FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 01**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): LUIS EDUARDO		APELLIDOS: CARDONA ACOSTA			EDAD: 70
TIPO ID: CC	N° 10091554	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZO
N. ESCOLARIDAD: NO REFIERE		INSTITUCIÓN E: NO REFIERE		OCUPACIÓN: DESEMPLEADO	
TELÉFONO: 3181378734		DIRECCIÓN: CR 2 CON 34		BARRIO: GALÁN (PEREIRA)	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, Ciudadano manifiesta “presentar ideaciones suicidas ya que se siente solo” .

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

Dentro de los factores riesgo identificados se evidencia antecedentes asociados a conductas suicidas, síntomas depresivos, duelo no elaborado frente a la perdida de referentes significativos (esposa e hija), escasas redes de apoyo.

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

Se genera espacio de escucha activa en donde se identifica dentro de la comunicación telefónica llanto asociado a sentimientos de soledad y minusvalía, si bien el ciudadano se encuentra en estado de alicoramiento, menciona durante el espacio de escucha ideaciones suicidas, se logra identificar foco detonante el fallecimiento de su esposa e hija. El ciudadano presenta poca credibilidad a procesos terapéuticos con profesionales, en donde se logra persuadir en asistir a ruta de atención en salud mental al hospital más cercano, teniendo en cuenta estado de embriagues se genera articulación con canal Pereira (pedido #22590718) para él envió prioritario de patrulla realizando acompañamiento pertinente a la clínica los Rosales bajo acompañamiento de la Subteniente María salgado subteniente.

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

Se recomienda seguir instrucciones que se realice durante la activación de ruta en salud mental, por otra parte, también se hace recomendación de modificar rutinas que ayuden a salir del entorno habitacional.

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

El usuario se compromete a continuar citas de control si son asignadas para lograr un proceso asertivo mitigando pensamientos e ideaciones suicidas.

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

No se genera articulación con la EAPB ya que se inicia ruta en salud mental por urgencias en el hospital los Rosales.

_____ **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:** 02	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Alexandra		APELLIDOS: Valencia Rivera			EDAD: 29
TIPO ID: CC	N° ID 1088026232	**EAPB**:	Sura	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3103936433		DIRECCIÓN: Cra 3 bis n° 37 b 49 Ps 2		BARRIO: Cañarte	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Margoth Bibiana		APELLIDOS: Rivera Serna		
TIPO ID: CC	N° ID 42010517	EDAD: 53	**EAPB**:	Sura
TELÉFONO: 3103936433	DIRECCIÓN: Cra 3 bis n° 37 b 49 Ps 2		BARRIO: Cañarte	

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 Alexandra Valencia de 29 años de edad, tiene un niño de 7 meses, se comunica en conmoción emocional infiriendo que tiene muchos problemas y tiene ideas de lastimarse, dice que estuvo tomando Sertralina anteriormente, pero las suspendió cuando quedo en embarazo. (al fondo de la llamada se escucha la madre juzgando su sintomatología).

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

posible impresión dx ansiedad y depresión suspendida la medicación por la lactancia, desconocimiento del diagnóstico, antecedentes de intento de suicidio con pastas, ideas suicidas, desconfianza en el sistema de salud.

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

Se realiza contención emocional, primeros auxilios psicológicos, se psicoeduca desde un posible diagnostico en la importancia de retomar su proceso terapéutico y farmacológico, se explica el proceso anatómico del cerebro y de qué manera funciona el medicamento, se valida emocionalmente, se persuade y se motiva atraves de la empatía de los referentes que tiene como proyecto de vida y quien hace parte del mismo y pueda ser consiente que la salud mental y el bienestar de ella se ve influenciada en todo su sistema familiar. La| ciudadana pasa al teléfono a su madre para suministrar los datos personales de la llamada y se le informa a la madre la importancia de acompañar el proceso de su hija, retirar cualquier objeto en el cual ella se pueda lastimar y acudir a los servicios de urgencias, se persuade teniendo en cuenta que la vida de su hija está en riesgo por los antecedentes suicidas. Indica llevarla a urgencias.
A las 22:58 p.m. hasta las 23:01 p.m. se llama nuevamente a la ciudadana (contesta la madre Margoth), por el celular de contención emocional, para poner a disponibilidad el cuadrante de policía para apoyo para trasladarla a urgencias en el caso que en otro momento se desestabilice, Indica que la hija no quiere ir a urgencias, porque “la dejan internada y la llevan para homeris y la dejan muchos días allá y quien cuida al niño de 7 meses”. Se le explica nuevamente la importancia de acudir a urgencias y activar ruta.

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

Se recomienda acercarse a los servicios de urgencias lo más pronto posible para activación de ruta, ya que lo puede hacer por sus propios medios teniendo en cuenta los criterios de emergencia y que se apoye en su madre que está allí con ella para que le acompañe en el proceso. Indica entender, agradecer y acudir a los servicios de urgencias para recibir ayuda

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

Inicialmente se compromete a acudir a los servicios de urgencias y después dice que va a esperar que no quiere ir por urgencias porque la dejan internada y quien va a cuidar de su hijo

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

No se realiza ninguna articulación porque la usuaria inicialmente expresa llevarla a urgencias y después dice que no lo va hacer, se recomienda realizar el proceso de activación de ruta lo más pronto posible.
Se deja a disposición las líneas de emergencia en salud mental y la zona de disponibilidad de la secretaria de salud.

_____ **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.**

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 emergencia policía metropolitana 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): EDWIN WILSON		APELLIDOS: CABEZAS ARENAS		EDAD: 30	
TIPO ID: CC	N°: 1107095802	EAPB:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**				OCUPACIÓN: **N/R**
TELÉFONO: 3181635709;	DIRECCIÓN: Calle 19# 15-67			BARRIO: **COMUNA ORIENTE**	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): **NO REPORTA**		APELLIDOS: **NO REPORTA**		
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**
TELÉFONO: **NO REPORTA**	DIRECCIÓN: **NO REPORTA**		BARRIO: **NO REPORTA**	

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

OTRAS CAUSAS: EPISODIO DE **ANSIEDAD.USUARIO REITERATIVO:** Julio 27 Juan Sebastián Arenas: Cuadro de ansiedad ante hechos de violencia amenazas de muerte (residente Bogotá); primero (1) Septiembre Katerine Sánchez: Orientación Frente acaso familiar residente el Olaya Herrera; Aida Jaramillo Septiembre 19 . Episodio mixto de ansiedad y depresión leve residente Olaya Herrera; Aida Jaramillo Octubre 2 Síntomas de ansiedad residente Olaya Herrera. Total, atenciones 4. Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123. Se comunica ciudadano quien expresa dificultades en resoluciones de conflictos, ausencia en comunicación con su novia y su hijo recién nacido ambos se encuentran en un proceso de restablecimiento de derechos en el ICBF. Además, ciudadano expresa que quería ser escuchado por un psicólogo y se le orientara

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

Pocas herramientas en resolución de conflictos; intranquilidad, dolor constante en el pecho, desasosiego, pensar constantemente en el pasado y el futuro, insomnio.

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

Se realizan varias técnicas entre ellas; restructuración cognitiva, escucha activa, contrato de contingencia, reforzamiento positivo, técnicas para disminuir conductas indeseadas, terapia de aversión, respiración 4-7, activación conductual.

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

Se explica muy respetuosamente el servicio de la línea de emergencia línea 123 es para despacho de ambulancia o cuadrante de policía, solo para urgencias, se explica que al ver el registro de su cedula aparece la atención en salud mental en 4 ocasiones. Si él siente muy mal su psique, por sus propios medios dirigirse a su EPS para ser atendido y de esta mañanera tener diálogos extensos con su terapeuta

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

Acatar las recomendaciones y realizar los ejercicios explicados en cada una de las técnicas.

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

Ausencia de terapias sicológicas, inherencia a las técnicas en salud mental.

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

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 123**		
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**		
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): IVAN ALEJANDRO			APELLIDOS: CHICA GASPAR			EDAD: N/R
TIPO ID: CC	N°: 18512274	**EAPB**:	SOS	ETNIA/POBLACIÓN:		
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:		
TELÉFONO: 3103738432	DIRECCIÓN:		BARRIO:			
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 realiza contacto con ciudadano ya que su expareja solicita el acompañamiento. Durante la llamada se evidencia malestar emocional y psicológico significativo debido al curso de su enfermedad, además, es importante mencionar su proceso de separación, se encuentra denunciado por violencia intrafamiliar e inasistencia alimenticia.

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

Ideación suicida con plan estructurado, pobre red de apoyo, curso de enfermedad renal, diálisis, nula adherencia al tratamiento psicoterapéutico, dificultades económicas.

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

Se realiza técnica de reestructuración cognitiva, identificación de factores protectores y anclajes emocionales. Así mismo, se recalca la importancia de asistir a psicoterapia y se menciona la posibilidad de realizar remisión a lo que el ciudadano se niega expresando que no cuenta con el tiempo suficiente de asistir a terapias. Se identifica posible relato complaciente y durante llamada solicita hablar con su expareja coaccionando a esta para retirar denuncio por violencia intrafamiliar

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

Se indica seguir técnicas y ejercicios psicológicos recomendados durante llamada

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

No se logra llegar a un compromiso con el usuario, no acepta remisión.

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

Se intentó persuadir al ciudadano para solicitar cita por psicología pero se niega rotundamente

Firma del usuario **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** ☐ _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **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: 03**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA 123**		
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**		
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): 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 recepciona llamada transferida por operador NUSE123. Ciudadana expresa que se encuentra preocupada por el estado emocional de su expareja, manifiesta que este le ha enviado mensajes de carácter suicida. Al momento de indagar ciudadana manifiesta que presentó denuncia por violencia intrafamiliar e inasistencia alimenticia lo que ha detonado este tipo de mensajes de índole suicida.

