FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 01	**MES:** 11	**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): Amanda		APELLIDOS: Cardona Martínez			EDAD:49
TIPO ID: CC	N° ID 35527732	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3103711941		DIRECCIÓN: Vereda la nueva siria		BARRIO: Corregimiento Morelia	

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 Amanda Cardona de 49 años, reportando que su hijo de 20 años de edad, está deprimido no quiere salir de la habitación, con ideas de muerte, porque manifiesta que tiene una enfermedad hace 2 semanas la cual no saben que es, (hinchazón en todo el cuerpo y debilidad) estuvieron con médico general, enviaron exámenes y medicamentos, informa que están a la espera de la cita nuevamente para lectura de los mismos. “estuvimos ayer en urgencias de los Rosales esperamos 7 horas y no lo quisieron atender, mi hijo le dio mucha rabia, me dijo que nos fuéramos y ya a partir de hoy no quiere salir de la habitación, ni comer y sin sentido de la vida, no sé qué hacer, porque ya no quiere volver a urgencias”.

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

De su hijo: Enfermedad física sin diagnostico (Retención de líquidos), negligencia en la atención médica, medicamento no efectivo, sintomatología de depresión a partir de hoy relacionada a la enfermedad física con ideas de muerte, baja tolerancia a la frustración, antecedentes de depresión, nula terapia psicológica.

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

Se brinda espacio de escucha asertiva en donde mediante la anamnesis se identifican factores de riesgo, se le informa a la usuaria que debe intentar persuadir lo más pronto posible a su hijo, para ser trasladado a los servicios de urgencias para valoración y medicación de inmediato por la condición física en la que se encuentra, se orienta para que se dirija a cualquiera de las sedes de urgencias de la ESE SALUD PEREIRA, Teniendo en cuenta que el usuario es subsidiado y allí puede tener una atención más pronta, además se psicoeduca desde el área de salud mental y los derechos por EAPB para que inicie ruta ya que está en riesgo su vida por las ideas suicidas que está evidenciando, también se persuade para que este pendiente y no dejar solo a su hijo, quitar todo objeto con el cual pueda lastimarse y como red de apoyo realizar el acompañamiento pertinente.

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

Se recomienda acudir lo más pronto posible a los servicios de urgencias para activación médica y en salud mental

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

Se compromete a tratar de persuadir a su hijo y trasladarlo a urgencias

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

No se realiza ninguna articulación por EAPB, porque la usuaria se va a trasladar con su hijo a los servicios de urgencias por sus propios medios.
Se deja a disposición si necesita cuadrante de policía para apoyo al trasladado a urgencias.
Y también se deja a disposición las líneas de emergencia en salud mental, para ella y para su hijo.

_____ **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: 1**	**MES: 11**	**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): Karen Alexandra			APELLIDOS: Ángel Ortiz		EDAD: 30
TIPO ID: CC	N° 1088326084	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3150731416		DIRECCIÓN: Mz 24 casa 1		BARRIO: villa del prado 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)

OTRAS CAUSAS: posible trastorno delirante episodio delirio de persecución presente - Nivel de requerimiento: prioritario

Se recepciona llamada en la línea 123. ciudadana identificada como Karen Ángel reporta frustración por situación que está viviendo con su ex pareja sentimental, manifiesta serie de acontecimientos recientes que la hacen parecer loca, ya que siente que la persiguen, que ingresan a su casa la espían las cuales asocia a su expareja quien según ella pertenece a la CIA - FBI o INTERPOL. entablo denuncia en fiscalía para orden de alejamiento lo cual no salió de la mejor manera en la conciliación y continúa evidenciando los mismos comportamientos, así mismo manifiesta estar en deshabituación de consumo de tussi y marihuana, porque asumió que la droga le ocasionaba paranoia. sin embargo, según el relato presente se evidencia sintomatología de posible trastorno delirante. En la actualidad reporta desequilibrio emocional frente a estas situaciones que la desbordan.

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

antecedente de consumo de SPA, abuso de confianza, delirios de persecución

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

Se brinda espacio de escucha activa y empática, se Psico educa en salud mental y la importancia de iniciar proceso psicológico y de desintoxicación por su EAPB

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

Se recomienda iniciar el proceso psicológico lo cual acepta

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

Se compromete a acudir a las consultas por psicología

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

se realiza articulación por medio de la EAPB.

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

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

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 02**	**MES: 11**	**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): JEISSON ANDRES		APELLIDOS: VALENCIA RESTREPO			EDAD: 24
TIPO ID: CC	N°: 1004739257	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:	INSTITUCIÓN E:			OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3137858663	DIRECCIÓN: CRA 28 VIA LLANO GRANDE			BARRIO: PARQUE INDUSTRIAL	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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 en episodio de llanto y sentimientos marcados de desesperación por consumo de sustancias psicoactivas.

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

Pobre tolerancia a la frustración, adecuada red de apoyo pero debido a su nula expresión afectiva decide no emplearla como sostén emocional, consumo activo de spa que afecta significativamente su cotidianidad y estabilidad psicológica no la emplea como sostén emocional, abandono parental que desencadena malestar.

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

Se indica a ciudadano ampliamente la importancia de iniciar proceso psicoterapéutico y psiquiátrico. Además, se recalca que la misma información que brindó durante llamada debe indicársela al equipo interdisciplinario que lo atenderá, se menciona que al momento de la entrevista inicial con psicología y psiquiatría sugiera que el tratamiento sea con enfoque cognitivo conductual mediante desensibilización sistemática con el fin de evitar posible síndrome de abstinencia. Por otra parte, se evidencia que al momento de no consumir presenta síntomas asociados a ansiedad generalizada

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

Ciudadano se compromete a asistir a citas gestionadas y ser adherente al tratamiento y al proceso psicoterapéutico

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: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:**

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 02	**MES:** 11	**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): Yuliana Andrea		APELLIDOS: Arango Buritica			EDAD: 23
TIPO ID: CC	N° ID 1004720247	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3206105533		DIRECCIÓN: Vereda la colonia		BARRIO: Corregimiento la bella	

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: 3204848812 SUEGRA	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R	

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

Se recepciona llamada trasferida por el intendente Ospina, donde informa de una ciudadana con intento de suicidio con medicamentos, la cual no fue remitida la llamada por las auxiliares NUSE, ya que fue enviado directamente al canal de red de apoyo.
Se contacta a la usuaria Yuliana de 23 años de edad, informa que se acaba de tomar 50 pastas (de ibuprofeno, mesalasina y otras más que no se acuerda), reporta (mareos y dolor de cabeza), manifiesta que se siente muy mal y se indaga con dx de depresión no inherente a medicamentos.

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

Intento de suicidio con medicamentos, dx de depresión no inherente a medicación, ansiedad, red de apoyo débil, actitud manipuladora, problemas amorosos.

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

Se brinda espacio de escucha activa y se realiza contención emocional, con ejercicios de respiración, se indaga por el motivo de la conducta suicida y se realiza triage en salud mental, se identifican factores de riesgo teniendo en cuenta su diagnóstico en salud mental y la nula red de apoyo. Se valida emocionalmente generando empatía ante la valentía de comunicarse a la línea y poder recibir ayuda. Se acompaña en la llamada por medio de rapport mientras el cuadrante llega al lugar. Se realiza envió de ambulancia teniendo en cuenta la condición en salud mental y física de la usuaria. Se habla con el Subintendente Jorge Tapasco que llega al lugar e informa que la ve muy deprimida, se persuade para que acompañe a la ciudadana mientras llega la ambulancia.
Seguimiento 1: Se habla con la Ciudadana e informa que ya llegó la ambulancia que le están realizando la valoración.
Seguimiento 2: Informa la APH que no realizo traslado porque los signos vitales están estables, que la usuaria confiesa que no se tomó 50 pastas, si no “unas cuantas” y ya las vomito y se siente mejor, Además el problema surge de un problema sentimental que tuvo con su novio. Reportan que están esperando que llegue un familiar (abuela), a sugerencia de la usuaria manifestando que no la dejaran sola.

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

Se realiza nuevamente contacto con la usuaria se evidencia en estado estable y se psicoeduca para que active ruta por EAPB con Psiquiatría para valoración ya que el medicamento no le está sirviendo y necesita tener un tratamiento adecuado, además se sugiere que se traslade por urgencias para activación de ruta, porque está en riesgo su vida.

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

Se compromete a estar pendiente del celular para recibir la llamada y asistir a la misma

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

Se realiza envió de ambulancia HCL 129 Emergencias y rescates con la APH Carolina López AMBULANCIA NO EFECTIVA, informan que los signos vitales están estables y el medicamento que se tomo fue poco, lo vomito y está estable.
Se realiza articulación por EAPB SALUD TOTAL, con coordinadora del programa, cita urgente por psiquiatría.
Se deja a disposición líneas 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: 03**	**MES: 11**	**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): Lina María		APELLIDOS: Villegas López			EDAD: 40
TIPO ID: CC	N° ID: 42161562	**EAPB**:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: Técnico.		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: APH.	
TELÉFONO: 3128575796		DIRECCIÓN: Mz 1 Casa 33.		BARRIO: Poblado 1.	

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 los operadores NUSE 123, donde se atiende ciudadana femenina en crisis por ruptura amorosa, presenta alteración emocional, hiperventilación, ideación suicida, insomnio.

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

-Apego emocional-Manipulación-Maltrato psicológico.

