fiscalía; sin embargo, la usuaria refiere ya haber realizado la gestión. Se recomienda realizar los ejercicios propuestos aprendidos durante la llamada.

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

La usuaria se compromete a realizar los ejercicios planteados en la teleorientación

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

No se articula con ninguna entidad, ya que la usuaria ha realizado denuncia en la fiscalía por sus propios medios y se encuentra con apoyo psicológico.

_____ **Firma del usuario** **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** ☐ **Tamizaje** ☐ **Otro:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD

Fecha de Vigencia:17 de enero de 2024

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: **22**	MES: **10**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN Línea de contención emocional secretaria de salud municipal**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): SIRCE FERNANDA		APELLIDOS: RIOS TABARES		EDAD: **30**	
TIPO ID: TI	N°: 1088317550	EAPB	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**		INSTITUCIÓN E: **N/R**		OCUPACIÓN: **N/R**	
TELÉFONO: 3228615710(Linea fuera de servicio		DIRECCIÓN: Carrera 4a # 27B-20 Piso 1		BARRIO: COMUNA CENTRO	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ADRIANA		APELLIDOS: TABARES RENDON			
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: NO REPORTA	**EAPB**:	NO REPORTA	
TELÉFONO: Niega tener numero de contacto (3181994516 minutero)		DIRECCIÓN: Carrera 4a # 27B-20 Piso 1		BARRIO: **parque la libertad** COMUNA CENTRO	

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

OTRAS CAUSAS: ACTIVACIÓN DE RUTA Se recepción llamada de la línea de contención emocional Caso reiterativo 1ª atención Psi. Valentina Largo; 2ª Atención Psi. Juan José Pulgarin Tercera atención: **Motivo de atención:** Progenitora solicita visita domiciliaria del psicólogo al lugar de residencia de su hija quien consume sustancia psicoactiva, oposicionista desafiante. El día 14 octubre le asignaron cita con la Profesional Ingrid en el hospital mental vía cerritos al llegar SIRCE informa que no se será atendida, ya que su EPS no tiene convenio. "En varias ocasiones requiero atención de este caso, pero no he sido escuchada, nadie me quiere ayudar porque dicen que mi hija ya tiene 30 años y que ninguna autoridad la puede obligar a asistir a terapias psicológica ni a revisión médica, la preocupación es que en varias ocasiones ha intentado suicidarse".

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

Ausencia de entidades gubernamentales en dicha solicitud, heridas físicas, consumidora spa, negligencia hospital mental vía cerritos, atención en salud mental en contra de la voluntad de su hija.

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

Entrevista cerrada.Se solicita acompañamiento de la policía para verificar el estado mental y físico de la femenina Fernanda SECAD # (22599646),

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

(madre) dirigirse por sus propios medios a la secretaria de salud municipal ubicada en la calle 19 # 5-33 de la ciudad para radicar su solicitud.

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

No aplica, informa personalmente a los funcionarios de la policía no haberlos llamado no requiere ninguna ayuda de ellos.

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

Igualmente se le informa a la madre en el trascurso de la llamada el procedimiento que se iniciaría : Remitir este caso a sem Pereira para que por medio de compañero APH solicitar a la secretaria de salud municipal una visita domiciliaria del psicólogo o trabajador social o psiquiatría para llevar el trámite correspondiente, la progenitora en 3 ocasiones ha solicitado a la línea de contención emocional 3228615710 atención urgente para su hija y hasta la fecha no ha obtenido ninguna respuesta; igualmente se envía este reporte a la jefe inmediata Jirleza Montoya Coordinadora del programa SEM Pereira en salud mental, para su trámite pertinente. **Derivación:** Patrulla efectiva Radio operador informa "la joven se ve en buen estado se le observa ninguna lesión física ni mental, además no quiere ningún acompañamiento policial"

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 23**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA CONTENCIÓN**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): LUCY YISET		APELLIDOS: LOPEZ MEJIA			EDAD: 36
TIPO ID: CC	N° 10882644856	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: BOMBERA
TELÉFONO: 3147439233		DIRECCIÓN: MZNA 11CASA 33			BARRIO: MONTELIBANO

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 abogada de la oficina de la mujer solicitando apoyo en activación de ruta por eps, para la señora Lucy Yiset López, la cual ha sido víctima de violencia por parte de su ex pareja.