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

Posible manipulación emocional, alienación hacia sus hijos.

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

Se solicita número de celular del afectado para realizar abordaje.

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

Se recomienda estar al tanto de su estado emocional por posible trauma vicario

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

Ciudadana brinda línea para realizar la atención

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

Bajo el mismo número de SECAD se realiza atención de su expareja.

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: **02**	MES: **10**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN** **Línea de emergencia policía metropolitana 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S: SAHIRA KAMILA		APELLIDOS: VASQUEZ ESPITIA		EDAD: **17**	
TIPO ID: TI	N°: 1032680548	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**				OCUPACIÓN: **N/R**
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: Manzana 5 Casa 2 cuba		BARRIO: COMUNA CONSOTA Barrio Miraflores los paraísos		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Lina		APELLIDOS: Espitia			
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**	
TELÉFONO: 3103804500	DIRECCIÓN: Manzana 5 Casa 2 cuba	BARRIO: COMUNA CONSOTA Barrio Miraflores los paraísos			

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

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR : Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123; Ciudadana habla desorganizada le expresa a la auxiliar de policía en la llamada dirección Manzana 2 Casa 5 barrio cuba Miraflores los paraísos al llegar el cuadrante # 12 informa al operador Benavides "central nos entrevistamos con la señora Claudia Milena Correa dice no necesitar ningún requerimiento". **Nivel de requerimiento:** URGENTE.

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

Primera llamada trasferida al área de ambulancias Sandra sarta expresa ciudadana "mi hermana se volvió como loca salió corriendo dice que nadie la toque, ella sufre depresión, manden una ambulancia a la Manzana 5 Casa 2 cuba Miraflores los paraísos informa cuadrante # 12 a la central " al llegar a la vivienda tocamos en varias ocasiones y nadie responde". Segunda llamada recibida por Psicóloga Aida Jaramillo femenina se escucha dialogo desorganizado, al fondo se escuchan gritos y expresiones como ya viene la ambulancia al solicitar por medio de la llamada dirección y los hechos ocurrido cuelga la llamada. Tercera llamada atendida por la profesional Mariana femenina expresa "mi hermana le saco cuchillo a mi mama".

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

Técnica escucha activa.

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

Por medio del secad # 22591408 se solicita cuadrante de policía jurisdicción de Cuba, para verificar situación y lograr tomar medidas al respecto.

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

De volver la alteración por sus propios medios llevarla a la clínica Rosales.

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

Seguimiento del profesional: Cuarta llamada, se identifica como Daniela Vásquez Espitia hermana de la menor "acá hemos estado y no ha llegado nadie".
Pasa la progenitora a la línea se identifica como , Lina Espitia Informa qué la adolescente, al ella llamarle la atención se alteró, y saco un cuchillo y la amenazo, menor es medicada con escitalopram; diagnosticada depresión y ansiedad. solicitud de ambulancia Sem Pereira Sandra Sarta secad # 22591448. 2 mese bienestar.

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: 04**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**			**PROFESIÓN: Psicólogo**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Leidy Liliana		APELLIDOS: Aroca Ortiz			EDAD: 42
TIPO ID: CC	N° ID: 42150129	**EAPB**:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: Bachiller	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: Desempleado.	
TELÉFONO: 3107518155	DIRECCIÓN: Carrera 15 B 188-42		BARRIO: Estación Villegas.		

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

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

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Ciudadana presenta alteración emocional ante dificultades con su hijo, debido a consumo de SPA, comete hurto y otros hechos delictivos ante la sociedad, conductas de riesgo para su integridad y demás pares.

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

-Consumo de drogas-Influencia negativa de demás pares-Actos delictivos.

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

Se da inicio con técnica de relajación y control de la respiración, se logra estabilizar, se conocen aspectos relevantes de historial de consumo y dinámica familiar, se identifica coadicción, pautas de crianza débiles, sentimientos de desesperanza, se brinda psicoeducacion sobre las adicciones y determinantes que mantienen la problemática y dan origen a los actos delictivos cometidos a la sociedad y su propia familia como es la intoxicación, tolerancia, síndrome de abstinencia, se orienta hacia el amor responsable, estableciendo límites y ayudando la persona a su funcionalidad y establecimiento de proyecto de vida. Se orienta en activación de ruta por los servicios de urgencias.

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

Activar ruta por los servicios de urgencias.

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

Iniciar tratamiento para problemas asociados al consumo de SPA.

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

No se requieren remisiones.

_____ **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: 4**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN: Psicóloga**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Edwin Wilson		APELLIDOS: Cabezas Arenas			EDAD: 29
TIPO ID: CC	N° 1107095802	**EAPB**:	Asmet salud	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3181635709		DIRECCIÓN: calle 19# 15-67		BARRIO: centro	

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)

CONSUMO DE SPA Síndrome de abstinencia - Nivel de requerimiento: Prioritario
Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123. Se comunica ciudadano quien expresa dificultades en ruptura amorosa, ausencia en comunicación con su novia y su hijo recién nacido ambos se encuentran en un proceso de restablecimiento de derechos en el ICBF. ciudadano expresa que lleva 18 días sin consumir sustancias psicoactivas, las cuales lleva consumiendo 3-4 años, "no quiero caer en esto otra vez porque mi bebe me necesita".

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

Pocas herramientas en resolución de conflictos; intranquilidad, dolor en el pecho, llanto frecuente, insomnio, síndrome de abstinencia

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

Se realizan escucha activa y empática, técnica de respiración con el fin de calmar sus emociones, así misma técnica de afrontamiento.

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

se recomienda iniciar proceso terapéutico, tanto con psicología y psiquiatría, indica que él ya tiene las ordenes pero que no ha pedido las citas

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)

no se realiza remisión

_____

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: 4**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN: Psicóloga**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Didier Marino		APELLIDOS: Piedrahita Gómez			EDAD: n/r
TIPO ID: CC	N° 1087995525	**EAPB**:	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3147829291- 3007988581		DIRECCIÓN:	finca mi cariño	BARRIO: Cerritos entrada 12	

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, posible ataque de pánico - Nivel de requerimiento: Prioritario.
Se recepciona llamada transferida por los operadores SEM Pereira Carolina López usuario con síntomas asociados a crisis de ansiedad, posible ataque de pánico

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

Posible ataque de pánico, dificultad para respirar, angustia, taquicardia

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

se escucha activa y empáticamente, se cuestiona la ingesta de alcohol o SPA lo cual niega, se realiza técnica de relajación y respiración guiada en el cual se percibe que se relaja al hablar, sin embargo, insiste en él envió de ambulancia "de algo tiene que servir, algo me tienen que hacer"

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

Se recomienda trasladarse por sus propios medios a urgencias dice que está muy lejos y sus amigos no están en condiciones de llevarlo

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)

no se envía ambulancia ya que no cumple con criterios médicos, se persuade para dirigirse por sus propios medios a los servicios de urgencias, se vuelve a llamar desde la línea de contención para notificar que no llegara la ambulancia y no se recibe respuesta

_____ **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: 4**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**		**PROFESIÓN: Psicóloga**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Ingrid		APELLIDOS: Parra			EDAD: 33
TIPO ID: CC	N° N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3013838577- 3113531707		DIRECCIÓN: mz10 cs17		BARRIO: panorama 2	

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)

OTRA CUASAS orientación psicológica - Nivel de requerimiento: Prioritario.
Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123 Usuario manifiesta que su pareja fue víctima de código purpura, se evidencia llanto, manifiesta que ella está muy triste y que no tiene ganas de vivir ni de nada.

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

posible código fucsia

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

se muestra con actitud poco colaboradora, “ustedes son la policía ustedes deben saber más que yo del caso” se explica que al ser información sensible no tenemos acceso a ella y debe realizar denuncio en la fiscalía, se trata de persuadir para la atención sin respuesta

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

Se recomienda iniciar proceso psicológico

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

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

se envía cuadrante con numero de secad **22592003** con el fin de revisar el estado de la ciudadana

_____ **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: 05**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES		**PROFESIÓN: PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Luis Guillermo		APELLIDOS: Castillo Rodríguez			EDAD: 58
TIPO ID: CC	N° ID 79410478	**EAPB**:	Sanitas	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Independiente	
TELÉFONO: 3147924214		DIRECCIÓN: Guaduales de Canaán		BARRIO: Álamos	

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 transferida a través de los operadores NUSE 123, donde usuario de 58 años refiere sentir crisis de ansiedad debido a estrés laboral al emprender proyectos nuevos en su vida y al cambio de medicamento psiquiátrico, con síntomas como miedo constante, insomnio y presión en el pecho.

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

Diagnóstico de ansiedad mixta, síntomas de efectos adversos debido al cambio de tratamiento farmacológico, estrés laboral.

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

Se realiza psicoeducacion sobre sus síntomas, validación emocional, se le solicita adecuar el espacio de una forma privada y cómoda para realizar ejercicios de meditación y visualización.

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

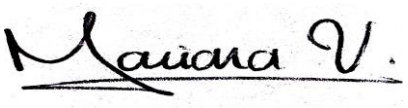
Se recomienda hablar con su psiquiatra sobre los cambios que ha tenido desde que le cambió el medicamento.

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

El usuario se compromete a realizar las técnicas aprendidas desde casa y comentar los efectos adversos que le producen los nuevos medicamentos con su psiquiatra de cabecera.

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

No se remite a ninguna entidad debido a que se encuentra en tratamiento psiquiátrico particular (próxima sesión el día de mañana).

_____ **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 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	MARIANA VALENCIA GRAJALES		**PROFESIÓN: PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Carlos Andrés		APELLIDOS: Toro Vargas			EDAD: 29
TIPO ID: CC	N° ID 1089747806	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3128035193		DIRECCIÓN: casa 25 b		BARRIO: Rocio Alto	

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 123, donde usuario refiere violencia intrafamiliar por parte de su esposa a raíz de consumo de sustancias psicoactivas. El usuario afirma que ella estuvo internada durante dos años en la fundación "Mundos hermanos"; sin embargo, ha tenido varios momentos de recaída y teme por el bienestar de su hija de 2 años.