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

Se brindan primeros auxilios psicológicos, se realiza técnica de relajación y control de respiración, se abordan distorsiones cognitivas, ya que no puede percibir los defectos en su dinámica de la relación, aceptando infidelidades y malos tratos los cuales afectan notablemente su salud mental, alto grado de manipulación por parte de la pareja, lo cual le genera dependencia emocional, se encuentra estable al resaltar los aspectos negativos de su relación, se orienta en activación de ruta en salud mental, resalta que va a descansar y posteriormente acudirá a los servicios de urgencias por sus propios medios, se motiva hacia el cambio y centrar su energía en aspectos positivos de vida (trabajo, hijos, familia,) ya que el malestar presentado no es una sentencia de vida, sino un estado ante la situación de vida negativa y como parte del proceso de duelo que va a experimentar, se resaltan sus derechos en salud mental, se brinda línea de atención háblame en caso de presentar una nueva emergencia.

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

Acudir a los servicios de urgencias para activación de ruta.

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

Cuidar su integridad y bienestar psicológico.

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

No se requieren remisiones ya que la persona decide realizar traslado por sus propios medios.

_____ **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: **03**	MES: **11**	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: CRISTHIAN CAMILO		APELLIDOS: VILLAMIL GARCIA		EDAD: **24**	
TIPO ID:C.C	N°: 1004627650	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: **N/R**	
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: Manzana 19 Casa 17		BARRIO: **COMUNA DEL CAFÉ/** Ciudad Boquia		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): LUZ MARIANA		APELLIDOS: GARCIA			
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**	
TELÉFONO: 3138892856	DIRECCIÓN: Manzana 19 Casa 17	BARRIO: **COMUNA DEL CAFÉ/** Ciudad Boquia			

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

ORIENTACION PSICOLOGICA Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123. **Motivo de atención:** Progenitora Luz Mariana García, hijo de 24 años oposicionista desafiantes, amenazas directas expresiones así la madre como "te odio, te voy a matar, no me dejaste salir y a mi hermana si, por eso no tengo amigos por su culpa, no quiero ir a ningún médico". Jon con discapacidad auditiva, estudiante de Ingeniería electrónica, rechazo audífonos, no le interesa una mejor calidad de vida. Nivel de requerimiento: Prioritario

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. Pocas herramientas en resolución de conflictos.

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

Activación de ruta EAPB joven se niega asistir al médico general, al psicólogo, psiquiatra, ingerir medicamentos. Después de colgar esta llamada de inmediato debe tener comunicación directa con la psicóloga particular del masculino en mención para que esta profesional le brinde herramientas de afrontamiento a la progenitora técnicas aplicar como la comunicación empática y escucha activa; evitar confrontaciones directas o presiones excesivas Involucrar a la red de apoyo, practicar la escucha activa, validando sus preocupaciones sin juzgar, con el fin de disminuir su malestar y así lograr un acercamiento con su hijo, calmarlo y evitar un gesto suicida o atentar contra la vida de algún integrante de su entorno familiar.

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

Tener en cuenta la asesoría brindada.

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)

La importancia en que ambos asistan a las sesiones en salud mental particulares para sanar las heridas del pasado y lograr tener una mejor comunicación y el perdón; su madre lo observa tranquilo no requiere despacho de ambulancia

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 03	**MES:** 11	**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): Paola Alexandra		APELLIDOS: Gallego Sabogal			EDAD: 35
TIPO ID: CC	N° ID 1088005706	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3215416048		DIRECCIÓN: Carrera 4 # 28-07		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 la Ciudadana Paola Gallego de 35 años de edad, reportando lenguaje inhabitual de su ex pareja sentimental mediante mensajes de texto vía WhatsApp “me dice cosas, como si se fuera a suicidar, que ya no lo van a encontrar tan fácil, cosas que nunca había hecho, una vez me expreso que se quería quitar la vida, pero solo una idea, es que él es como depresivo y muy solo, pero no me quiere ver a mi” “Él se llama, Víctor Alberto Montoya Rodríguez de 32 años de edad, vive en Bosques de samaria 2 en Pereira Mz 44 cs 6 3 piso, numero de celular: 3045869873”.

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

De su ex pareja: sintomatología de depresión, ideación suicida no estructurada, red de apoyo débil, ausencia de terapias psicológicas, ruptura amorosa.

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

Se evidencia que la Operadora NUSE, envía cuadrante de policía a la dirección del usuario para identificar el estado y la condición de él, lo cual es informado a la usuaria.
Se Psicoeduca igualmente a la usuaria en derechos en salud mental por EAPB, acudir a los servicios de urgencias lo más pronto posible, persuadiendo en la importancia de ayudar a su ex pareja como red de apoyo, teniendo en cuenta que no tiene ninguna persona que pueda acompañar su proceso y en este momento no se puede dejar solo, está en riesgo su vida, teniendo en cuenta todos los factores de riesgo y los desencadenantes de su conducta.
Informa, que va a contactar al entrenador del Gimnasio donde él va, a ver si de pronto le puede ayudar porque a ella no la quiere ver.

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

Se recomienda realizar el proceso de acompañamiento 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)

Usuaria se compromete a tratar de buscar la manera de ayudarle y hacerle llegar las líneas en salud mental

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

No se realiza articulación por EAPB, porque la usuaria va a tratar de buscar la forma de ayudar a su expareja para activar ruta en salud mental por urgencias.
Se deja a disposición las dos líneas de emergencias en salud mental, para que también se los haga llega al usuario y poder tener contacto directo con él y reciba orientación y apoyo emocional.
Y También se deja a disposición los servicios de ambulancia.

_____ **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: 4**	**MES: 11**	**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): Azucena		APELLIDOS: Morales Amora			EDAD: 31
TIPO ID: CC	N° ID 1007353745	**EAPB**:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A	INSTITUCIÓN E: N/A			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3103804500	DIRECCIÓN:MZ 28B CASA 6			BARRIO: El remanso –invasión los lirios R	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, donde usuaria de 31 años manifiesta sentimientos de preocupación por su hija de 16 años, quien desde hace 5 años tiene conductas suicidas (cutting). La usuaria menciona que el día de hoy la llamó al trabajo desesperada y llorando, pero no le quiso decir nada, cuando la usuaria regresa a su casa encuentra a su hija con las manos cortadas. Al momento se le solicita pasar a la llamada a su hija, quien siente vergüenza de hablar y plasmar sus sentimientos en palabras.

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

-Resistencia por parte de su hija para expresar sus dificultades emocionales
-No cuentan con EPS activa
-Se especula abuso sexual
-Practica de cutting hace 5 años

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

Se realiza validación emocional, se le brinda técnicas de crianza y comunicación asertiva a la madre

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

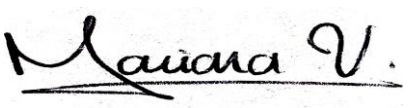
Se le recomienda retirar cualquier artefacto corto punzante que tenga en su hogar.

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

La usuaria se compromete a realizar las técnicas aprendidas con su hija y dirigirse al centro de escucha psicológica que brinda la secretaria de salud de Pereira.

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

Se le brinda información acerca de la atención psicológica que brinda la secretaria de salud de Pereira para asistir presencialmente, ya que no cuenta con EPS activa.

_____ **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: 04**	**MES: 11**	**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): Juan David		APELLIDOS: Pulgarin Arenas			EDAD: 29
TIPO ID: CC	N° ID 1088336625	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A		INSTITUCIÓN E: N/A		OCUPACIÓN: N/A	
TELÉFONO: 3226892657		DIRECCIÓN: mz 2 cs 4		BARRIO: Panorama 1	

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, donde usuario de 29 años refiere que hace dos días estuvo hospitalizado a raíz de intento de suicidio (suspensión) por motivo de duelo amoroso. Hoy llama a la línea porque nuevamente está presentando ideas de muerte y no sabe cómo afrontar esto. Menciona que tiene un historial de consumo de sustancias psicoactivas (marihuana y cocaína) hace 7 años. Sin embargo, hace 7 meses dejó de consumir sustancias psicoactivas, teme recaer nuevamente por el malestar emocional que está sintiendo.

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

-Separación de relación sentimental con duración de 15 años.
-Historial de consumo de sustancias psicoactivas (marihuana y cocaína)
-Conducta suicida hace dos días (suspensión)
-Dificultad para administrar la economía

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

Se realiza escucha activa, validación emocional, desensibilización sistemática, psicoeducacion acerca de aceptar los limites por parte de su esposa, terapia de motivación.

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

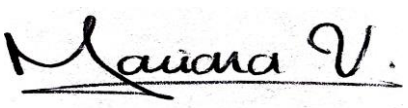
Se recomienda trabajar en hábitos diarios que fortalezcan su individualidad e iniciar terapia psicológica especializada para el manejo de adicciones a consumo de SPA.

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

El usuario se compromete a realizar los ejercicios propuestos durante la atención telefónica.

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

Se remite a cita urgente por psicología a través de su EAPB Asmet Salud.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 04	**MES:** 11	**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): Marco Antonio		APELLIDOS: Quiñones Trejos			EDAD: 34
TIPO ID: CC	N° ID 1088299573	**EAPB**:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3155679895		DIRECCIÓN: Cra 1 # 1ª-156		BARRIO: Alfonso López	

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 Marco Trejos de 34 años de edad, Trans Genero (Aurora Trejos), reportando violencia física y psicológica intrafamiliar, por parte de su madre y hermanos, los cuales son consumidores de SPA.

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

Discriminación ante identidad de género, disfunción familiar, consumo de SPA en la familia, antecedentes de consumo de SPA, Víctima de violencia física y psicológica, intimidación y amenazas por parte de su familia, temor por el presente y futuro, Antecedentes de condición de calle, baja autoestima.

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

Se brinda espacio de escucha activa, contención emocional por medio de rapport con ejercicios de respiración, se realiza introspección por parte del usuario, se valida emocionalmente, se psicoeduca en derechos en salud mental por EAPB, la importancia de recibir proceso terapéutico, para sanación, resiliencia y fortalecimiento de su autoestima y auto concepto, se direcciona para las respectivas entidades de apoyo en su caso, se envía cuadrante de policía para identificación de los hechos presentados de violencia, se educa en el manejo de la APP mujer segura.

