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: 3**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	LINEA HABLAME
PROFESIONAL QUIEN REMITE	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Angie Marcela		APELLIDOS: Villa Gómez		EDAD: 30
TIPO ID:	N° ID 1088316173	**EAPB**	Asmet salud	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3122871986	DIRECCION: calle 78 #31-45 casa 3			BARRIO: campo alegre cuba

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Leídy Johana		APELLIDOS: Giraldo		
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**	
TELEFONO: 3003663405	DIRECCION: calle 78 #31-45 casa 3			BARRIO: campo alegre cuba

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

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

CONDUCTA SUICIDA - ideación suicida - Nivel de requerimiento: urgente

Se recepciona llamada, en donde se comunica Angie quien indica "necesito ayuda, me siento desesperada ya he intentado suicidarme 2 veces y yo no quiero más esto"

Se brinda espacio de escucha activa y empática se realiza contención emocional, orientación psicológica por medio de diálogo socrático, se valida emocionalmente, se dan estrategias de fortalecimiento de auto estima y auto concepto; como reemplazar pensamientos negativos, establecer límites, ejercicios de autoafirmación. así mismo se psicoeduca a la usuaria en ruta de salud mental, en la importancia de realizar proceso integral (psicológico y psiquiátrico), además de la importancia de denunciar en fiscalía para poder cerrar el ciclo.

Se recomienda iniciar proceso integral (psicológico y psiquiátrico), descargas la app mujer segura, denunciar en fiscalía, y seguir las recomendaciones de la intervención telefónica

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

Introversión, Sintomatología asociada a trastorno mixto de ansiedad y depresión, conductas des adaptativas, conducta suicida - 2 intentos previos de suicido, víctima de violencia física y psicológica, baja autoestima, aislamiento

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

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional:** **Evelin Xiomara Díaz López** **N° Tarjeta Profesional:** **197555** **Firma: a:** 

ALCALDÍA DE PEREIRA

	Firma: _____

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: 20**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	VALENTINA LARGO			**PROFESIÓN:**	PSICÓLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): SARA VALERIA			APELLIDOS: ACEVEDO GARCIA	EDAD: 19
TIPO ID: CC	N° 1085717714	**EAPB**:	FOMAG	ETNIA/POBLACIÓN: N/R
TELÉFONO: 3102051655	DIRECCIÓN: MZNA 32 BLOQUE 3 APTO 211			BARRIO: CONJUNTO RESIDELCIAL OLIMPICO 2

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): MARTA ISABEL			APELLIDOS: GARCIA	
TIPO ID: CC	N° ID 42109008	EDAD: 40	**EAPB**:	FOMAG
TELÉFONO: 3102051655	DIRECCIÓN: MZNA 32 BLOQUE 3 APTO 211			BARRIO: CONJUNTO RESIDELCIAL OLIMPICO 2

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones: La usuaria cuenta con autorización #13965817 para el instituto del sistema nervioso.

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

Remisión prioritaria a psicología y psiquiatría
Usuaria con dx de depresión y ansiedad, con hospitalización hace aproximadamente un mes, desde dicha hospitalización no ha podido obtener cita de seguimiento por ambas especialidades. Adicional en las últimas semanas ha presentado crisis constantes a nivel emocional.

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

Dx depresión y ansiedad.

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

El usuario se compromete a estar atento a la asignación de la cita.

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

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 22**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): LEIDI MANUELA		APELLIDOS: BORDON MUNERA		EDAD: 16
TIPO ID: TI	N° 1142517025	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN: MESTIZA
TELÉFONO: NO APLICA	DIRECCIÓN: MZ 26 CASA 49			BARRIO: LAS VEGAS

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): ANGELA CRISTINA		APELLIDOS: MUNERA ARIAS		
TIPO ID: N/R	N° ID NO REFIERE	EDAD: N/R	**EAPB**:	NO REFIERE
TELÉFONO: 3168439216	DIRECCIÓN: MZ 26 CASA 49			BARRIO: LAS VEGAS

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

Remisión a psicología individual y especialista en psiquiatría

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

Ciudadana con antecedentes asociados a conductas suicidas

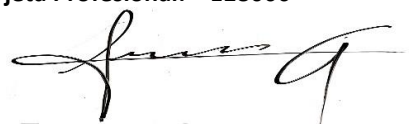
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Dentro de los factores de riesgo identificados se evidencia conductas suicidas, comportamiento irritable, ausencia de herramientas parentales en figura materna, sentimiento de inferioridad.

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

La progenitora se compromete a realizar acompañamiento en ruta de salud mental por psicología y psiquiatría, y continuar brindando herramientas a la menor dentro de sus rutinas diarias.

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

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 22**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL – LINEA CONTENCIÓN EMOCIONAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	MARIANA VALENCIA GRAJALES			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Samantha			APELLIDOS: Cardona Cortez		EDAD: 12
TIPO ID: T.I.	N° ID 1089102208	**EAPB**	COOSALUD	ETNIA/POBLACIÓN: mestiza	
TELEFONO: 3161656523	DIRECCION: Mz 29 cs 7			BARRIO: Sector A, parque industrial	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Carolina			APELLIDOS: Cortez		
TIPO ID: CC	N° ID 1088295854	EDAD: N/R	**EAPB**	COOSALUD	
TELEFONO: 3161656523	DIRECCION: Mz 29 cs 7			BARRIO: Sector A, parque industrial	

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones: Se solicita remisión para valoración por psicología

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

[PRIORITARIO]: Se realiza atención de seguimiento para la femenina Carolina Cortez, quien es remitida por el ICBF al SEM – Salud mental. La usuaria manifiesta malestar psicológico ya que su hija Samantha Cortez, menor de 12 años es víctima de acoso escolar mediante agresiones físicas y verbales por parte de su compañera.

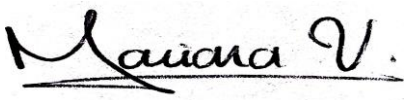
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

Crisis emocional por parte de la red de apoyo (madre), violencia física y psicológica por parte de una compañera escolar hacia la menor, exposición pública mediante videos circulantes en redes sociales, falta de protección institucional, antecedentes de conductas suicidas por parte de la menor, vulneración de derechos a la integridad física (amenazas de muerte de tipo verbal), conductas evitativas (se retira del colegio), solamente ha tenido 1 sesión por psicología y psiquiatría, debido a que no le dieron más autorizaciones por la EAPB, adicionalmente no cuentan con los recursos para asistir a terapia psicológica de manera particular.

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

La red de apoyo se compromete a realizar acompañamiento con la menor en función de acudir a las atenciones interdisciplinares que favorecen la salud mental de su hija.

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

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

ALCALDÍA DE PEREIRA