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

violencia intrafamiliar de ambas partes, esposa con consumo de sustancias psicoactivas, hija de 2 años quien presencia violencia de sus padres

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

Se valida emocionalmente, se le envía cuadrante de policía al lugar de los hechos, se trabaja reestructuración cognitiva respecto a las decisiones que va a tomar en su hogar por el bien de su hija.

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

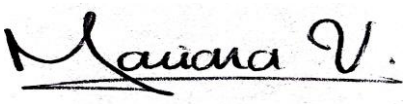
Se recomienda iniciar terapia psicológica para manejar el proceso de duelo y pautas de crianza para con su hija.

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

El usuario se compromete a realizar terapia psicológica por sus propios medios.

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 se compromete a realizar terapia psicológica por sus propios medios.

_____ **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 DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**		**PROFESIÓN: Psicólogo**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Mauricio Andrés		APELLIDOS: Mejía Naranjo			EDAD: 24
TIPO ID: CC	N° ID: 9698327	**EAPB**:	Alianza Medellín	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Desempleado.	
TELÉFONO: 3128035193		DIRECCIÓN: Torre 7 Apt 302		BARRIO: Bosques de Cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Nivel de requerimiento: Urgente.
Se recibe llamada transferida por APH del SEM-PEREIRA, quien informa caso de masculino con cuadro de depresión, de acuerdo a triage realizado no cumple con criterios para despacho ambulancia ya que la información suministrada es que el ciudadano ingiere una (1) dosis de fluoxetina sin prescripción médica, lo cual no representa un riesgo para la salud de la persona.

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

-Ruptura amorosa.

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

Se indaga caso, motivo de descompensación, rechazo sentimental, cumple con criterios de posible depresión severa, con afectaciones para la funcionalidad, aislamiento social, se encuentra descansando, desconoce problemas de insomnio, se dan indicaciones para verificar la respiración de la persona y respuesta a estímulos de dolor, refiere nivel de inconsciencia y poca respuesta ante los ejercicios sugeridos (presión en el pecho y retorcimiento de partes del cuerpo ocasionando dolor), por lo cual, se realiza despacho de ambulancia la cual es efectiva por la tripulación informan traslado del ciudadano a la E.S.E la 40.

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

Acompañamiento permanente al ciudadano.

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

Promover el cuidado de la integridad de la persona

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

Despacho de ambulancia efectiva, en articulación con APH, del SEM-PEREIRA.

_____ **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:** 06	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): EVELIA		APELLIDOS: OTALVARO OSORIO			EDAD: 80
TIPO ID: CC	N° ID 24928831	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3122231841		DIRECCIÓN: Cra 8 número 1e-04		BARRIO: Alfonso López	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Trinidad		APELLIDOS: Otalvaro		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 6063131438	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 Evelia Otalvaro de 80 años de edad, en conmoción emocional, reportando sentirse muy mal por dos situaciones la primera porque está escuchando unas voces que le dicen “porque no hace tal cosa, hacemos esto con usted esto o aquello” y la segunda por la relación que tiene con su esposo ya que con él no se puede convivir, la ha agredido física y psicológicamente y cuando él se le acerca a ella le da mucho miedo y le toca tomar muchas precauciones para su cuidado, “mis hijos no me creen, adoran al papa y yo me tengo que aguantar todo”.

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

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

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 contención emocional, se reconoce y se valida emocionalmente su valentía de estar queriendo recibir ayuda, se habla de la importancia de darse una oportunidad de salvaguardar su integridad, bienestar y salud mental, educando desde la ley 1257/2008 y psicoeducando desde la importancia de acudir a terapia desde los derechos en salud mental por EAPB, se persuade para que establezca la denuncia y se orienta para las Entidades respectivas para recibir ayuda.

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

Se recomienda seguir las recomendaciones de la intervención telefónica y estar pendiente del celular para recibir la información de la cita, además poner la denuncia por ser víctima de violencia intrafamiliar

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

Usuaria se compromete a seguir indicaciones y estar pendiente de la cita para asistir a la misma, quiere recibir ayuda, lo resalta en su conversación.

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

Se articula solicitando a la coordinadora del programa remisión de cita urgente por Psicología a la EAPB Asmet salud, se orienta para poner la denuncia con fiscalía o comisaria de familia y se brinda información de la oficina de mujer.

_____ **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.**

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

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

Versión: 01

Fecha de Vigencia:17 de enero de 2024

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 07	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Jhon Stiven		APELLIDOS: Carmona Henao			EDAD: 29
TIPO ID: CC	N° ID 1007224183	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3196327511-3750090		DIRECCIÓN: Mz 23 Cs 19		BARRIO: Samaria 2	

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 el ciudadano Jhon Carmona de 29 años de edad, solicitando asesoría “que hacer frente a la situación de soledad que está viviendo, el no haber tenido pareja nunca, lo cual lo hace sentir muy mal”, "Todo mundo es mejor que yo, dígame que hago, voy acabar con mi vida, hoy me voy a matar que quede la evidencia"

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

Posible retraso mental, Sentimientos de minusvalía y soledad, débil red de apoyo, deficiencias económicas, débil red de laboral, conductas relacionadas a la deficiencia de auto concepto, dificultad en las relaciones interpersonales.

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

Se valida emocionalmente, se le indica que ya en 5 ocasiones se ha comunicado a la línea por el mismo motivo y se le han dado las herramientas pertinentes para el manejo de su situación, se le recuerda nuevamente con las estrategias para fortalecer el auto concepto y autoestima y la necesidad de seguir trabajando en modificar y alternar los patrones de pensamiento que le están activando de manera negativa y no le permite crear vínculos interpersonales.

Se le persuade en la importancia de irse por urgencias, de que inicie su proceso terapéutico por EAPB y la importancia de tener una red de apoyo, con la cual nosotros podemos hablar y poder hacer la articulación, para que le apoyen en el proceso, indica "no tengo a nadie, solo mis abuelos y ellos son muy bravos, además no tengo plata para ir a la cita por EAPB ni por secretaria de salud"

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

Se recomienda reforzar su red de apoyo y permitir tener articulación de nosotros con ellos para que reciba apoyo, también se recomienda iniciar su proceso terapéutico por la EAPB.

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

Usuario no se compromete a realizar ningún procedimiento ya que informa que no tiene dinero para desplazarse a ninguna parte, que la red de apoyo no lo entienden y cuelga la llamada.

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

No se realiza ninguna articulación por EAPB ni ninguna otra Entidad porque el usuario no tiene los recursos económicos para asistir a ninguna Institución, también indica no tener red de apoyo y cuelga la llamada.

Si se realiza articulación enviando cuadrante de policía para apoyo y veracidad de la conducta suicida, con numero de SECAD 22593532

Seguimiento del profesional : siendo las 21:56 p.m. informa el radio operador patrullero Parra, quien atendió el caso, la patrulla Dinámico 19 llega al lugar de residencia, quien atiende los uniformados se identifica como María Osorio Abuela del usuario, los uniformados al observar al joven comentan " éste joven se encuentra bien, solo quería ver la policía y que le dieran unos consejos".

_____ **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.**

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: **11**	MES: **10**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN Línea de emergencia policía metropolitana 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**		PROFESIÓN: **PSICOLOGA**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): SALOME		APELLIDOS: GIL GOMEZ		EDAD: **20**	
TIPO ID: TI	N°: 1116130323	EAPB:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**		INSTITUCIÓN E: **N/R**		OCUPACIÓN: **N/R**	
TELÉFONO: 3224249610		DIRECCIÓN: Alfonso López Piso # 2		BARRIO: **COMUNA ORIENTE**	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Albeiro y/o Francia		APELLIDOS: Gil (abuelo) y/o Gómez (tia)			
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**	
TELÉFONO: 3122005103/ 3206496459		DIRECCIÓN: Manzana 5 Casa 2 cuba		BARRIO: Alfonso López Piso # 2	

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

CONDUCTA SUICIDA: **GESTO SUICIDA (CUTTING) Tercera llamada Usuaria reiterativa** inicialmente atendida por psicóloga Xiomara Díaz. Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123.**Motivo de atención:** Técnica entrevista cerrada (Tía) Mi sobrina se encerró en el baño, ella esta con el abuelo, y dijo que se iba desvivir, fue a la tienda y compro una cuchilla y se cortó, yo por eso llame esta mañana, porque estos últimos días ella venía muy mal, la familia la observaba con llanto constante, y muy depresiva.

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

identificados: Tía la describe; confusión mental, pensamientos de muerte, ausencia de terapias psicológicas, vive sola, tristeza profunda, antecedentes familiares psiquiátricos de familia materna, discusión con su expareja.

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

Francia quien trabaja en la EAPB de Asmet salud solicitar en él hospital de kenedy y a quien corresponda la visita del psicólogo clínico para agendar terapias en salud mental, salome tiene derecho a 30 sesiones y revisión de médico psiquiatra la joven requiere fármacos para calmar su malestar, ya que le ha manifestado mucho dolor en el pecho , estos síntomas podrían ser por el duelo no resuelto, la sobrina no puede ser dada de alta, sin tener un diagnóstico de estos 2 profesionales; porque su estado de salud mental está en alto riesgo.