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

Se recomienda direccionarse lo más pronto posible a fiscalía para poner la denuncia por violencia, además estar pendiente del celular para el informe de la cita por EAPB y asistir a la misma

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

Usuario se compromete a realizar las recomendaciones sugeridas en la intervención telefónica.

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

Se realiza articulación cita urgente por Psicología con la coordinadora del programa, por EAPB NUEVA EPS.
También se articula direccionando para fiscalía para realizar la respectiva denuncia por violencia de género, también se envía cuadrante de policía para verificar estado de los hechos presentados de violencia con numero de SECAD 22606648. El cuadrante de policía llega al lugar e informan que son problemas de convivencia y se retiran del lugar.
Igualmente se brinda información de la zona de escucha y disponibilidad de la secretaria de salud de Pereira y las líneas de emergencia en salud mental para apoyo emocional mientras inicia proceso por la EAPB.
También se educa en el registro de la APP Mujer segura, de la activación del botón de pánico, ya que se había registrado por red de apoyo, pero como se identifica como Trans, se registre nuevamente como usuaria.

_____ **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: 06**	**MES: 11**	**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 Vanessa		APELLIDOS: Mafla López			EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° ID: 1088346391	**EAPB**:	Famisanar	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Empleada	
TELÉFONO: 3226843726		DIRECCIÓN: MZ 3 Casa 24		BARRIO: Parque Industrial.	

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 femenina con alteración emocional por violencia psicológica con actos de manipulación y diferentes tipos de amenaza por parte de su expareja sentimental. Presenta síntomas similares a cuadro de ansiedad, con preocupación excesiva, insomnio, sudoración.

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

-Relación de pareja con conflictos.
-débiles redes de apoyo.

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

Se brindan primeros auxilios psicológicos, expresa angustia ante la situación experimentada, relata cómo afecta sus relaciones sociales y actividad laboral ya que el agresor la observa y vigila durante la mayor parte del día, se validan sus sentimientos, se direcciona a la comisaria de familia de su sector, galán, se suministra dirección y teléfonos de contacto, ente competente para determinar órdenes de alejamiento, se recomienda llevar todas las pruebas, asimismo, se orienta en registro de la app mujer segura y funcionamiento de la misma para la prevención de la violencia, agradece por el espacio brindado.

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

Inscripción en app mujer segura para la prevención de la violencia.

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

Tomar medidas de prevención con el agresor, usar las líneas de emergencias cuando este se encuentre cerca.

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

Se direcciona a la comisaria de familia del barrio Galán.

_____ **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: **11**	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: ERIKA ANDREA		APELLIDOS: ZALASAR MONTOYA		EDAD: **30**	
TIPO ID:C.C	N°: 1088022388	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**		INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: **N/R**
TELÉFONO: 3218953494		DIRECCIÓN: Barrio Rafael Uribe III		BARRIO: **COMUNA SAN JOAQUIN**	

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 POR IDEACIÓN PASIVA Se recepción llamada transferida por los operadores NUSE 123. Se comunica femenina con habla desorganizada, llanto incontrolable, quien expresa desestabilización emocional por ruptura amorosa con pareja de su mismo sexo, informa intoxicación con 5 pastilla de acetaminofén de 500mg con cafeína. **Nivel de requerimiento: Prioritario.**

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

Frustración entre la realidad y lo que debería ser. Pocas herramientas en resolución de conflictos. Insomnio, falta de ánimo, aislamiento, confusión mental.

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

Con el propósito de concentrarse en el aquí y él ahora se procede aplicar el método del dialogo socrático,*Asistir por sus propios medios al centro asistencial más cercano para un lavo intestina.

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

Realizar todos los días las técnicas aprendidas en medio de la terapia breve vía telefónica.

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

Asistir a la cita con el médico general asignada por su EPS programada para el día 14 de noviembre,

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

NO APLICA

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

Alcaldía de PEREIRA | 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: **06**	MES: **11**	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): MARCO ANTONIO		APELLIDOS: QUIÑONES TRESJO			EDAD: **34**
TIPO ID:C.C	N°: 1088299573	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**				OCUPACIÓN: **N/R**
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: Cra 1 numero 1a -156 Barrio san Francisco		BARRIO: **COMUNA ORIENTE**		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): LUZ MARIANA		APELLIDOS: GARCIA		
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**
TELÉFONO: 3138892856	DIRECCIÓN: Manzana 19 Casa 17	BARRIO: **COMUNA DEL CAFÉ/** Ciudad Boquia		

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

ORIENTACION PSICOLOGICA Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123.**Motivo de atención:** Progenitora Luz Mariana García, hijo de 24 años oposicionista desafiantes, amenazas directas expresiones así la madre como "te odio, te voy a matar, no me dejaste salir y a mi hermana si, por eso no tengo amigos por su culpa, no quiero ir a ningún médico". Jon con discapacidad auditiva, estudiante de Ingeniería electrónica, rechazo audífonos, no le interesa una mejor calidad de vida. Nivel de requerimiento: Prioritario

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

Pocas herramientas en resolución de conflictos. Discriminación y Mitos. Violencia Religiosa y Espiritual. Violencia por estigma del VIH. Insistencia en hablar del mismo tema con diferentes psicólogos. Instauro denuncia en comisaría de familia del barrio villa santana. Los cuales son detonantes para dicha discordia con los miembros de su familia. .

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

Activación de ruta EAPB joven se niega asistir al médico general, al psicólogo, psiquiatra, ingerir medicamentos. Después de colgar esta llamada de inmediato debe tener comunicación directa con la psicóloga particular del masculino en mención para que esta profesional le brinde herramientas de afrontamiento a la progenitora técnicas aplicar como la comunicación empática y escucha activa; evitar confrontaciones directas o presiones excesivas Involucrar a la red de apoyo, practicar la escucha activa, validando sus preocupaciones sin juzgar, con el fin de disminuir su malestar y así lograr un acercamiento con su hijo, calmarlo y evitar un gesto suicida o atentar contra la vida de algún integrante de su entorno familiar.

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

Tener en cuenta la asesoría brindada.

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)

Gestión de riesgo realizada por el profesional: La importancia en que ambos asistan a las sesiones en salud mental particulares para sanar las heridas del pasado y lograr tener una mejor comunicación y el perdón; su madre lo observa tranquilo no requiere despacho de ambulancia

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 07**	**MES: 11**	**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): Ledys		APELLIDOS: Prada Cortes			EDAD: 45
TIPO ID: CC	N° ID 38144985	**EAPB**:	sura	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A	INSTITUCIÓN E: N/A			OCUPACIÓN: N/A	
TELÉFONO: 3022902707	DIRECCIÓN: cra 11 # 6-76		BARRIO: Barrio corocito		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

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

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, donde usuaria de 45 años refiere padecer enfermedades físicas como lupus, cáncer de mama y fibromialgia y enfermedades psicológicas como trastorno de ansiedad, trastorno afectivo bipolar, consumo de SPA (alcohol y cigarrillo) e ideación suicida. Se percibe bajo efectos del alcohol, descompensada de su enfermedad mental, con logorrea, taquilalia, afecto lábil y demandante para traslado al centro médico.

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

-Enfermedades físicas y mentales de base –Desempleada -Consumo de sustancias psicoactivas -Gestos suicidas previos (cutting e ingesta de venenos para ratas) -víctima de abuso sexual -conductas disruptivas con sus vecinos -débil red de apoyo -dolor intenso en senos y piernas -vomito con sangre en el momento de la llamada - no cuenta con tratamiento psicofarmacologico.

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

Se valida emocionalmente, se psicoeduca frente a las consecuencias emocionales y físicas del consumo de alcohol.

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

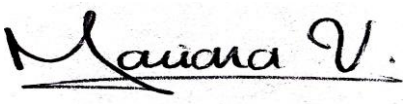
Se recomienda disminuir progresivamente el consumo de alcohol y reemplazar el efecto emocional que realiza en ella con actividades de autocuidado como el deporte. Además, se recomienda comenzar un tratamiento psicofarmacológico.

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

La usuaria se compromete a realizar las recomendaciones realizadas durante la llamada sin embargo, se encuentra bajo los efectos del alcohol.

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

Se solicita despacho de ambulancia de manera verbal con el Aph de Sem Pereira Felipe Osorio. La tripulación que se encuentra en ambulancia con placas RCX 967 de la empresa Previmed, tripulante de ambulancia informa: “no se realiza traslado ya que la ciudadana se encuentra con signos vitales estables, solo esta mareada”. Además, indica que se persuade a la persona para dirigirse al centro médico 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: 08**	**MES: 11**	**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 Valentina		APELLIDOS: Vergara Restrepo			EDAD: 31
TIPO ID: CC	N° ID: 1088318188	**EAPB**:	Sura	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: Tecnóloga.		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Empleada	
TELÉFONO: 3008091329		DIRECCIÓN: Mz 7 Casa 11		BARRIO: Altavista.	

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 quien actúa como red de apoyo, expresa que su familiar se encuentra encerrada en el baño, al parecer en estado de inconsciencia, horas antes presenta crisis por ruptura amorosa, con antecedentes de condición mental in-adherente a tratamiento.

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

-Proceso de duelo.
-Condición mental sin tratamiento.

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

Ante la situación se solicita acompañamiento del cuadrante de policía para verificar estado de la ciudadana, quienes aceptan el servicio ingresan derribando la puerta, informan que la ciudadana no presenta conductas autolesivas ni daños a su integridad, a través de la llamada se escucha de fondo alteración emocional con deseos de no continuar con su vida, se sugiere a red de apoyo, activar ruta por los servicios de urgencias, se advierten riesgos del cuadro presentado, la ciudadana acepta y decide realizar traslado por sus propios medio en compañía de los servicios de seguridad de Policía.