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

víctima de violencia, negación a denunciar.

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

se explica el proceso que desde la línea se hace para la solicitud de cita por eps.

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

Es importante que se continúe con el acompañamiento por parte de la oficina de la mujer.

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 cita prioritaria por psicología a través de EPS Sura.

_____ **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:** 24	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA CONTENCION EMOCIONAL**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Vilma Roció		APELLIDOS: Ocampo Arcila			EDAD: 50
TIPO ID: CC	N° ID 42119636	**EAPB**:	S.O.S	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3136384958		DIRECCIÓN: entrada 4 las cascadas		BARRIO: Vía cerritos, condominio pavas	

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

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

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica la Ciudadana Vilma Ocampo de 50 años de edad, solicitando orientación frente a caso preocupante que tiene con su hijo de 18 años, ya que después de una ruptura amorosa, él ha presentado sentimientos de tristeza y conductas desadaptativas y dependientes a su ex pareja "y quiero ayudarle a mi hijo, pero no sé cómo".

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

Factores de riesgo presentes en su hijo: Introversión, Sintomatología de tristeza relacionada al duelo no desarrollado por ruptura amorosa, conductas desadaptativas y autoagresión, posible cutting en sus piernas, dependencia emocional, falta de autoestima y auto concepto.

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

Se brinda espacio de escucha activa, mediante rapport se realiza entrevista estructurada y se identifica en la anamnesis del usuario los factores de riesgo presentes, Se psicoeduca a la usuaria para realizar activación de ruta en salud mental por medio de la EAPB, se habla desde los derechos como usuarios para acceder a las 30 sesiones terapéuticas, se persuade en la importancia de acompañar a su hijo en su proceso solicitando las terapias para adquirir las herramientas necesarias de afrontamiento ante situaciones de alto estrés, obtener resiliencia y fortalecer su salud mental, también se educa como red de apoyo, para acompañar desde casa con estrategias de reforzamiento conductual, modelamiento y esparcimiento.

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

Se recomienda seguirlas indicaciones de la intervención telefónica, iniciar ruta en salud mental y tener presente que ante crisis en salud mental, puede dirigirse a los servicios de urgencias para activación de ruta.

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

Se compromete a pedir cita por EAPB para activar ruta en salud mental

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

No se realiza articulación por medio de la EAPB, porque la usuaria va a solicitar la cita por sus propios medios.
Se deja a disposición las líneas de emergencia en salud mental y se brinda información de la zona de escucha, de disponibilidad de la secretaria de salud de Pereira. Se persuade para que esta información se la dé al usuario por si el por sus propios medios desea recibir apoyo emocional mientras inicia su proceso terapéutico por la EAPB.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 27**	**MES: 10**	**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): David		APELLIDOS: Zuluaga Sanchez			EDAD: 24
TIPO ID: CC	N° 1004775163	**EAPB**:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO:3126287303		DIRECCIÓN: mz 7 cs 20		BARRIO: Bulevar de las villas	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Mariberl Sanchez		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3126287303	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

OTRAS CAUSAS: ORIENTACION PSICOLOGICA - Nivel de requerimiento: Prioritario

Se recepciona llamada, en donde se comunica la señora Maribel madre del señor David de 24 años, quien indica "se intentó tirar del viaducto el 5 de octubre a las 10am, lo internaron en el hospital mental por intento suicida le dieron salida el miércoles 22 salió con medicamentos escitalopram y risperidona pero yo siento que no se está tomando el medicamento esta otra vez encerrado en la habitación, se está comiendo los huevos crudos, dice que el medicamento le está haciendo daño irreparable en su cuerpo, le pedí que los llamada a ustedes y dice que no es necesario que él está bien y solo le van a decir que es importante el medicamento"

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

Introversión, Sintomatología asociada a depresión, conductas desadaptativas, intento suicida previo

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 brinda contención emocional y se psicoeduca a la usuaria en la importancia de la adherencia al medicamento, también se educa como red de apoyo, en signos de alarma