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

El abuelo de 72 años debe pedir ayuda y tirar la puerta, la patrulla llegará a la dirección aportada igualmente la ambulancia, su sobrina tiene que estar hospitalizada el día de hoy de carácter urgente. se explica el malestar de u*na ruptura amorosa puede desencadenar diversos problemas de salud mental, incluyendo ansiedad, depresión y, en casos más graves, pensamientos suicidas, una ruptura de pareja pueden aparecer sentimientos de inseguridad, de vacío, de culpa, baja autoestima, miedos, ansiedad, ira, el duelo se compone de cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Estas fases no son lineales ni tienen una duración determinada, sino que pueden variar según cada persona y cada situación y tambien de los tratamientos en salud mental.*

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

Quien atiende la llamada se identifica como el abuelo "tumbamos la puerta de ese baño me ayudo un tío de ella y cogí un taxi y estoy acá en el hospital de Kennedy ella se cortó" nforma Francia "Salome estaba tan mal que ella en estos días se estaba desahogado con su amiga Tatiana".
Derivacion: Patrulla efectiva."se la llevaron en un taxi sus familiares para el hospital "

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

Abuela materna de crianza (salome) es paciente psiquiátrica quien en el pasado tuvo gesto suicida y estuvo hospitalizada en hospital mental quien es diagnostica con depresión, salome en varias ocasiones había intentado suicidarse pero esta vez dice salome que ella llego más lejos.

Firma del usuario
Cédula:
_____ ☐ _____

Anexo(s): Remisión **Consentimiento Informado**

Tamizaje ☐ **Otro:**
_____

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

☐ ma: AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

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

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

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

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

Se solicita remisión para valoración por psicología.

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

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

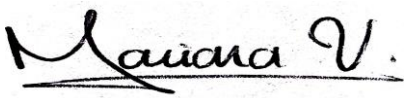
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

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

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

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

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: Mariana Valencia Grajales** **N° Tarjeta Profesional: 245717** **Firma:** 

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 12**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN: Psicóloga**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Salome		APELLIDOS: Bueno Mosquera			EDAD: 15
TIPO ID: CC	N° 1089609188	**EAPB**:	Nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3105407185		DIRECCIÓN: casa 40		BARRIO: Belmonte bajo	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Marcela		APELLIDOS: Mosquera Torres		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:	
TELÉFONO: 3105407185	DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

CONDUCTA SUICIDA - gesto suicida --Nivel de requerimiento: Prioritario

se contacta Marcela madre de menor de 15 años quien indica "Salome se encuentra en crisis, cada que se enoja se comporta así, dice que se quiere matar, que el papa no es su papá, uno debe hacer lo que ella quiere, es supremamente caprichosa".

Se habla con la menor quien indica yo me preocupo cuando la mama no llega a casa pronto por su enfermedad, cuando ella toma o se enoja se desmaya, ella no tiene celular, yo pensé que se había ido a tomar y por eso no regresaba y les dije a mis abuelos, por eso se generó todo el problema, mi papá me golpeo contra la pared y dice que yo no soy su hija a nadie le gusta que le digan esas cosas, eso duele, me dan ganas de cortarme, de matarme y lo dije, en el 2023 lo hacía y no quiero volver a hacer lo mismo"

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

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

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 respiración y relajación se realiza intervención y contención por medio de dialogo socratico

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

se recomienda iniciar proceso psicológico y psiquiátrico para ambas- madre e hija lo cual aceptan

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

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

se realiza remisión para psicología y psiquiatría

_____ **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: 12**	**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): Marcela			APELLIDOS: Mosquera Torres		EDAD: 37
TIPO ID: CC	N° 1087995749	**EAPB**:	Nueva eps	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3105407185		DIRECCIÓN: casa 40		BARRIO: Belmonte bajo	

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 - Nivel de requerimiento: Prioritario

se contacta madre de menor de 15 años quien indica que se encuentra en crisis, “cada que se enoja se comporta así, dice que se quiere matar, que el papa no es su papá, en el 2023 practicaba cutting y tenía pensamientos suicidas, parece mi mama, se enoja si no llego a la casa a la hora que ella quiere, hoy fui a realizar 2 queratinas y me demore cuando llegue mis padres estaban enojados porque pensaban que yo estaba tomando licor que yo era una borracha. yo la quiero entregar a ICBF yo le doy todo lo que puedo y soy hasta alcahuete, yo sufro de epilepsia y quiere que no trabaje porque le da miedo mi enfermedad” ...

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

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

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

se brinda escucha activa y empática, se recomienda trabajar en pautas de crianza, normas limites respeto

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

se recomienda iniciar proceso psicológico y psiquiátrico para ambas- madre e hija lo cual aceptan

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

Se compromete a asistir a las citas programadas

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

se realiza remisión para psicología y psiquiatría

_____ **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: 13**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**			**PROFESIÓN: Psicólogo**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Jenny Lorena		APELLIDOS: Montoya Ramón			EDAD: 36
TIPO ID: CC	N° ID: 1116244881	**EAPB**:	Alianza Medellín	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: Empleada.
TELÉFONO: 3212813992		DIRECCIÓN: Centro de Pereira			BARRIO: N/R

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, donde se comunica ciudadana con alteración emocional por dificultades en relación de pareja (infidelidad). Presenta pensamientos suicidas, en horas de la mañana intento lacerarse las venas.

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

-Proceso de duelo-Apego emocional-Baja autoestima-Experiencias negativas de vida (Trabajadora sexual y privación de libertad).

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

Se da inicio con técnica de control de respiración para lograr estabilidad emocional y proceder a la orientación, se realiza triage para definir riesgo, presenta síntomas de cuadro de depresión con alteraciones en conductas habituales (insomnio, pérdida de apetito, baja autoestima, llanto durante la mayor parte del día). Permite conocer aspectos relevantes de su historia de vida, expresa fracasos en relaciones de pareja, se confrontan sus distorsiones cognitivas por medio de percepción de aspectos positivos y negativos en la relación, se identifican varias falencias, lo cual conlleva a la persona a considerar que debe cambiar su estilo de vida y relación, se explican fases del duelo encontrándose en fase de negación, donde se presentan estos síntomas, se motiva al cambio y crecimiento personal, desde la modificación de ambiente ya que no depende económicamente de su pareja, como también mejorar su autoestima, no aislarse, acudir a redes de apoyo, visitar la naturaleza, entre otras, se resaltan sus derechos en salud mental, Se busca en el ADRES, se encuentra afiliada al Municipio de Medellín, por lo cual, se sugiere realizar traslado ya que lleva varios años en la ciudad y de momento solo se pueden atender las urgencias, la persona entiende y agradece por el espacio brindado.

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

Realizar traslado ante su EAPB, para acceso a atención integral de las patologías presentadas.

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

Solicitar traslado ante su EAPB.

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

No se requieren remisiones.

_____ **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: 13**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: LINEA #123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): BRANDON STEVEN		APELLIDOS: CARDONA ZULUAGA			EDAD: 28
TIPO ID: CC	N° 1007217237	**EAPB**:	SALUD TOTAL (RETIRADO)	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZO
N. ESCOLARIDAD: NO REFIERE		INSTITUCIÓN E: NO REFIERE		OCUPACIÓN: DESEMPLEADO	
TELÉFONO: 9118685459		DIRECCIÓN: NO REFIERE		BARRIO: CENTRO	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Llamada remitida por operadores NUSE 123, en donde se comunica el Mayor García, comunicando que "se encuentra con ciudadano que al parecer presenta intento suicida a los alrededores del viaducto Cesar Gaviria"

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

Dentro de los factores de riesgo, se identifica situaciones adversas en su historia de vida (consumo de sustancias psicoactivas, progenitor en situación de calle).

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

en primera instancia se busca identificar factores detonantes los cuales se encuentran asociados a consumo de sustancias psicoactivas, por otra parte, se empieza a fortalecer factores motivacionales en donde se identifica que el ciudadano es padre de familia y presenta lazos afectivos bastante estrecho con su hijo. finalmente se generan compromisos y acede a iniciar ruta en salud mental por psicología.

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

Se recomienda seguir instrucciones y recomendaciones por especialistas y profesionales durante ruta de atención en salud mental.

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

Según reporte del Mayor que se encuentra en el lugar de los hechos el ciudadano se compromete a buscar ayuda profesional de manera prioritaria.

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

se realiza despacho de ambulancia no efectiva, ya que la tripulación con Placa OVI 275 Empresa ORION Medical determina: “no es posible realizar traslado ya que la persona accede a ser trasladado por patrulla de policía a su lugar de vivienda, la tripulación refiere que el ciudadano no presenta afectaciones de tipo emocional y se percibe emocionalmente estable" Ciudadano que se encuentra en estado Retirado desde la EAPB

_____ **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: 14**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**		**PROFESIÓN: Psicólogo**	

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): KARINA		APELLIDOS: CAMPOS SALAZAR			EDAD: 38
TIPO ID: CC	N° ID: 1088245937	**EAPB**:	Sura	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: Profesional		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Medico.	
TELÉFONO: 3135756523		DIRECCIÓN: Centro de Pereira.		BARRIO: N/R	

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

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

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, donde se comunica ciudadana con alteración emocional, presenta sentimientos de desesperanza, ideación suicida, por proceso de duelo (muerte de figura materna) hace cuatro (4) meses, con intensificación de la sintomatología.

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

-Proceso de duelo-Sin redes de apoyo-Ruptura amorosa reciente.

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

Se da inicio con técnica de control de respiración para lograr estabilidad emocional, se realiza triage para definir riesgo, presentando alteraciones en conductas habituales, insomnio e hipersomnia, aumento del apetito, ideación suicida, es funcional, se desempeña como médico, sin embargo, no disfruta su vida, se identifican conductas que mantienen la tristeza profunda, como no contar con reforzadores positivos de vida, ya que se dedica a su trabajo y estar en casa, sin embargo, no comparte con demás personas, se explican fases del duelo encontrándose en etapa primaria de negación donde se presenta esta sintomatología, se validan sus sentimientos negativos desde el reconocimiento y como parte del proceso, se dan indicaciones de terapia ocupacional, empezar asimilar el suceso, entendiendo que es un estado mas no una sentencia de vida, se sugiere remisión a psiquiatría, sin embargo, no está de acuerdo con estas atenciones, por lo cual, se recomienda psicoterapia para sobrellevar el duelo. Solicitando los servicios por medio de su EAPB. La ciudadana entiende y agradece por el espacio brindado.