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 al hospital más cercano por sus propios medios.

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

Se solicita acompañamiento de cuadrante de policía, para control de la situación.

_____ **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: 08**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): WENDY VANESSA		APELLIDOS: GUZMAN GIRALDO			EDAD: 33
TIPO ID: CC	N° 1089098304	**EAPB**:	ASMET SALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZA
N. ESCOLARIDAD: NO REFIERE		INSTITUCIÓN E: NO REFIERE		OCUPACIÓN: DESEMPLEADA	
TELÉFONO: 3117968313		DIRECCIÓN: MZ 80, PISO 1 TORRE 2		BARRIO: RESTREPO CUBA	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): LISA VIVIANA		APELLIDOS: RENDON PALACIO		
TIPO ID: N/R	N° ID NO 1088005822	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 transferida por operadoras NUSE 123, en donde ciudadana presenta crisis emocional manifestando que "Yo soy psiquiátrica, llevo dos días sin dormir, me quiero matar por las amenazas de personas que venden drogas"

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se evidencian posibles diagnósticos de tipo patológicos (esquizofrenia, trastorno bipolar de la personalidad), ausencia de herramientas frente a la identificación de factores de riesgo, dificultad para conciliar el sueño.

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

Se genera espacio de escucha activa con la ciudadana en donde se realizan técnicas para regular su crisis, se identifica factor detonante asociados a amenazas hacia su red familiar por parte de personas que se dedican a negocios ilegales, se explica la importancia de iniciar proceso por fiscalía, y que desde el área correspondiente se recomienda activación de ruta en salud mental por presentar ideaciones suicidas. La ciudadana se niega ante la posibilidad de iniciar ruta de atención en salud mental manifestando que "en el hospital me quemaron la cara y me trataron mal". La ciudadana se encuentra acompañada de su pareja sentimental quien manifiesta preocupación por la situación que se ha presentado. Finalmente se explica ruta de atención por fiscalía para realizar denuncia correspondiente.

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

Se recomienda retomar citas y controles por especialistas pertinentes y generar acciones que permitan minimizar riesgo en el entorno donde pernocta.

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

No se logra generar compromisos ya que según relato de la ciudadana al momento en que se logró activaciones de ruta en salud mental se presentaron experiencias traumáticas.

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

No se logra articulación con la EAPB ante la negativa de la ciudadana.

_____ **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: 8**	**MES: 11**	**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): Claudia Patricia		APELLIDOS: Rondón Barragán			EDAD: 42
TIPO ID: CC	N° 63538857	**EAPB**:	Sura Quindío	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3150197091		DIRECCIÓN: Pereira		BARRIO:	

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 -ataque de pánico - Nivel de requerimiento: prioritario

Se recepciona llamada en la línea 123. ciudadana identificada como Claudia Patricia quien manifiesta estar en estado de shock, "llegue a tanquear 20 mil pesos el señor no me entendió, llego el cuadrante y conciliamos, no sé por qué llego la grúa y un agente de tránsito, se supone que ya habíamos conciliado, me tienen acorralada y me están inmovilizando mi carro, ya me lo dañaron"

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

Estado de conmoción emocional, episodio de crisis e irascibilidad por lo que no permite dialogar, logorreica, relato incongruente y quejumbroso.

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

Se realizó primeros auxilios psicológicos por medio de escucha activa y empática, y ejercicio de meditación por medio de la distracción conductual, adicional, se emplea reestructuración cognitiva. Cabe resaltar que el caso fue atendido en conjunto por los profesionales en psicología Juan José Pulgarin y Xiomara Díaz.

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

Se recomienda descender por sus propios medios del vehículo, tomar fotos y videos, interponer denuncio por daños y perjuicios, solicitar las grabaciones de la estación de servicio con el fin de defenderse del comparendo y la inmovilización. Pero esta refiere no aceptar y expresa "es injusto lo que están haciendo conmigo, me bajan del vehículo muerta"

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 realizó articulación, ya que, en el sitio se encontraba patrulla de policía y tránsito.

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

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:** 09	**MES:** 11	**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): Mario		APELLIDOS: N/R			EDAD: 45
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3233155290		DIRECCIÓN: Mz 4 Csa 10		BARRIO: Galán	

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 Mario de 45 años de edad, en contención emocional, "reporta como puedo empezar, que debo decir es que quiero hablar, mi nombre de la tierra es Mario pero el otro nombre no lo puedo decir", en el proceso de su discurso este se torna disociativo, a inferir muchas veces "yo no soy de este planeta, no soy de aquí pertenezco a otro plano terrenal, yo voy de planeta a planeta, aquí en la tierra es muy duro y me como los dedos y me siento mal, vivo con mi mama en Galán, esa es la dirección de mi casa, pero la dirección real es 700 mil años".

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

impresión dx Trastorno disociativo (Desrealizacion), intento de suicidio con
7 pastas (ayer) las cuales vomito el mismo día, gestos suicidas desde los 13 años de edad (cutting en la planta de sus pies y en las manos), ansiedad, Epilepsia sin tratamiento, débil red de apoyo, operación en columna, negación a recibir valoración física por urgencias y activación de ruta por salud mental, no suministra datos personales completos.

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

e brinda espacio de escucha activa en donde se identifica posible impresión dx, mediante rapport se valida emocionalmente eliminando cualquier tipo de estereotipo con el cual se mostraba el, permitiendo la introspección. Se Educa en lo fundamental que es recibir valoración física por medio de urgencia por la conducta suicida que había tenido el día de ayer y adicionalmente la activación de ruta en salud mental, persuadiendo en la importancia de su bienestar emocional, se reconoce sus habilidades y talentos los cuales son expresados en su discurso y se usan como factor protector para que inicie su proceso sea por urgencias o activación por cita urgente por la EAPB, factores tales que fueron negados por el mismo usuario, expresando en reiteradas ocasiones "yo no soy de este planeta, todos son diferentes a mí". Se dan técnicas de manejo de la ansiedad,

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

Se recomienda activar ruta por salud mental y físico para desintoxicación. Se solicita información de contacto de red de apoyo, para conectar el caso y que acompañen el proceso del usuario, teniendo en cuenta que no fue posible llegar a un acuerdo certero con el usuario por su condición en salud mental, información que el usuario no suministra.

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

Usuario no se compromete a nada por su condición en salud mental.

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

No se realiza ninguna articulación ya que el usuario se niega a recibir ayuda por EAPB, por urgencias y por servicio de ambulancia. De igual manera se deja a disposición las líneas en salud mental y se brinda información de la zona de escucha de la secretaria de salud de Pereira para apoyo emocional presencial.
Se envía cuadrante de policía con número de SECAD 22609063, para comprobar estado del usuario, ya que no se pudo llegar a un acuerdo de ayuda con el usuario y por su condición en salud mental y sus conductas suicidas su vida estaba en riesgo.
El canal de Pereira (Patrullero Arciniegas) informa que el cuadrante reporta que al llegar al lugar de residencia nadie abrió la puerta, llamaron al número de contacto del usuario y no contestaron, así que se retiraron del lugar.

_____ **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: 10**	**MES: 11**	**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): Luz Mabel		APELLIDOS: Grajales Giraldo			EDAD: 22
TIPO ID: CC	N° ID: 1093534184	**EAPB**:	Coosalud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3126918991	DIRECCIÓN: Avenida Sur, casa 199		BARRIO: La Dulcera.		

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 cuadro de ansiedad con miedo y preocupación excesiva, sudoración y temblores, dolor en el pecho, náuseas, cutting relata intento de suicidio hace tres (3) días. Suspenderse.

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

-Débiles redes de apoyo.
-Experiencia traumática en la infancia.
-Apego emocional.

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

Se da inicio con escucha activa, se nota alteración leve, con respiración agitada, expresa dificultades en su infancia intento de abuso sexual por parte de su figura paterna, nunca ha consultado por los servicios de psicología, se sugiere activación de ruta en salud mental, se busca en el sistema ADRES, pertenece al Municipio de Apía Risaralda, se orienta para que se dirija a los servicios de urgencias del hospital más cercano ya que tiene derecho a ser atendida mediante emergencias, informa que se va a dirigir al hospital San Jorge de la ciudad. Asimismo, se resalta la importancia de realizar traslado de Municipio ante su EAPB, ya que de momento no puede acceder a tratamientos por especialistas, entiende y agradece por el espacio brindado.

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

Dirigirse al hospital más cercano por sus propios medios.

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

Activar ruta en salud mental.

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.

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: **11**	MES: **11**	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: JENCY LEANDRA		APELLIDOS: GONZALEZ GONZALEZ		EDAD: **22**	
TIPO ID: TI	N°: 1193577892	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: **N/R**	
TELÉFONO: N/R	DIRECCIÓN: Torre 14 Apto 101	BARRIO: ANONIMO **COMUNA CONSOTA** Conjunto Residencial Palo verde			

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Sandra Milena (Madre)		APELLIDOS: Téllez Areiza		
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**
TELÉFONO:3157802247	DIRECCIÓN: Torre 14 Apto 101	BARRIO: **COMUNA CONSOTA** Conjunto Residencial Palo verde		

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

Conducta suicida: Autolesión con arma cortupunzante en la muñeca de la mano izquierda
Se recepción llamada transferida por los operadores NUSE 123.**Nivel de requerimiento:** Resolutiva.
Motivo de atención: Se comunica progenitora quien solicita ayuda, porque su hija se encuentra encerrada, está llorando por la frustración entre la realidad y lo que debería ser por ruptura amorosa, está muy alterada emocionalmente, No quiere verme (ley del hielo). **Nivel de requerimiento:** Urgente

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

Descompensación emocional; Pocas herramientas en resolución de conflicto. Aislada., Distante con su entorno familiar . *Inherente medicamento psiquiátrico, Insomnio, Negarse asistir al centro de salud , Pésima experiencia en el hospital mental, Ausencia en terapias psicológicas, diagnostico trastorno de personalidad limite

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

Se realizan los primeros auxilios psicológicos para la progenitora, Se psicoeduca a la madre en el dialogo socrático, con el fin de lograr qué su hija abra la puerta de su apartamento.