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

Se recomienda ante la crisis en salud mental dirigirse a los servicios de urgencias para activación de ruta.
Se deja a disposición las líneas de emergencia en salud mental

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

Se compromete a

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

No se realiza articulación por medio de la EAPB porque ya tiene ordenes de control medico

_____ **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: 27**	**MES: 10**	**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): Dayra Dayana		APELLIDOS: Bueno Delgado			EDAD: 15
TIPO ID: CC	N° 1004775162	**EAPB**:	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3226009698		DIRECCIÓN: mz 14 cs 21		BARRIO:	Gilberto Peláez

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Adriana		APELLIDOS: delgado		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3226009698		DIRECCIÓN:		BARRIO:

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

CONDUCTA SUICIDA – CUTTING - Nivel de requerimiento: urgente

Se recepciona llamada, en donde se comunica Adriana madre de la menor Dayra 15 años quien indica, anoche se cortó con una cuchilla tiene las heridas muy profundas, ella sufre de trastorno mixto de ansiedad y depresión no está adherida al medicamento risperidona aproximadamente hace 3 meses, manifiesta no poder llevarla a las consultas con psicología y psiquiatría, así mismo consume marihuana y pega "por la misma ansiedad"

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

introversión, Sintomatología asociada a depresión, conductas desadaptativas, conducta suicida - auto lesiva cutting

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 brinda contención emocional y se psicoeduca a la usuaria en la importancia de la adherencia al medicamento, también se educa como red de apoyo, en signos de alarma

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

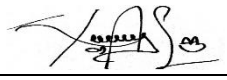
Se recomienda ante la crisis en salud mental dirigirse a los servicios de urgencias para activación de ruta lo más pronto posible

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

Se compromete a llevar a la menor a urgencias

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

No se realiza articulación por medio de la EAPB porque se remite a los servicios de urgencias

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

ATENCIÓN AL USUARIO SALUD MENTAL
ATENCIÓN EN CRISIS- ASESORIA PSICOLOGÍA- TELEORIENTACION
SEGUIMIENTO A INTENTO DE SUICIDIO-VIOLENCIAS-INTOXICACIONES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 30**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA HÁBLAME – CONTENCIÓN EMOCIONAL**		
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**		
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): DILAN SIMON			APELLIDOS: ROMERO SANCHEZ			EDAD: 25
TIPO ID: CC	N°: 1032679430	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R	
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:		
TELÉFONO: 3133124772	DIRECCIÓN: VIA ARMENIA ENTRADA 9 EL TRIANGULO		BARRIO:CORREGIMIENTO TRIBUNAS CORCEGA			
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)						
NOMBRE(S): KATERINE			APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: N/R	N°: N/A		EDAD: N/A	**EAPB**:	N/R	
TELÉFONO: 3133124772	DIRECCIÓN: BOGOTÁ, DC			BARRIO:		

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

Se comunica madre de Dilan desde la ciudad de Bogotá quien manifiesta que su hijo se encuentra con comportamientos hetero y auto agresivos, se devuelve llamada al número celular 3114448768, responde abuela (Clara Sánchez) refiriendo que su nieto los agredió físicamente, y debido a esto entre ellos lo inmovilizaron con sabanas.

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

Agresividad, violencia intrafamiliar a adultos mayores

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

Se comenta con familiares de Dilan la necesidad de llevarlo por sus propios medios al servicio de urgencias por debut de irascibilidad. Al momento de realizar anamnesis madre comenta que este se encontraba presuntamente en tratamiento psicológico en clínica La Paz en Bogotá por depresión, no obstante, madre es mala informante y no brinda más datos e información solicitada

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

Se recomienda esperar a PONAL para acompañamiento al momento de trasladarlo

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

Familiares se comprometen a esperar a PONAL y realizar traslado por sus propios medios

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

Dado la falta de antecedentes psiquiátricos de ciudadano y al no presentar ideación suicida u homicida no se realiza despacho de ambulancia. Pero, si se solicita acompañamiento de PONAL por presunta violencia intrafamiliar, se comentó el caso con radioperador patrullero Agudelo y se envió caso por SECAD #22604216

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