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

Solicitar acompañamiento psicológico por medio de su EAPB, tener hábitos de vida saludables, realizar terapia ocupacional y asistir a grupos de apoyo para procesos de duelo.

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

Seguir las recomendaciones brindadas para aprender a sobrellevar su proceso de duelo.

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:** 15	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): David Ricardo		APELLIDOS: Guerrero Ballen			EDAD: 35
TIPO ID: CC	N° ID 1010189691	**EAPB**:	Famisanar	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3219573919		DIRECCIÓN: Cra 7 número 39-18		BARRIO: N/R	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Milena		APELLIDOS: Carvajal		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3229326383	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 el Ciudadano David Guerrero de 35 años de edad, reportando sentirse muy mal por acusaciones falsas que están teniendo hacia él, por parte de los dueños de la casa donde vive "robaron en la casa y me metieron que había sido yo el que había robado, me echaron de la casa" "me vine de Bogotá hace 4 meses para cambiar de vida y con un trabajo aquí en Pereira, pero yo no sabía que iba a pasar esto".

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

Dx ansiedad y depresión, baja tolerancia a la frustración, nula resiliencia, conductas evitativas, ideas suicidas no estructuradas, débil auto concepto, nulo proceso psicoterapéutico, EAPB activo en otro Departamento.

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 entrevista estructurada generando acercamiento a su caso, se evidencia con una condición en salud mental en tratamiento farmacológico adecuado y constante pero nulo proceso terapéutico, se Psicoeduca en derechos en salud mental por EAPB y la importancia de iniciar ruta por Psicología, se valida emocionalmente y se educa para que realice el respectivo traslado de su EAPB al Departamento, se dan estrategias de afrontamiento del estrés y estrategias para el manejo de la ansiedad generando estimulación del nervio vago en el sistema nervioso para la redirección de la atención del cerebro del estado de ansiedad al momento presente, también se persuade para realizar tiempos de esparcimiento y fortalecer su red de apoyo en la Ciudad. Usuario indica que tiene pensado volverse a Bogotá que ya tiene los pasajes, se orienta que esa misma información que se le suministro la puede realizar en el lugar donde él vaya a estar y le genere más bienestar emocional y salud mental. Indica sentirse más calmado, agradece y cuelga la llamada.

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

Se recomienda al usuario realizar proceso psicoterapéutico por medio de su EAPB y seguir las recomendaciones suministradas en la intervención telefónica

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

Usuario se compromete a seguir las recomendaciones y estar pendiente a iniciar ruta psicoterapéutico por la EAPB, sea en esta Ciudad o en Bogotá.

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

No se realiza ninguna articulación, porque el usuario está activo en otro EAPB y porque él está considerando irse de la Ciudad. Si se direcciona para acercarse a la fiscalía para que sea orientado y apoyado frente a las acusaciones y calumnias de las que está siendo víctima. De igual manera se deja a disposición las líneas de emergencias en salud mental.

_____ **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: 17**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**		**PROFESIÓN: Psicólogo**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Nicoll Daniela		APELLIDOS: Yim Llano			EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° ID: 1089934104	**EAPB**:	S.O.S	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 1089934104		DIRECCIÓN: Calle 3 # 8-17		BARRIO: Villavicencio	

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: Urgente.
Ciudadana manifiesta que pareja sentimental de su familiar con diagnóstico de TLP, se encuentra en cuadro de descompensación, in-adherente a tratamiento, con conductas desadaptativas auto y heteroagresion, lenguaje soez, comportamiento suicida se acaba de aventar a un auto, sin lograr ocasionarse daño.

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

-Condición en salud -In-adherente a tratamiento y medicación.

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

Se realizan preguntas de triage para definir riesgo, debido a la alteración presentada se solicita acompañamiento de los servicios de seguridad de policía para control de la situación informa el operador de la línea 123, que el caso ya fue remitido al canal y se despachó cuadrante, se brinda psicoeducacion sobre la activación de ruta en salud mental por los servicios de urgencias, recibiendo abordaje integral por medicina general, psicología y psiquiatría quien determina el tipo de tratamiento mural o extramural y medicamento de control. Se sugiere contar con servicio particular para traslado de la ciudadana, se informa que el cuadrante de policía realizara acompañamiento hasta los servicios de salud, la persona entiende y acepta.

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

Continuar tratamiento farmacológico y psicológico.

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

Estar pendiente del cuadrante para control de la situación.

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

Articulación con los servicios de seguridad de Policía, para activación de ruta en salud.

_____ **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: 17**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): BLANCA INES		APELLIDOS: ORTIZ CALDERON			EDAD: 58
TIPO ID: CC	N° 24790197	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3202002166		DIRECCIÓN: MZNA B TORRE B4 APTO 503		BARRIO: SALAMANCA CUBA	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): SORAYA		APELLIDOS: RAMIREZ		
TIPO ID: CC	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3104673690	DIRECCIÓN: MZNA B TORRE B4 APTO 503		BARRIO: SALAMANCA CUBA	

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

Se recepciona llamada transferida por APH SEM Pereira, Felipe Osorio, en donde se comunica la ciudadana Blanca Ortiz, reportando dolor en el brazo, hormigueo en las piernas, dolor de cabeza y nauseas, adicional refiere angustia por situación familiar e ideación suicida hace 1 año aproximadamente cuando fue intervenida por problemas cardiacos, en dicha hospitalización fue atendida por psiquiatría, pero desde entonces no ha contado con seguimientos por dificultades con la eps.

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

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

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

se brinda espacio de escucha activa, se emplean técnicas de respiración guiada, adicional se psicoeduca en técnicas de relajación y ejercicios de mindfulness que pueda emplear ante futuras crisis, se brindan pautas de higiene del sueño y actividades de ocio enfocadas en autocuidado.

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)

Se hace remisión prioritaria a psicología y psiquiatría a la EAPB Nueva Eps.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 18**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: línea 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN: Psicóloga**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Sandra Patricia			APELLIDOS: González Villada		EDAD: 53
TIPO ID: CC	N° 42108084	**EAPB**:	Salud total	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3136182485		DIRECCIÓN: MZ 6 CS 3 PISO 2		BARRIO: 2500 COMUNIDAD LOS INDEPENDIENTES	

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 - ORIENTACION PSICOLOGICA - Nivel de requerimiento: Prioritario

Se recepciona llamada transferida por operador NUSE 123. se contacta la señora Sandra quien indica preocupación por una amiga de su nieta la cual presenta conducta suicida (gesto suicida - cutting desde el año 2023) refiere que la menor no se deja ayudar, y reporte posible abuso sexual por parte de un familiar, desconoce datos personales de la menor (VALERIA MONSALVE 15 AÑOS DE EDAD)

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

cutting - posible abuso sexual- ideas de muerte- débil red de apoyo - baja autoestima

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

se brinda escucha activa y empática en la cual se tiene intervención con Valery nieta de la usuaria, con la cual no se logra identificar factor de riesgo ni dato personal ya que ella refiere "me da miedo que si les doy el número de ella de pronto se haga daño, solo sé que vive por el reversadero de las busetas del remanso" se trata de persuadir por información con la cual se pueda brindar ayuda oportuna.

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

se recomienda brindar los números de apoyo psicosocial a la menor, recomendaciones de riesgo y acompañamiento como amiga o posible red de apoyo

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)

no se realiza ninguna articulación porque no se cuenta con los datos de la menor

_____ **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-LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**			**PROFESIÓN: Psicólogo**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): Anónimo		APELLIDOS: N/R			EDAD: N/R
TIPO ID: N/R	N° ID: N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3228838917	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: 2500 Lotes.		

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: Urgente.
Ciudadano, con alteración emocional, derrama llanto, expresa situaciones difíciles de vida, acaba de encontrar a su pareja con otra persona, le prohíbe seguir viendo a su hija ya que en discusiones del día anterior la agrede físicamente, presenta sentimientos de desesperanza, expresa deseos de muerte.

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

-Infidelidad.
-Apego emocional.
-Nulas redes de apoyo.

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

Se intenta estabilizar el ciudadano por medio de ejercicio de respiración profunda, sin embargo, decide expresar situaciones que le generan la alteración emocional (infidelidad, aislamiento de su hija), entre otras, expresa sentimientos de desilusión ya que se esforzaba mucho por su pareja y no merecía el engaño, expresas deseos de muerte, ya que no cuenta con más redes de apoyo, se intenta empatizar con su dolor el cual es normal ante la situación presentada, sin embargo, se cuelga la llamada. Tiene una duración de 2 minutos y 46 segundos, no se logra orientar ni contener la persona ya que se cuelga la llamada, se intenta contactar nuevamente desde la línea de contención emocional, sin embargo, se va al buzón de mensaje. No brinda datos de identificación expresa “eso no es importante”.

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

No se logra brindar recomendaciones.

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

El ciudadano no adquiere compromisos

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

No se logra orientar la persona ya que su crisis no le permite recibir la atención necesaria.

_____ **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.

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: 18**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA 123**		
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**		
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): ERICA LILIANA		APELLIDOS: N/R				EDAD: 28
TIPO ID: CC	N°: N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:		N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:		
TELÉFONO: 3146662949	DIRECCIÓN: MZ I CS 87			BARRIO: CACHIPAY		
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)

Caso comentado por contratista de SemPereira Jessica Sánchez. Femenina en estado de gestación requiere de atención psicológica.