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

Dirigirse por sus propios medios al centro de salud en el área de urgencias para ser atendida de carácter urgente por intento de suicidio pasivo.

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

Acatar las recomendaciones

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

Acompañamiento cuadrante de policía jurisdicción de condina solicitud al canal de cuba, Secad # 22609906

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 11**	**MES: 11**	**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): Luis Eduardo		APELLIDOS: Martínez Salazar			EDAD: 63
TIPO ID: CC	N° ID: 10106079	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3113000189	DIRECCIÓN: Mz 16 Casa 2		BARRIO: Las Mercedes.		

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.
Ciudadano atendido por distintos profesionales en la línea, nuevamente se contacta, solicitando ayuda ya que presenta ideación suicida, sin embargo, no es algo que quiere hacer, se evidencia discriminación ante posible condición en salud mental, ya que sus vecinos lo incitan al suicidio.

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

-Posible condición en salud mental sin tratamiento.
-Débiles redes de apoyo.

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

Se brinda escucha activa, expresa dificultades en su salud física, diagnóstico de cáncer, problemas de próstata, lo cual le genera estados de depresión, se queja constantemente durante la llamada, no comprende las preguntas realizadas, se informa que debe desplazarse por sus propios al hospital más cercano, resalta, que ya ha asistido a varios de estos y en ninguno ha recibido atención, continua demandando el despacho de ambulancia, sin embargo, no cumple criterios para realizarlo, permanece en la línea quejándose y cuelga la llamada, no vuelve a comunicarse, por lo cual, finaliza la atención.

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

No se logran brindar recomendaciones ya que no se puede atender su requerimiento de despacho de ambulancia.

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

No se llegan a compromisos.

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

No se requieren remisiones o articulaciones con otros actores.

_____ **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: 12**	**MES: 11**	**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): Eliana Marcela		APELLIDOS: Valencia Marín			EDAD: 40
TIPO ID: CC	N° ID 34066241	**EAPB**:	Salud Total	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A		INSTITUCIÓN E: N/A		OCUPACIÓN: N/A	
TELÉFONO: 3017566891		DIRECCIÓN: Cra 8 #31 B-62		BARRIO: primero de Febrero	

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

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

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, donde usuaria de 40 años llama a la línea expresando su preocupación por la conducta oposicionista desafiante de su hijo de 16 años, quien se torna agresivo últimamente, con consumo de sustancias psicoactivas (cannabis) y amenazas constantes de irse de la vivienda.

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

pensamientos de muerte, dependencia emocional de su hijo hacia su novia, falta de autoridad en el rol materno, hogar sin normas de convivencia, consumo de sustancias del hijo, débil red de apoyo, violencia intrafamiliar, relación complicada con el padre de su hijo.

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

Se realiza validación emocional, se psicoeduca sobre el moldeamiento de conducta a partir de consecuencias y la pérdida de autoridad que se evidencia en su relación madre - hijo.

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

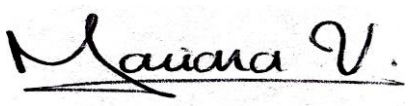
Se recomienda aplicar técnicas de comunicación asertiva con su hijo y limites consientes.

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

La usuaria se compromete a realizar los ejercicios de comunicación asertiva con su hijo y el manejo de conducta a través de consecuencias.

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

No aplica.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 14**	**MES: 11**	**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): Luz Mabel		APELLIDOS: Grajales Giraldo			EDAD: 22
TIPO ID: CC	N° ID: 1093534184	**EAPB**:	Coosalud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3126918991	DIRECCIÓN: Casa 199 Av. Sur		BARRIO: La Dulcera.		

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 con cuadro de ansiedad, expresa dificultades en el lenguaje, dolor en el pecho, sensación de ahogo con pensamientos suicidas. En intervención anterior se direcciona a los servicios de urgencias, sin embargo, abandona tratamiento decide firmar salida voluntaria.

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

-Poca responsabilidad con el cuidado de su salud.

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

Se brinda psicoeducacion sobre el cuidado de su salud y la importancia de no abandonar las atenciones y/o recomendaciones realizadas por los profesionales de salud, nuevamente se orienta para realizar traslado de EAPB al Municipio de Pereira donde finalmente piensa radicarse, de momento desea activar nuevamente ruta por los servicios de urgencias, fue atendida en la E.S.E. Salud Pereira (hace tres días), donde no le prestan más servicios debido a su decisión de salida voluntaria, se direcciona a los servicios de urgencias del hospital San Jorge. La ciudadana acepta las indicaciones y se compromete a cuidar de su salud siguiendo indicaciones médicas.

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

Dirigirse por sus propios medios al Hospital San Jorge del Municipio.

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

No abandonar tratamientos en salud por cuenta propia.

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

No se requieren remisiones ni articulaciones.

_____ **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:** 14	**MES:** 11	**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): Luz Mabel		APELLIDOS: Grajales Giraldo			EDAD: 22
TIPO ID: CC	N° ID 1093534184	**EAPB**:	COOSALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3126918991		DIRECCIÓN: Calle 28 Casa 199		BARRIO: La dulcera	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Juan Pablo		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3025829539	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 el APH de ambulancias de Pereira Mateo, en donde se comunica la Ciudadana Mabel Grajales, reportando tener mucha ansiedad y no tener la capacidad de quedarse en la casa, manifiesta que estuvo en el hospital por esta sintomatología y firma salida voluntaria porque se sentía mejor, pero identifico que al momento de llegar a casa volvió a sentir los mismos síntomas asociados a una ruptura amorosa.

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

sudoración, temblor en sus piernas, Ruptura amorosa reciente, ideas y conductas suicidas (cutting), nula red de apoyo, deficiencia en la resolución de conflictos, baja tolerancia a la frustración, débil auto concepto, dependencia emocional.

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

Se realiza primeros auxilios psicológicos, se realiza el ejercicio de los sentidos para desviar su ansiedad y canalizar sus emociones, ejercicio nulo ya que la usuaria solo expresaba “no querer estar en casa, no me gusta ver a mi ex todos los días, vive cerca de mi casa”. Al persuadir para identificar redes de apoyo, brinda el número de contacto de su ex, teniendo en cuenta que la comunicación con él es nula, por ende, allí se identifica un factor de riesgo.

Se identifica mediante el triage en salud mental que no es necesario el envió de ambulancia, por ende, se psicoeduca en la importancia de acudir a los servicios de urgencias lo más pronto posible, ya que necesita ser valorada e intervenida farmacológicamente y hacer su proceso terapéutico completo. La usuaria no permite más intervención telefónica e indica que ya se va a organizar para dirigirse a los servicios de urgencias.

Seguimiento: Se realiza comunicación nuevamente con la usuaria por la línea de contención emocional, e informa que ya está lista y está esperando que la recojan para dirigirse a urgencias de la 40.

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

Se recomienda que realice el proceso de cambio de municipio de su EAPB porque en ADRES aparece activa en Pueblo Rico, para que no vaya a tener inconveniente en su proceso terapéutico.

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

Usuaria se compromete a dirigirse a urgencias para hacer atendida y también se compromete a realizar proceso por la EAPB de cambio de municipio.

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

No se realiza ninguna articulación, ya que la usuaria expresa que se va a dirigir a los servicios de urgencias para ser atendida.

_____ **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:** 15	**MES:** 11	**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): Wilber Esteban		APELLIDOS: Díaz Ramírez			EDAD: N/R
TIPO ID: CC	N° ID 1010244606	**EAPB**:	SANITAS	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3053645089		DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: Pereira	

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 Wilber Díaz, con actitud demandante por frustración en la no atención en su EAPB por posible contagio de VIH, manifiesta la inconformidad que siente con su EAPB por la nula atención, “no saber qué hacer, a mí me tenían que hacer la profilaxis dentro de las 72 horas de la exposición del contacto para prevenir infección y por más que fui a todos lados no me quisieron atender”.

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

Actitud demandante en los servicios de salud, baja tolerancia a la frustración, débil red de apoyo en salud, sentimientos de frustración, impotencia y temor por no poder realizar el tratamiento en el tiempo estipulado, negación para realizarse los exámenes adicionales manifestando ya no tener solución.

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

Se brinda espacio de escucha activa, se persuade en las posibles soluciones para su situación, pero mediante su actitud demandante, manifiesta “yo no sé porque estoy llamando a esta línea, aquí tampoco me puede ayudar” cuelga la llamada y se intenta comunicar nuevamente por el celular de la red de apoyo de la sala SIES, en varias ocasiones y no fue posible la comunicación, la intervención y la orientación completa desde la línea de salud mental.

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

No se realiza recomendaciones ya que el usuario cuelga la llamada

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

No se realiza compromiso ya que el usuario cuelga la llamada

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

No se realiza ninguna articulación porque el usuario cuelga la llamada y no vuelve a contestar su línea telefónica.

_____ **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: 11**	**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): Mónica Viviana		APELLIDOS: García Montoya			EDAD: 33
TIPO ID: CC	N° ID: 10888296269	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3113763373		DIRECCIÓN: Calle 17 Bis N° 28-134		BARRIO: San Luis	

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 con alteración emocional, ante situación de crisis de su hija, quien presenta antecedentes en salud mental, TAB, Depresión post parto, sin adherencia al tratamiento, con conductas de auto y heteroagresion, destruye objetos al interior del hogar, revela estados de alucinación, describe hechos que no suceden, con consumo de SPA, hace varios años.

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

-Condición en salud mental.
-Sin adherencia al tratamiento.