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

Episodio de conmoción emocional, llanto incontrolable, estado de negación ante fallecimiento inesperado de familiar

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

Se recolecta información colateral con nuera de ciudadana, se brindan PAP, por medio de la psicoeducación se explica que el estado emocional y psicológico de la afectada se encuentra dentro de los rangos de normalidad dado el impacto de la noticia. Adicional, durante el proceso de duelo puede continuar con alto malestar y deterioro funcional.

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

Se recomienda estar al tanto del estado gestacional y en caso de presentar dificultades en la respiración, contracciones, sangrado o ideación suicida acudir inmediatamente al servicio de urgencias

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

Familiar de ciudadana se compromete a seguir recomendaciones e indicaciones y en caso de presentar exacerbación de síntomas comunicarse inmediatamente a la línea 123

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

Se realizará seguimiento del caso con el fin de prevenir posible depresión perinatal y evaluar la necesidad de remitir caso a coordinación de SemSaludMental para cita 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:**

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: 18**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): JACOBO		APELLIDOS: OROZCO ARIAS			EDAD: 28
TIPO ID: CC	N°: 1089931840	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3136584942	DIRECCIÓN: SANTA JUANA DE LAS VILLAS		BARRIO: SAN JOAQUIN		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): CLAUDIA		APELLIDOS: ARÍAS		
TIPO ID: N/R	N°: N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3136584942	DIRECCIÓN: SANTA JUANA DE LAS VILLAS		BARRIO: SAN JOAQUIN	

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

Se recepciona llamada transferida por operador NUSE 123. Se comunica madre de Jacobo, solicitando orientación debido al estado mental actual de su hijo.

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

Hetero y autoagresividad, ideas homicidas, ideas sobrevaloradas, debut delirante (primer síntoma hace ocho días), consumo de SPA, posible episodio delirante inducido por consumo de cannabis (?), ausencia de introspección. Dx de epilepsia.

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

Al momento de realizar anamnesis madre de ciudadano indica que es la primera vez que ve a su hijo en esta situación, se indaga sobre antecedentes personales y familiares y niega cualquier historial de enfermedades mentales. Se expresa la importancia de la atención médica/psiquiátrica debido a los síntomas clínicos que presenta su hijo. Por medio de la psicoeducacion se explica ampliamente que la duración de la sintomatología no obedece a esquizofrenia o episodio psicótico debido a la ausencia de alucinaciones y de síntomas scheneiderianos.

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

Se recalca la importancia de trasladarlo por sus propios medios a centro asistencial, ya que las ambulancias del SEM no se encuentran medicalizadas, y se manifiesta que la presencia de la PONAL puede incrementar su agresividad. No obstante, se deja a disposición la línea de emergencias 123.

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

Madre se compromete a realizar traslado por sus propios medios a centro asistencial y en caso de solicitar apoyo de cuadrante de PONAL comunicarse de nuevo

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

No se realiza articulación.

Firma del usuario **Cédula:** _____ **Anexo(s): Remisión** ☐ **Consentimiento Informado** **Tamizaje** ☐ **Otro:** ☐ _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **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: 19**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN / LINEA 123**		
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**		
1.DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE(S): LUIS MIGUEL			APELLIDOS: FRANCO			EDAD:
TIPO ID: CC	N°: 1004735046	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R	
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:		
TELÉFONO: 3045939273	DIRECCIÓN: MZ 20 CS30		BARRIO: HACIENDA CUBA			
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)						
NOMBRE(S): N/R			APELLIDOS: N/R			
TIPO ID: N/R	N°: N/A	EDAD: N/A	**EAPB**:	N/R		
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN:		BARRIO:			

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

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

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

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

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

Durante llamada se brindan amplios mecanismos de canalización; reestructuración cognitiva por medio de la aceptación, se dota de herramientas de validación y expresividad emocional. Adicional, se identifica con ciudadano red de apoyo como factores protectores.

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

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

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

Ciudadano se compromete a realizar ejercicios y técnicas empleadas durante llamada, adicional, asistirá a proceso psicoterapéutico.

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

Se realiza remisión para cita 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: **20**	MES: **10**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN Línea de Emergencia 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): VALENTINA		APELLIDOS: DUQUE CEBALLOS		EDAD: 27	
TIPO ID: CC	1094965528	EAPB:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**		INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: **N/R**
TELÉFONO: 3108292525		DIRECCIÓN: Carrera 4a Calle 22 **No 22-26**		BARRIO: **COMUNA CENTRO**	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): **NO REPORTA**		APELLIDOS: **NO REPORTA**			
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**	
TELÉFONO: **NO REPORTA**	DIRECCIÓN: **NO REPORTA**	BARRIO: **NO REPORTA**			

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

OTRAS CAUSAS: TRASTORNO MIXTO DE DEPRESION-ANSIEDAD EPISODIO COMBINADO PRESENTE: Se recepciona llamada transferida por operador NUSE 123.**Motivo de consulta:** ciudadana refiere cuatro semanas con la sensación de tristeza profunda, desesperanza, falta de energía, llanto constante, inestabilidad, vergüenza. baja productividad, autocrítica, vacío, pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba, falta de energía, sentimientos de inutilidad, culpa, problemas para concentrarse.

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

Baja autoestima, falta de claridad en situaciones del diario vivir, miedo al fracaso, distracciones constantes, estrés.

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

Primeros auxilios psicológicos.

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

Dirigirse por sus propios medios a la clínica los rosales área de urgencias en salud mental. Nota: Estuvo hospitalizada por 30 días en la clínica el Prado de la ciudad de armenia por crisis en salud mental.

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

Asistir a las terapias psicológicas

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

Ausencia terapias psicológicas y medicamentos psiquiátricos.

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: **21**	MES: **10**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN Línea de Emergencia 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): GENSY PAOLA		APELLIDOS: CASTRILLON VALENCIA		EDAD: 24	
TIPO ID: CC	1004779606	EAPB:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**		INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: **N/R**
TELÉFONO: 3207501819		DIRECCIÓN: FINCA EL DESCANSO		BARRIO: **COMBIA BAJA** SECTOR DE SAN VICENTE	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): OSCAR			APELLIDOS: ECHAVARRIAGA HENAO (Esposo)		
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**		**EAPB**:	**NO REPORTA**
TELÉFONO: 3103981188	DIRECCIÓN: : FINCA EL DESCANSO		BARRIO: **COMBIA BAJA** SECTOR DE SAN VICENTE		

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

VIOLENCIA INTRAFAMILIA: Se recepcióna llamada transferida por los operadores NUSE 123. Mi esposo me trata muy mal, cada vez que discutimos por bobadas, me dice tonta, lenta y a tratado de pegarme, necesito que un psicólogo lo llame y hable con él, porque ya estoy cansada de esa situación y yo no sé qué hacer. **Nivel de requerimiento:** Prioritario.

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

Sin cuidado posparto cesaría hace 6 días, desempleo, dependiente, roles de género desiguales y falta de comunicación efectiva en el hogar, dinámicas familiares disfuncionales, ausencia materna, distanciamiento paternal, nula red de apoyo.

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

Técnica de relajación para Oscar y Dialogo socrático y técnica escucha activa para Gisley.

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

Solicitar por sus propios medios a la EPS sesiones terapéuticas de pareja.

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

Asistir a las terapias psicológicas. inscripción en APP mujer segura.

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

Ausencia terapias psicológicas, ausencia en herramientas para el control de las emociones, evitación de conflictos, acumulación de resentimiento. Solo en caso de emergencia número de móvil patrulla jurisdicción de combia 3013461300.

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 | Secretaría de SALUD

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

Versión: 01

Fecha de Vigencia:17 de enero de 2024

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 21**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**			**PROFESIÓN: Psicólogo**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Valentina		APELLIDOS: Largo Ramírez			EDAD: 13
TIPO ID: T.I	N° ID: 1089613526	**EAPB**:	Sanitas	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Estudiante	
TELÉFONO: 3229079426		DIRECCIÓN: Calle 37 N 34-27		BARRIO: Portal de San Jacinto-Casa 21.	

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: Urgente.
funcionaria del ICBF, solicita información sobre caso de menor de edad quien el día anterior manifestó pensamientos suicidas a través de mensajes vía celular, se presentan dificultades con el audio, ya que no se logra comprender el requerimiento de la ciudadana. Posteriormente se recibe comunicado por parte del ICBF, quienes brindan datos de información de la ciudadana y cuidadores primarios resaltando la necesidad de activar ruta en salud mental para el restablecimiento de derechos de la menor y cuidado de su bienestar.

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

-Ideación suicida.

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

Se informa que el caso fue atendido por los servicios de seguridad de policía quienes llegan hasta el lugar, se entrevistan con la menor, expresa que ella se encuentra bien y no requiere atenciones, se solicita al cuadrante un numero de contacto para brindar la orientación pertinente, se obtiene el contacto de Sandra, ciudadana que labora como empleada del servicio doméstico en esta residencia, se hace devolución desde la línea háblame la ciudadana contesta y cuelga la llamada a los 5 segundos, se hacen varios intentos y desvía la llamada por lo cual, no se logra atender el caso. Se resalta a la funcionaria que para despachar ambulancia se debe contar con triage para evaluación del riesgo, mediante atención de la persona en crisis o red de apoyo que se encuentre en el lugar de los hechos.
Por otra parte, se da respuesta efectiva al requerimiento del ICBF, donde coordinadora del programa realiza remisión urgente a la EAPB Sanitas, para asignación de cita por psicología.

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

No se logra brindar orientación para la mitigación del riesgo.

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

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

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

Remisión urgente a la EAPB Sanitas, para asignación de cita de la protegida.

_____ **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.

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 22	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN – LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Mariana		APELLIDOS: González			EDAD: 14
TIPO ID: TI	N° ID N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3233154057		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: Poblado 2	

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, la usuaria cuelga la llamada y se devuelve por el celular de contención emocional, en donde se establece comunicación con la menor Mariana Gonzales de 14 años de edad, reportando "estoy aquí con 3 amigas somos dos de 14 años y otra de 12 años, estamos muy tristes, necesitamos hablar, porque vamos mal en el Colegio, estudiamos en el Colegio San Fernando en Cuba".