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

Se brindan primeros auxilios psicológicos, se psicoeduca en activación de ruta en salud mental en articulación con los servicios de seguridad de policía, se brindan acciones a implementar para la mitigación del riesgo, la ciudadana acepta y agradece por el espacio brindado, de momento no se encuentra la ciudadana en el hogar, se sugiere activar ruta de atención desde la línea 123, al momento de su regreso.

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

Activar ruta en salud mental por los servicios de urgencias.

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

Usar la línea de emergencias para activación de ruta.

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

No se requieren remisiones ni articulaciones con otros actores.

_____ **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:** 11	**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: Marín Valencia			EDAD: 29
TIPO ID: CC	N° ID 1097039371	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3108340696		DIRECCIÓN: Manzana 2 Casa 10		BARRIO: Portal de San Joaquín	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): Nicolás		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID N/R	EDAD: N/R	**EAPB**:	N/R
TELÉFONO: 3127378748	DIRECCIÓN: Manzana 2 Casa 10		BARRIO: Portal de San Joaquín	

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 Marín de 29 años de edad, reportando (desespero-ganas de salir corriendo, lloro excesivo sin razón “pienso que es depresión pos parto, hace 3 meses tuve él bebe y vengo teniendo estas crisis”.

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

Sintomatología de ansiedad, posible depresión pos parto, baja autoestima, ideas suicidas no estructuradas, recibió tratamiento psicológico hace 3 años en 2 ocasiones por la misma sintomatología, no reporta diagnostico en salud mental.

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

Se realiza primeros auxilios psicológicos, se permite realizar introspección, se valida y se usa como terapia el estar interviniendo vía telefónica para canalizar sus emociones, además se dan técnicas de respiración y de manejo de la ansiedad mediante el contacto con el hielo y los 5 sentidos, se persuade en la importancia del autocuidado.
Se psicoeduca en derechos en salud mental por EAPB y la importancia de iniciar proceso terapéutico lo más pronto posible, pedir cita por la misma, se observa en la llamada que la usuaria está estable e indica que va a hacer los ejercicios después de finalizar la llamada.

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

Se recomienda iniciar proceso terapéutico por la EAPB lo más pronto posible, seguir indicaciones de la intervención telefónica.

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

Usuaria se compromete a iniciar su proceso por EAPB

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

La usuaria solicitara la cita por EAPB para iniciar su proceso terapéutico.
Se persuade si llega a presentar crisis nuevamente y los ejercicios no le aportan se dirija a los servicios de urgencias para activación de ruta. A demás se da información de la zona de escucha de la secretaria de salud de Pereira y se deja a disposición las líneas 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.**

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: **19**	MES: **11**	AÑO: **2025**	LUGAR/MEDIO DE ATENCIÓN: **TELEORIENTACIÓN Línea de Contención emocional Secretaria de Salud Municipal**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	**AIDA MARJORY JARAMILLO LOAIZA**			PROFESIÓN: **PSICOLOGA**

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRES: ALEXANDRA		APELLIDOS: MARIN VALENCIA		EDAD: **29**	
TIPO ID: cc	N°: 109703937	EAPB:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: **N/R**	
TELÉFONO: 3108340696	DIRECCIÓN: Cuba MZ 2 CS 10		BARRIO: **COMUNA SAN JOAQUIN**		

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): NICOLAS		APELLIDOS: YEPES (esposo)			
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**	
TELÉFONO: 3127378748	DIRECCIÓN: N/R		BARRIO: N/R		

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

OTRAS CAUSAS: Asesoría en salud mental. Se recepción llamada transferida por los operadores NUSE 123.Femenina expresa la importancia de explicar sus síntomas con un psicólogo por sensaciones de aburrimiento de estar todo el tiempo encerrada por posparto; constantemente discusiones incensarías con su actual pareja. Nivel de requerimiento: Resolutivo.

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. Aburrimiento y frustración. Cambio de ánimo. Tristeza.

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

Asesoría brindada por profesional:
*Primeros auxilios psicológicos.
*Dialogo socrático para ubicarla en el aquí y el ahora.

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

Asistir de carácter urgente a la cita médica asignada por sus EAPB

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

El dia sábado 22 de noviembre está agendada para iniciar sesión terapéutica con la Psicóloga Irma Londoño

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

No aplica

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	DIA: **19**	MES: **11**	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): JUAN CAMILO	APELLIDOS: MEDINA BAQUERO			EDAD: **31**	
TIPO ID: C.C	N°: 1016071705	EAPB:	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	**N/R**
N. ESCOLARIDAD: **N/R**	INSTITUCIÓN E: **N/R**			OCUPACIÓN: **N/R**	
TELÉFONO: 3138982302	DIRECCIÓN: Mz C Cs 1	BARRIO: Barrio panorama **Comuna Consotá**			

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)				
NOMBRE(S): JULIO CESAR	APELLIDOS: MEDINA			
TIPO ID: CC	N°: **NO REPORTA**	EDAD: **NO REPORTA**	**EAPB**:	**NO REPORTA**
TELÉFONO: 310-7532674	DIRECCIÓN: **NO REPORTA**	BARRIO: N/R		

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

OTRAS CAUSAS: Asesoría en salud mental Se recepción llamada transferida por los operadores NUSE 123.Motivo de atención: Padre, quien refiere comportamiento de su hijo de difícil manejo, diagnosticado con esquizofrenia no especificada, lo observa constantemente con alucinaciones, delirios, habla desorganizada y comportamiento catatónico. **Nivel de requerimiento:** Resolutivo.

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

Desconocimiento del diagnóstico. Ausencia de medicamento psiquiátrico. Ausencia terapia familiar sistémica. Ausencia Terapia narrativa. Ausencia hábitos saludables. Ausencia comunicación familiar. Estrés constante por estar solo en su residencia.

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

Asesoría brindada por profesional: Información sobre el deterioro funcional de su hijo. Dirigirse a su médico psiquiatra para identificar el enfoque integral de tratamiento que incluya medicamentos, psicoterapia y psi coeducación a su entorno familiar sobre el diagnostico de su hijo. Apoyo familiar y grupal, ya que esto es fundamental para la recuperación y el manejo de la condición.

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

Acatar cada una de las explicaciones en los factores de riesgo

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

Compromiso del padre: Por sus propios medios solicitara cita con médico psiquiatra para su hijo.

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

NO APLICA

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: 20**	**MES: 10**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: LINEA 123**	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	
1.DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE(S): LUZ MABEL			APELLIDOS: GRAJALES GIRALDO		EDAD: 22
TIPO ID: CC	N° 1093534184	**EAPB**:	COOSALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	N/A
N. ESCOLARIDAD: N/A		INSTITUCIÓN E: N/A		OCUPACIÓN: N/A	
TELÉFONO: 3126918991		DIRECCIÓN: Avenida Sur, Casa 199		BARRIO: Bario la Dulcera	
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)

Llamada recepcionada transferida por operador NUSE 123. Ciudadana se comunica a la línea solicitando orientación psicológica. Al momento de entablar comunicación refiere sentir dolor en sus articulaciones y dificultad para respirar síntomas asociados a posible episodio de ansiedad.

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

Al momento de indagar a la ciudadana sobre sintomatología esta se torna con actitud quejumbrosa y brevemente hostil, expresa que estuvo en observación en el hospital San Jorge pero que al momento de realizarle remisión a hospital psiquiátrico esta se niega y su prima accedió a firmar alta voluntaria, adicional, menciona que no reclamó los medicamentos. Debilitadas introspección y prospección. Adicional, se identifica posible ganancia secundaria de síntomas de ansiedad

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

Se realiza técnicas de respiración diafragmática, se recalca la importancia de iniciar tratamiento farmacológico, emplear redes de apoyo.

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

Se recomienda a usuaria acudir al servicio de urgencias

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

Debido a la pobre introspección y prospección no se logra compromiso con esta

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

Dado la negativa de la ciudadana a acceder a urgencias no se realiza remisión.

_____ **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:** 11	**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): Natalia		APELLIDOS: Bedoya Hincapié			EDAD: 25
TIPO ID: CC	N° ID 1004565543	**EAPB**:	S.O.S	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3235098865		DIRECCIÓN: Cra 1 bis # 23-26		BARRIO: San Jorge	

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 Natalia Bedoya de 25 años de edad, solicita orientación frente a caso de una familiar de 22 años con sintomatología de depresión detonada por una ruptura amorosa y una terminación de contrato laboral, manifiesta preocupación ya que están en proceso de movilidad por su EAPB de Contributivo a subsidiado, porque le informaron que en 15 días puede solicitar citas, situación que genera riesgo por la condición que se encuentra la familiar.

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

Cuadro de depresión, Aislamiento social, ideas suicidas estructuradas, falta de apetito, insomnio, desgano en las actividades cotidianas, débil red laboral, baja autoestima.

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, además se brinda orientación del concepto de movilidad por EAPB de contributivo a subsidiado, se orienta a hacer uso de los servicios de urgencias en emergencia en condición mental en alguna de las sedes de la ESE SALUD PEREIRA, se persuade para que brinden el acompañamiento pertinente como red de apoyo a la usuaria teniendo en cuenta el riesgo que está presentando.

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

Se orienta en la importancia de realizar actividades de esparcimiento en el cual la usuaria pueda centrar y canalizar sus emociones para disminuir un poco la sintomatología. Además, se brinda información de las entidades respectivas para apoyo emocional y también se recomienda apoyarse emocionalmente en las entidades informadas y estar pendiente cuando salga el proceso de la movilidad de su EAPB para iniciar proceso terapéutico completo.

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

Se compromete a tener en cuenta toda la información de la intervención telefónica y estar pendiente del proceso terapéutico

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

Se realiza articulación brindando información de la zona de escucha de la secretaria de salud de emergencias para apoyo emocional y se deja a disposición las líneas de emergencias en salud mental para ser proporcionadas a la familiar.