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

Bajo rendimiento académico, sentimientos de frustración y tristeza, dificultades en desplazamiento para asistir a la Institución, temor hacia las figuras de autoridad (padres y docentes), baja tolerancia a la frustración, se denotan deficiencias con sus redes de apoyo.

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

Se brinda espacio de introspección, validando sus emociones y generando rapport, se persuade en la importancia de hablar con sus padres u red de apoyo en lo que están sintiendo y porque están pasando por dicha situación, también se orientan para que se direccionen con la Psico orientadora de la Institución para que, por medio de ella se apoyen emocionalmente y se pueda establecer un acuerdo con los docentes y le realicen un plan de estudio de recuperación y puedan ponerse al día y cumplir con la responsabilidades que tienen como estudiantes para el beneficio de ellas mismas y de sus cuidadores.

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

Se recomienda seguir la intervención realizada vía telefónica, acudir a la psi orientadora de la Institución, informar a su red de apoyo y establecer normas con ella misma para cumplir los objetivos de recuperación

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

Se comprometen a buscar a la Psi orientadora de la Institución e iniciar proceso

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

No se realiza ninguna articulación porque las menores se comprometen a establecer comunicación con la Psi orientadora de la Institución y comprometerse a esforzarse para recuperar las materias.
De igual modo se deja a disposición las líneas de emergencias en salud mental para apoyo emocional

_____ **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: 23**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

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

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)

llamada transferida por las operadoras NUSE, se comunica la señora Lina, madre de la menor Valeria, en crisis de llanto manifestando que descubrió a la menor practicando cutting, por lo cual solicita orientación.

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

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

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 contención mediante respiración guiada, se hace énfasis en la importancia de una adecuada adherencia al tratamiento, se dan pautas de un acompañamiento positivo ante la situación de la menor. Se identifica como posible factor desencadenante de la conducta de la menor el proceso de divorcio por el que están atravesando actualmente los padres, el cual se ha tornado conflictivo y ha sido necesario interponer demanda ante comisaria de familia por manutención.

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

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

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

El usuario entiende la importancia de iniciar proceso terapéutico.

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

se realiza remisión por psicología y psiquiatría a la EAPB 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: 23**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): VALERIA		APELLIDOS: MONTOYA RAMIREZ			EDAD: 15
TIPO ID: TI	N° 1140065619	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: ESTUDIANTE	
TELÉFONO: 3104430314		DIRECCIÓN: CRA2C #17A01		BARRIO: CAMPESTRE B.	

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

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

llamada transferida por las operadoras NUSE, se comunica la señora Lina, madre de la menor Valeria, en crisis de llanto manifestando que descubrió a la menor practicando cutting, por lo cual solicita orientación.

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

Cutting, disfunción familiar.

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

Ante el requerimiento de la madre, se intenta establecer comunicación con la menor y lograr brindar atención inicial, sin embargo, no se muestra en disposición, mostrando actitud distante y poco colaborativa.

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

Se le explica a la menor que la línea está activa 24/7 por si en algún momento deseo comunicarse y abordar la situación desencadenante de la conducta de cutting.

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

El usuario entiende la información dada

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

se realiza remisión por psicología a la EAPB Nueva eps.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 23	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Vanessa		APELLIDOS: Pérez Villa			EDAD: 38
TIPO ID: CC	N° ID 1004682285	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3128819583- 3215366627		DIRECCIÓN: Mz c casa 9		BARRIO: El recreo-Cuba	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica la Ciudadana Vanessa Pérez, reportando que tiene una sobrina (Luisa Fernanda Montes) de 17 años de edad, con depresión, hace aproximadamente 1 mes a causa de la separación con su esposo, además reporta sintomatología relacionada con delirios de persecución hace 3 días. Informa que la semana pasada la llevaron por urgencias, pero no le realizaron la atención solo le dieron un numero para pedir cita con Psicología y se la dieron para enero de 2026 “no podemos esperar hasta esa fecha, ella está muy mal”

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

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

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

Se Psicoeduca en derechos en salud mental por EAPB y se direcciona para activación de ruta por urgencias lo más pronto posible, ya que es necesario hospitalización intramural, proceso farmacológico, para estabilización de síntomas y agilizar el proceso de las citas por Psicología y Psiquiatría, se persuade en la importancia y la responsabilidad que tienen como red de apoyo, para salvaguardar la vida de la usuaria, quitando todo objeto que este cerca de ella con el cual pueda lastimarse, ya que está en riesgo de tener ideación suicida, teniendo en cuenta la sintomatología presentada.

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

Se recomienda activar ruta de salud mental lo más pronto posible por EAPB

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

Usuaria se compromete a estar pendiente del celular para recibir la llamada de la cita y asistir a las mismas.

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

Seguimiento 1: Usuaria se comunica nuevamente a la línea reportando que el Médico de urgencias del hospital de San Joaquín que la atendió informa que los signos vitales están bien, por ende, no realiza ningún procedimiento, la direcciona a que pida la cita y la envía nuevamente a casa. Se le informa a la usuaria que vuelva ingrese a las instalaciones de urgencias, para nosotros como profesionales podamos persuadir al personal que realiza la atención frente a la emergencia en salud mental (riesgo suicida) (riesgo físico).

Seguimiento 2: Se devuelve la comunicación con la usuaria para identificar que había sucedido, informa que el médico no quiso pasar a la llamada para poder persuadirlo, además informa nuevamente que los signos están estables no puede hacer nada, ni enviar ningún tipo de medicamento ni realizar hospitalización, si no tiene orden de un Psicólogo o de un Psiquiatra, que pida cita por medicina general.

Gestión del riesgo realizada por el profesional: Como no fue posible la atención en salud mental por urgencias, **se realiza articulación con la coordinora del programa con cita urgente por Psicología y Psiquiatría por la EAPB ASMET SALUD PARA LA MENOR LUISA FERNANDA MONTES PEREZ TI 1142515903**

Se reporta caso de negligencia médica en salud mental a la jefe del programa y secretaria de salud de Pereira.

_____ **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: 24**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**VALENTINA LARGO**			**PROFESIÓN: PSICÓLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R			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: 3105901424		DIRECCIÓN: CRA 16BIS #29-51		BARRIO: SAN NICOLAS	

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 recepciona llamada transferida por las operadoras NUSE, denunciante anónimo manifiesta que una menor de 12- 13 años aproximadamente convive con su pareja, la cual es consumidora y en reiteradas ocasiones ha presenciado como este la quiere obligar a consumir "yo escucho como él le dice que prueba y ella dice que no, que ella lo quiere dejar e irse".

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

consumo de spa, nula red de apoyo.

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

se brinda espacio de escucha activa, se intenta obtener la mayor cantidad de datos e información relevante que permita re direccionar el caso a las autoridades competentes, se da tranquilidad al llamante de que su identidad será resguardada y ningún agente lo contactará.

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

Se recomienda realizar llamada en cuanto evidencie los hechos de violencia.

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

El usuario se muestra reacio ante la creencia de que no se hará nada respecto al caso.

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

se envía caso al canal Pereira con secad #22600863 solicitando que infancia y adolescencia se desplace al lugar y verifique la situación.

_____ **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:** 25	**MES:** 10	**AÑO:** 2025	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	KATERIN JULIANA SANCHEZ M.		**PROFESIÓN:** PSICOLOGA	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Diego Hernán		APELLIDOS: López Valencia			EDAD: 42
TIPO ID: CC	N° ID 10030747	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3235759812		DIRECCIÓN: 30 BIS # 5-25		BARRIO: CENTRO	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): N/R		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
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 el usuario Diego López de 42 años de edad, solicitando orientación frente al caso de su hermana de 46 años de edad, que presenta conductas desadaptativas, tanto con la familia como con los vecinos, informa que ella vive con su madre de 78 años de edad y una hermana, las dos son discapacitadas y refiere que no las deja salir y que tienen que hacer lo que ella diga, informa "A nosotros nos da hasta miedo ir a visitarlas" "estuvo internada en el hospital del sistema nervioso y de allí se fugó y no ha querido volver a tomar medicamentos ni internarse".

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

Desconocimiento del diagnóstico de la hermana.
Factores de riesgo de la hermana: impresión dx esquizofrenia sin medicamentos, alucinaciones, conductas psicóticas, negación a recibir tratamiento, retención familiar.

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

Se Psicoeduca al usuario para que realice activación de ruta en salud mental por medio de la EAPB lo más pronto posible, iniciando por urgencias ya que la hermana debe ser estabilizada farmacológicamente, además se orienta que se puede apoyar con la patrulla de policía en el caso que la hermana no quiera acceder a ser trasladada, se persuade en la importancia de realizar el proceso ya que están siendo afectadas emocionalmente las 3, tanto ella por el posible diagnostico sin medicación que tiene y la dos personas con las que convive por su discapacidad y su edad, se orienta para que ellas inicien proceso terapéutico por la EAPB.

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

Se recomienda realizar el proceso de activación de ruta en salud mental lo más pronto posible.

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

Usuario se compromete a hablar con la familiar y realizar el respectivo proceso, para apoyar a las 3 familiares que están siendo afectadas.

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

Se Psicoeduca al usuario para que realice activación de ruta en salud mental por medio de la EAPB lo más pronto posible, iniciando por urgencias ya que la hermana debe ser estabilizada farmacológicamente, además se orienta que se puede apoyar con la patrulla de policía en el caso que la hermana no quiera acceder a ser trasladada, se persuade en la importancia de realizar el proceso ya que están siendo afectadas emocionalmente las 3, tanto ella por el posible diagnostico sin medicación que tiene y la dos personas con las que convive por su discapacidad y su edad, se orienta para que ellas inicien 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: **26**	MES: **10**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN** **Línea de emergencia policía metropolitana 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): MARIA CAMILA		APELLIDOS: RENDON LONDOÑO			EDAD: **22**
TIPO ID: TI	N°: 1004686049	EAPB:	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**		INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: **N/R**
TELÉFONO: 3107077876		DIRECCIÓN: Calle 25 # 4B-18		BARRIO: **COMUNA CENTRO,** Bario San Jorge	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): amigos DIEGO ARIZA y KETY SOLIS		APELLIDOS: kety			
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**		**EAPB**:	**NO REPORTA**
TELÉFONO: 3019308325	DIRECCIÓN: **NO REPORTA**	BARRIO: CENTRO PEREIRA CARRERA 4ª			

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

Conducta Suicida : INGESTA Se recepción llamada transferida por los operadores NUSE 123.**Motivo de atención:** Gesta por 10 pastillas de medicamentos amitriptilina y clotrimazol informa caso Diego Ariza jefe inmediato de maría (3135281106) residente en la manzana 42 casa 20 Barrio samaria 1, empresa INSAI Calle 20 # 6 – 30, piso 2 call center.

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

Frustración entre la realidad y lo que debería ser, descompensación emocional, paciente psiquiátrico, ruptura amorosa relación de 5 años, nula red de apoyo, pocas herramientas en resolución de conflictos, ausencia en terapias psicológicas.

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

Primeros auxilios psicológicos para los 2 amigos Diego y Kety.

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

Los signos vitales en salud mental son subjetivos su estado de salud de camila está en alto riesgo, deben trasladarla al hospital san Jorge por sus propios medios de carácter urgente, solicitar al médico general atención del profesional de psicología para asignar terapias en salud mental tiene derecho a 30 sesiones y el profesional en psiquiatría para ingerir medicamentos y estabilizar su estado mental, ya que hace unas semanas fue dada de alta del hospital mental por gesta suicida.

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

Solicitud envió de ambulancia placa UUP 811 empresa Arum. No efectiva "los signos vitales estables, deben trasladarla por sus propios medios".

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

Atendida de inmediato en el hospital sugerido, en compañía de kety . cierre de caso en el secad 8:33p.m .

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

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: **26**	MES: **10**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN Línea de Emergencia 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): XIOMARA		APELLIDOS: **NO REPORTA**		EDAD: **NO REPORTA**	
TIPO ID: CC	**NO REPORTA**	EAPB:	**NO REPORTA**	ETNIA/POBLACIÓN:	**NO REPORTA**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**		INSTITUCIÓN E: **N/R**		OCUPACIÓN: **N/R**	
TELÉFONO: 3145119128		DIRECCIÓN: BARRIO SANTA FE		BARRIO: **COMUNA CUBA**	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): **NO REPORTA**		APELLIDOS: **NO REPORTA**			
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**	
TELÉFONO: **NO REPORTA**		DIRECCIÓN: **NO REPORTA**		BARRIO: **NO REPORTA**	

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

CONDUCTA SUICIDA: IDEACIÓN SUICIDA PARA ACTIVACIÓN DE RUTA EN SALUD MENTAL.
Se recepción llamada transferida por los operadores NUSE 123.
No sabe qué hacer con su novio quien dice que se va suicidar, al indagar por la dirección de la residencia del ciudadano Xiomara quien es la llamante y dice tener una relación en unión libre con él, refiere no saber ubicación directa y cuelga la llamada.

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

Ausencia herramientas resolución de problemas, al parecer ruptura amorosa, al parecer infidelidad de Xiomara con Ricardo, mentir al no evidenciar la realidad de la alteración emocional de su actual pareja, novio sin diagnostico en salud mental.

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

Técnica entrevista cerrada. Se persuade a la femenina para que llame un conocido y le aporte la dirección para poder enviar cuadrante de policía, los uniformados al ver la urgencia ellos determinaran si es viable enviar ambulancia. Nivel de requerimiento: Urgente

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

Xiomara no salir de la vivienda, no dejarlo solo.

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

NO APLICA

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

No aportar los datos fundamentales para lograr activar ruta. En varias ocasiones (14) timbra cuelga la llamada.

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: 28**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**			**PROFESIÓN: Psicólogo**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Andrés Felipe		APELLIDOS: Anduquia Restrepo.			EDAD: 30
TIPO ID: CC	N° ID: 1088300209	**EAPB**:	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3007424110		DIRECCIÓN: Centro de Pereira		BARRIO: N/R	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Ciudadana solicita orientación en caso de masculino con DX esquizofrenia, in-adherente a medicación y tratamiento. Encontrándose en cuadro de descompensación.

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

-Condición en salud mental.
-In-adherente a tratamiento.

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

Se brinda escucha activa, permite conocer aspectos relevantes de condición de su hijo expresa dificultades para la funcionalidad en cuanto a la ejecución de actividades básicas de vida cotidiana comer, bañarse, dormir, no entiende ordenes, aplanamiento afectivo, sin agresividad, se sugiere activar ruta de atención en salud mental por los servicios de urgencias, donde se estabilizan condiciones físicas (refiere algunas dolencias). Posteriormente se realiza remisión a unidad en salud mental donde se lleva proceso de hospitalización, comenta que el día siguiente espera realizar traslado, solicita servicio de ambulancia, se informa que no se cumplen criterios para realizar el despacho ya que el ciudadano no tiene una urgencia vital, se ofrece acompañamiento de los servicios de seguridad de policía, al cual se niega ya que vive en unidad residencial y no lo considera pertinente (siente vergüenza ante sus vecinos). Agradece por el espacio brindado.

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

Activar ruta por los servicios de urgencias.

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

Realizar traslado por cuenta propia hasta el hospital más cercano.

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

No se requieren remisiones ni articulación con otros entes.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 28**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**			**PROFESIÓN: Psicólogo**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): María Fernanda		APELLIDOS: Zambrano Vásquez			EDAD: 26
TIPO ID: C.C	N° ID: 1143880151	**EAPB**:	S.O.S	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Empleada.	
TELÉFONO: 3155235361		DIRECCIÓN: Portal del Campo Mz 1		BARRIO: Casa 21-Galicia.	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Nivel de requerimiento: Prioritario.
Ciudadana manifiesta ser víctima de violencia intrafamiliar alrededor de ocho (8) años con maltrato físico y psicológico, caso remitido por jefe de turno.

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

-Convivencia con persona maltratadora-Dificultades económicas -Tener hijos con el agresor, lo cual mantiene el contacto físico y aumenta el riesgo de violencia.

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

Se brinda orientación psicológica, solicita información sobre la app mujer segura, se informa su objetivo central de prevención de la violencia, por medio de la activación de la alerta desde la app, se brindan características para registro (foto de perfil, características físicas, datos personales etc.) Simultaneo a la llamada hace registro de manera correcta por lo cual se acepta solicitud de registro, manifiesta dificultades con su expareja, con quien no desea continuar teniendo contacto físico, ya que recibe amenazas, insultos, golpes, cuenta con juicio penal en los próximos días, no depende económicamente de su expareja, sin embargo, le genera ansiedad, las dificultades económicas ya que actualmente lleva toda la responsabilidad de sus hijos, se orienta hacia la comisaria de familia de su sector, ente competente de llegar a acuerdos con los progenitores, sin embargo, se debe esperar el día del juicio y determinaciones de la ley, por otra parte, se orienta para la mitigación del riesgo y cuidado de su salud mental, se resaltan sus derechos, los cuales puede solicitar por medio de su EAPB, se informa sobre la línea háblame, para atención de crisis en diferentes horas del día.

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

Tomar medidas de prevención y evitar contacto físico con el maltratador, hacer uso de las líneas de emergencias.

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

Estar atenta a situaciones de riesgo y usar las líneas de emergencia (app mujer segura, línea háblame, línea 123).

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

No se requieren remisiones a Eapb u otras dependencias.

_____ **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: 31**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: TELEORIENTACIÓN-LINEA DE EMERGENCIAS 123.**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**Juan Sebastián Arenas Arenas.**			**PROFESIÓN: Psicólogo**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): Adíela		APELLIDOS: Moreno Ramírez			EDAD: 43
TIPO ID: CC	N° ID: 42150155	**EAPB**:	Sura	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: Técnico.		INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: Aux. de Enfermería
TELÉFONO:		DIRECCIÓN:		BARRIO:	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Jorge		APELLIDOS: Medina.		
TIPO ID: N/R	N° ID: N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3215275932	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

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

Nivel de requerimiento: Urgente.
Se recibe llamada transferida por los operadores NUSE 123, se atiende ciudadana con alteración emocional debido a abuso sexual, cometido por uno de sus empleadores.

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

-Abuso sexual-Intimidación.

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

Se brindan primeros auxilios psicológicos, se inicia con técnica de relajación y control de la respiración ya que la alteración emocional no permite una adecuada intervención, se validan sus sentimientos, confrontando sus sentimientos de culpabilidad, se resalta que el único responsable es el maltratador quien se aprovechó de su situación de vulnerabilidad. Presenta síntomas alusivos a depresión severa, con llanto y tristeza durante la mayor parte del día, ideación suicida, baja autoestima, aislamiento social. Presenta comorbilidad con trastorno por estrés postraumático, ya que tiene pesadillas recurrentes con el evento, se siente observada y filmada por los masculinos, no ha obtenido los medicamentos para sobrellevar su condición, se encuentra en primera fase donde la crisis es alta por lo cual, se sugiere trasladarse a los servicios de urgencias para internación.

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

Asistencia a los servicios de urgencias, para control de crisis.

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

Intentar mantener la calma y esperar por su red de apoyo, para traslado.

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

Se solicita contacto de red de apoyo a quien se brindan indicaciones para la mitigación del riesgo con traslado hacia los servicios de urgencias.

_____ **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.