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

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA: 21**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**MEDIO DE ATENCIÓN: LINEA 123**
PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS		**PROFESIÓN: PSICOLOGO**	

1.DATOS DEL USUARIO

NOMBRE(S): JUAN MANUEL		APELLIDOS: GÓMEZ RAMIREZ			EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° 1004520788	**EAPB**:	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:	MESTIZO
N. ESCOLARIDAD: BACHILLER		INSTITUCIÓN E: NO REFIERE		OCUPACIÓN: ADMINISTRADOR	
TELÉFONO: 3103384756		DIRECCIÓN: MZ 2 CASA 4, PISO 3		BARRIO: POBLADO 2	

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

NOMBRE(S): GERALDINE		APELLIDOS: N/R		
TIPO ID: N/R	N° ID NO REFIERE	EDAD: N/R	**EAPB**:	NO REFIERE
TELÉFONO: 3137492173	DIRECCIÓN: CRA 29ª #30-05, CASA 40A		BARRIO: VILLA DEL PRADO	

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

Llamada transferida por operadoras NUSE 123, en donde ciudadana manifiesta sentir preocupación por sintomatología que presenta su pareja actual al momento de tener crisis emocional.

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

Dentro de los factores de riesgo identificados se identifica rasgos asociado a posible cuadro depresivo (dificultad para conciliar el sueño, poco apetito al momento de la ingesta de alimentos, sentimientos de inferioridad, poca motivación para realizar algunas actividades), también se identifica factores externos como que el ciudadano pernocta en un tercer piso, resistencia a participar de espacios terapéuticos o por especialistas.

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

Se genera espacio de escucha con la ciudadana en donde se brindan herramientas preventivas al momento de identificar riesgos ante la aparición de focos detonantes en su pareja, por otra parte, se explica la importancia de no normalizar dichas crisis y que por el contrario es importante iniciar ruta en atención por urgencias en salud mental (explicando el conducto de manera clara), finalmente se brindan técnicas catárticas en donde por medio de espacios de escucha se pueda regular afectaciones de tipo emocional.

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

Se recomienda mitigar riesgos a los cuales la red de apoyo logro concientizar como factores de riesgo, generando así estrategias para evitarlos.

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

La red de apoyo se compromete en hacer acompañamiento constante con el ciudadano afectado en diversos profesionales y especialistas.

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

Se genera remisión a la EAPB para iniciar proceso a nivel individual por psicología y psiquiatría.

_____ **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: 22**	**MES: 11**	**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): Eilin Yinelly		APELLIDOS: Valencia Cortez			EDAD: 16
TIPO ID: T.I	N° ID: 1089605290	**EAPB**:	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Estudiante.	
TELÉFONO: 6063212713		DIRECCIÓN: Mz 10 Casa 89 Piso 2.		BARRIO: Hernando Vélez Marulanda.	

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 comunica ciudadana menor de edad, quien presenta alteración emocional, relata ser víctima de maltrato, se cuelga la llamada se hace devolución desde la línea háblame, contesta figura materna quien expresa motivo de alteración de su hija.

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

-Inicio de consumo de SPA a temprana edad.
-Influencias negativas (amigos).

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

Se indaga caso, resalta figura materna que se encuentra en discusión con su hija al enterarse que consume vaper, demanda salida a fiesta con sus amigas, la cual se le niega y le ocasiona estado de alteración emocional, hace más de un mes presenta irritabilidad, rebeldía, no conoce tiempo de consumo, por lo cual, se orienta para activación de ruta en salud mental por cita con medicina general ya que se presume inicio de consumo en fase de experimentación, se psicoeduca sobre los efectos nocivos de esta sustancia y la importancia de hacer seguimiento con responsabilidad utilizando los servicios en salud, establecer límites y reglas de convivencia al interior del hogar y un mejor aprovechamiento del tiempo libre. (deportes, arte, cultura, entre otros).la ciudadana entiende y agradece por la orientación brindada.

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

Solicitar cita prioritaria ante su EAPB, por los servicios de medicina general.

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

Hacer seguimiento responsable a su hija con ayuda de los servicios en salud.

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

No se requieren remisiones ni articulaciones con otros actores.

_____ **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: 22**	**MES: 11**	**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): Luz Mabel		APELLIDOS: Grajales Giraldo			EDAD: 22
TIPO ID: CC	N° ID: 1093534184	**EAPB**:	Coosalud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3126918991	DIRECCIÓN: Casa 199 Av. Sur			BARRIO: La Dulcera.	

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 expresa sentirse muy mal y no ser capaz de sobrellevar su crisis, es usuaria reiterativa atendida y orientada en diferentes ocasiones.

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

-Poca responsabilidad con el cuidado de su salud.

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

Se revisan atenciones anteriores donde se ha derivado a los servicios de urgencias de la Clínica Noé y hospital San Jorge, para activación de ruta en salud mental, donde en ambas ocasiones ha decidido firmar salida voluntaria a pesar de haber recibido psicoeducación sobre la importancia de iniciar tratamiento para su condición y a su vez las implicaciones de abandonar las atenciones por cuenta propia, aspecto que nuevamente vuelve a omitir, se orienta para que se dirija a los servicios de urgencias del hospital más cercano sin embargo, ya no se puede garantizar su atención en salud, se resalta, que al firmar este documento la responsabilidad en salud recae sobre la paciente, acepta y finaliza la llamada.

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

Dirigirse por sus propios medios al hospital más cercano.

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

No se adquieren compromisos, ya que omite los acuerdos anteriores sobre el cuidado de su salud.

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

No se requieren remisiones ni articulaciones con otros actores.

_____ **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: 24**	**MES: 11**	**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 Alejandra		APELLIDOS: Gaitán Isaza			EDAD: 31
TIPO ID: CC	N° ID: 1090149947	**EAPB**:	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R	INSTITUCIÓN E: N/R			OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3118485782	DIRECCIÓN: Carrera 35 Calle 84-36		BARRIO: Guayacanes.		

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 femenina con alteración emocional, expresa ser víctima de violencia física y psicológica por medio de golpes, cortaduras, insultos, humillación pública por parte de su expareja sentimental.

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

-Maltrato físico y psicológico.
-Manipulación.
-Inadecuada resolución de conflictos.

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

Se brindan primeros auxilios psicológicos, ya que presenta alteración emocional con llanto descontrolado, hiperventilación, se orienta en activación de ruta por violencia y mitigación del riesgo, se direcciona a la fiscalía para hacer la respectiva denuncia y contar con orden de alejamiento para proteger su integridad, se resalta, la importancia de contar con evidencia fotográfica sobre el maltrato recibido como material probatorio en la denuncia, se resaltan sus derechos en salud mental y la importancia de recibir acompañamiento profesional para sobrellevar su situación, sin que se puedan generar dificultades en demás aspectos de vida, se brinda información sobre la app mujer segura y su modelo de prevención en contra de la violencia contra la mujer, la ciudadana expresa entender, agradece por el espacio brindado.

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

Dirigirse a la fiscalía, solicitar servicios de psicología por medio de su EAPB, descargar APP Mujer Segura.

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

Seguir todas las indicaciones realizadas durante la intervención.

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

No se requieren remisiones ni articulaciones con otros actores.

_____ **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 | 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: **25**	MES: **11**	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): **MARTHA JANETH**		APELLIDOS: **SALAZAR CORDOBA**		EDAD: **NO REPORTA**	
TIPO ID:C.C	N°: **42113459**	EAPB:	**SALUD TOTAL**	ETNIA/POBLACIÓN:	**NO REPORTA**
N. ESCOLARIDAD: **NO REPORTA**	INSTITUCIÓN E: **NO REPORTA**			OCUPACIÓN: **NO REPORTA**	
TELÉFONO: **3117620788**	DIRECCIÓN: **Avenida las américas Edificio Vasconia # 17-122 apartamento 103**			BARRIO: **COMUNA DEL CAFÉ**	

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)

VIOLENCIA DE GENERO (Periodista Emisora Todelar) NIVEL DE REQUERIMIENTO: PRIORITARIO.
MOTIVO DE ATENCIÓN: Femenina se comunica a la línea 123 manifestando qué su ex pareja de sexo masculino, ingreso a la vivienda de ella violentamente y se en cuenta en estado de alicoramiento.

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

*Agresión verbal,
*Valores culturales en la sociedad.
*Imposición de ideas.
*Fuerza física.
*Maltrato psicológico.
*Predisposición a resolver problemas con violencia.
*Por parte de su expareja masculino.

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

Se orienta en el registro de la APP MUJER SEGURA

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

La importancia de inscribirse en la APP MUJER SEGURA.

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

Registrarse en la APP MUJER SEGURA.

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

De inmediato se solicita al canal Pereira acompañamiento del cuadrante. SECAD # 22616351,con el fin de desalojarlo de esa residencia y advertir sobre el código nacional de policía 1801-16,ya que no acatar las reglas establecidas allí la próxima vez le acarrea una sanción monetaria.

Firma del usuario
Cédula: _____
Anexo(s): Remisión ☐ **ntimiento Informado**
Tamizaje ☐ _____

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

FECHA DE ATENCIÓN	**DIA:** 25	**MES:** 11	**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): Lina Yohana		APELLIDOS: Alvaran Marín			EDAD: 44
TIPO ID: CC	N° ID 52805436	**EAPB**:	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3508879952		DIRECCIÓN: Cra 23 # 14-148 apto 1713 torre 3		BARRIO: Álamos	

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 APH de Pereira, en donde se comunica la Ciudadana Lina Alvaran de 44 años de edad, solicitando ayuda ya que manifiesta que su madre de 60 años de edad está en una crisis preocupante, con problemas de convivencia, con delirios de persecución y alucinaciones, afectaciones en el estado de ánimo, alteraciones en la alimentación y en el sueño, reporta que esta sintomatología es nueva.

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

Síntomas psicóticos, estado de agitación psicomotora, afectaciones en el estado de ánimo, problemas de convivencia, falta de apetito, insomnio, hogar unipersonal, negación de condición física y mental.

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

Se Realiza entrevista semiestructurada con escucha activa para identificar factores de riesgo y criterios de posible envió de ambulancia, se psicoeduca en la importancia de iniciar activación de ruta, lo más pronto posible por los servicios de urgencias y se habla desde los derechos en salud mental por EAPB, para valoración de la sintomatología e identificar alguna condición en salud mental e iniciar proceso farmacológico u psicoterapéutico.

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

Se recomienda acudir a los servicios de urgencias lo más pronto posible para activación de ruta en salud mental

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

Usuaria se compromete a trasladar a la familiar a los servicios de urgencias

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

No se realiza articulación por EAPB, ya que la usuaria trasladara por sus propios medios a su familiar a los servicios de urgencias para ser atendida, además se envía cuadrante de policía para apoyo en el traslado teniendo en cuenta la negación de la usuaria ante la familia de encontrarse afectada de salud, número de SECAD de cuadrante de policía. (22616254). Canal de Pereira informa que realizaron el acompañamiento efectivo en el traslado de la usuaria a los servicios de urgencias. De igual manera se deja a disposición las líneas en salud mental para emergencias y 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: 26**	**MES: 11**	**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): Sofía Andrea		APELLIDOS: Loaiza Salazar			EDAD: 23
TIPO ID: CC	N° ID: 1004683696	**EAPB**:	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: Empleada	
TELÉFONO: 3012102701		DIRECCIÓN: Mz B Casa 27		BARRIO: Miraflores	

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 síntomas alusivos a cuadro de ansiedad, con dolor en el pecho, dificultades en la respiración, preocupación excesiva hacia el futuro, ante dificultades en la convivencia con su pareja sentimental y otros familiares.

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

-Dificultades en la comunicación y resolución de conflictos.
-Abuso sexual en dos (2) ocasiones.

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

Se realiza técnica de relajación y control de la respiración, se logra estabilizar emocionalmente, centrando su atención en sus sentidos y partes del cuerpo. Se da inicio a la intervención, revela dificultades con su pareja sin embargo, no describe los detalles, expresa ser víctima de abuso sexual por parte de figura paterna a la edad de tres (3) años y abuso hace cuatro (4) años por parte de enfermero de clínica de la ciudad, ha recibido poco acompañamiento para el cuidado de su salud mental ya que no lleva un proceso completo, por lo cual, se resaltan sus derechos en salud mental motivando, la ciudadana a contar con el acompañamiento de un profesional en salud para la intervención de diferentes aspectos que aun interfieren en sus relaciones interpersonales y afectan su calidad de vida.

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

Realizar actividades que le permitan dispersar su mente, no centrar su energía en las dificultades.

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

Procurar el cuidado de su salud mental.

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

Se realiza remisión a coordinadora del programa para solicitud de cita prioritaria por los servicios de psicología.

_____ **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: 27**	**MES: 11**	**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 Lucia		APELLIDOS: Restrepo Gil			EDAD: 45
TIPO ID: CC	N° ID: 42140086	**EAPB**:	S.O.S	ETNIA/POBLACIÓN:	Ninguna.
N. ESCOLARIDAD: N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3113952832		DIRECCIÓN: Calle 26 # 13 B-20		BARRIO: Nuevo México.	

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 femenina con sintomatología de cuadro de depresión por proceso de duelo (muerte de figura paterna), presentando insomnio, llanto y tristeza durante la mayor parte del día, anhedonia y pensamientos suicidas con plan estructurado de suicidio.

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

-Duelo en fase de negación. (hace 1 año).
-Condición en salud mental sin diagnóstico.

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

Se brinda psicoeducacion sobre las fases del duelo, encontrándose en fase de negación, se indagan antecedentes de condición mental resalta, no contar con diagnóstico, sin embargo, hace varios años presenta alteraciones en el estado de ánimo, aumentando el malestar durante su proceso de duelo, cuenta con plan estructurado de suicidio, se orienta para activación de ruta en salud mental por los servicios de urgencias, asimismo, se sugieren acciones para la mitigación del riesgo, procurando no centrar su energía en su perdida y aspectos negativos de vida, la ciudadana expresa dirigirse por sus propios medios al hospital más cercano, se motiva acceder a los servicios de salud y de este modo poder recuperar su salud mental, al finalizar la llamada expresa sentirse más tranquila, 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)

Acceder a los servicios en salud.

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

No se requieren remisiones, ya que la ciudadana activara ruta por sus propios medios.

_____ **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: 27**	**MES: 11**	**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): Katherine		APELLIDOS: Velásquez		EDAD: 23	
TIPO ID: CC	N° N/R	**EAPB**:	N/R	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3205366513		DIRECCIÓN: cra 11 #26-13 esquina		BARRIO: CENTRO	
2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)					
NOMBRE(S): Albert Velasco		APELLIDOS: N/R			
TIPO ID:	N° ID	EDAD:	**EAPB**:		
TELÉFONO: 3205366513		DIRECCIÓN:		BARRIO:	

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

CONDUCTA SUICIDA - GESTO SUICIDA - Nivel de requerimiento: URGENTE

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica Albert Velasco quien indica que su expareja sentimental se encuentra encerrada manifestando quererse quitar la vida ya que terminamos la relación de pareja que teníamos.

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

gesto suicida- dependencia emocional- ruptura amorosa

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

Se brinda espacio de escucha activa, se persuade para llevar a la ciudadana a urgencias para activación de ruta se dan pautas de acompañamiento

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

se recomienda traslado a urgencias

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 articulación con cuadrante. (SECAD- 22617088)
Seguimiento: Se devuelve llamada de la línea de contención emocional con el fin de realizar acompañamiento en la situación usuario no brinda datos- pregunta si el cuadrante lo acompaña a llevarla a urgencias

_____ **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: 29**	**MES: 11**	**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): María Fernanda		APELLIDOS: García Figueroa			EDAD: 17
TIPO ID: CC	N° 1018241018	**EAPB**:	Sanidad policía	ETNIA/POBLACIÓN:	
N. ESCOLARIDAD:		INSTITUCIÓN E:		OCUPACIÓN:	
TELÉFONO: 3174595768		DIRECCIÓN: Calle 18 #BIS 23-71 PISO 1		BARRIO: Barrio Boston	

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)

CONDUCTA SUICIDA - INTENTO SUICIDA - Nivel de requerimiento: URGENTE

Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, en donde se comunica María Fernanda manifestando que su pareja sentimental ESTEBAN GUEVARA de 18 años (3186933436) se tomó medicamentos para dormir con vino indicando estar cansado de todo

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

aparente intento suicida

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

Se brinda espacio de escucha activa y empática

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

se recomienda traslado a urgencias

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 articulación con cuadrante. (SECAD- 22617675)

Seguimiento: Se devuelve llamada de la línea de contención emocional con el fin de realizar acompañamiento en la situación ya que el cuadrante llega al lugar pero no se logra ubicar al ciudadano.

_____ **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:** 30	**MES:** 11	**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): Luz Mabel		APELLIDOS: Grajales Giraldo			EDAD: 22
TIPO ID: CC	N° ID 1093534184	**EAPB**:	COOSALUD	ETNIA/POBLACIÓN:	N/R
N. ESCOLARIDAD:N/R		INSTITUCIÓN E: N/R		OCUPACIÓN: N/R	
TELÉFONO: 3126918991		DIRECCIÓN: Calle 28 Casa 199		BARRIO: La dulcera	

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 APH Sem Pereira (Carolina López) en donde se comunica la ciudadana Luz Mabel reportando ingesta de medicamentos (Nitrovet una tableta- Es un antiparasitario veterinario), manifestando estar sola, sentirse mal, mareada y sin capacidad para trasladarse por sus propios medios a los servicios de urgencias.

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

Intento de suicidio con medicamentos, antecedentes de ansiedad, condición desconocida en salud mental, nula red de apoyo, baja tolerancia a la frustración, débil auto concepto, poca responsabilidad con su salud.

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

Se realiza triage en salud mental, ante la condición, antecedentes y llamadas reiterativas, se hace necesario él envió de la ambulancia por la ingesta de medicamentos, de todas maneras se identifica a la usuaria sosegada, solo informa sentirse mareada, se persuade en la importancia de cuidar su salud mental, su bienestar, la buena adherencia al medicamento y la importancia del buen uso de las líneas en salud mental, ya que no está siguiendo las recomendaciones brindadas por los profesionales que le han asesorado, entorpeciendo de esta manera una intervención exitosa.

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

por ende es necesario realizar lo más pronto posible terapia psicológica y farmacológica por su EAPB continuando sin retirarse del proceso.

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

Se denota a la usuaria accequible sugiriendo una oportunidad de ser internada para realizar su proceso completo, Informa que va a poner de su parte para completar su proceso.

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

Se realiza envió de ambulancia (RCX 967-PREVIMED) con la APH SEM Pereira (Carolina López), la cual fue TRASLADO NO EFECTIVO, ya que los tripulantes informan “que la usuaria se encuentra estable, orientada, consiente, con los signos vitales estables, paciente psiquiátrica y dejo los medicamentos, por ende, no hicieron traslado, informan que la usuaria va a esperar que llegue el papa”.
Se brinda información a la usuaria del área de aseguramiento en la secretaria de salud de Pereira, para agilizar el proceso de la EAPB en el cambio de municipio.
Además, Se persuade si no le realizan el traslado por la ambulancia, acudir a los servicios de urgencias y recibir atención en salud mental de manera completa.

_____ **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.**