Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 1**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	LINEA 123
PROFESIONAL QUIEN REMITE	**Evelin Xiomara Díaz López**			**PROFESIÓN:**	Psicóloga

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Karen Alexandra			APELLIDOS: Ángel Ortiz	EDAD: 30
TIPO ID:	N° ID 1088326084	**EAPB**	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN:
TELEFONO: 3150731416	DIRECCION: Mz 24 casa 1			BARRIO: villa del prado alto

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

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

OTRAS CAUSAS: 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. 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. Se recomienda iniciar el proceso psicológico lo cual acepta

5.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

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

Se compromete a acudir a las consultas por psicología

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

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:02**	**MES:11**	**AÑO:2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): JEISSON ANDRES			APELLIDOS: VALENCIA RESTREPO		EDAD: 24
TIPO ID: CC	N°: 1004739257	**EAPB**:	TIPO ID: CC	N°: 1004739257	
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: N/R	N°: N/A	EDAD: N/A		EAPB:	N/A
TELÉFONO: N/R		DIRECCIÓN: N/A		BARRIO N/A	

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

Observaciones:

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

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.

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

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

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: JUAN JOSÉ PULGARÍN GÓMEZ** **N° Tarjeta Profesional: 271774** **Firma:** _____

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:** 02	**MES:** 11	**AÑO:** 2025	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM-SALUD MENTAL-LINEA 123
PROFESIONAL QUIEN REMITE	KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Yuliana Andrea			APELLIDOS: Arango Buritica	EDAD: 23
TIPO ID: CC	N° ID 1004720247	**EAPB**	SALUD TOTAL	ETNIA/POBLACIÓN: N/R
TELEFONO: 3206105533	DIRECCION: 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
TELEFONO: 3204848812 SUEGRA	DIRECCION: N/R			BARRIO: N/R

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

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

Se realiza remisión por EAPB URGENTE Por Psiquiatría por conducta suicida (intento de suicidio con medicamentos) diagnóstico de depresión no inherente a medicación.

5.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.

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

Usuaria se compromete a estar pendiente de la cita para asistir a la misma

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 04**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL – LINEA 123
PROFESIONAL QUIEN REMITE	MARIANA VALENCIA GRAJALES			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Juan David			APELLIDOS: Pulgarin Arenas	EDAD: 29
TIPO ID: CC	N° ID 1088336625	**EAPB**	Asmet Salud	ETNIA/POBLACIÓN: N/A
TELEFONO: 3226892657	DIRECCION: mz 2 cs 4			BARRIO: Panorama 1

2.DATOS DE FAMILIAR (ACOMPAÑANTE)

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

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

Se solicita remisión para valoración urgente por psicología

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

[URGENTE]: Se recepciona llamada transferida por los operadores NUSE 123, donde 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.

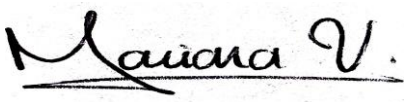
5.FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS: (Consumo de SPA, violencia, conducta suicida, problemas/trastorno mental, otros)

-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

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

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

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

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA:** 04	**MES:** 11	**AÑO:** 2025	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL- LINEA 123
PROFESIONAL QUIEN REMITE	KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGA

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA					
NOMBRE(S): Marco Antonio			APELLIDOS: Quiñones Trejos		EDAD: 34
TIPO ID: CC	N° ID 1088299573	**EAPB**	NUEVA EPS	ETNIA/POBLACIÓN: N/R	
TELEFONO: 3155679895	DIRECCION: 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	
TELEFONO: N/R	DIRECCION: N/R		BARRIO: N/R		

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

Observaciones:

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

Se solicita cita urgente por Psicología, por síntomas de depresión y ansiedad, asociadas a violencia física y psicología por parte de su familia, discriminación por su identidad de género.

5.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.

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

Usuario se compromete a direccionarse a fiscalía para poner la denuncia y también estar pendiente del celular para recibir información de la cita, para iniciar proceso terapéutico por EAPB.

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional: KATERIN JULIANA SANCHEZ MONTOYA** **N° Tarjeta Profesional: 212397** **Firma: KATERIN SANCHEZ M.**

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 21**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	ANDRES FELIPE GIRALDO SALAS			**PROFESIÓN:**	PSICOLOGO

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): JUAN MANUEL			APELLIDOS: GÓMEZ RAMIREZ	EDAD: 27
TIPO ID: CC	N° ID 1004520788	**EAPB**	SURA	ETNIA/POBLACIÓN:
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. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones:

Remisión a psicología y psiquiatría por primera vez

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

Nivel de urgencias Ciudadano que presenta 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).

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

ideaciones suicidas.

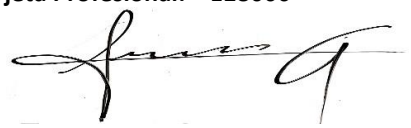
Crisis de tipo emocional

Factores de riesgo externos como pernoctar en un tercer piso.

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

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

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

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

ALCALDÍA DE PEREIRA

Alcaldía de PEREIRA | Secretaría de SALUD

Versión: 01

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

Fecha de Vigencia: 17 de enero del 2024

FECHA DE REMISIÓN	**DIA: 26**	**MES: 11**	**AÑO: 2025**	**ENTIDAD QUE REMITE**	SEM-SALUD MENTAL
PROFESIONAL QUIEN REMITE	Juan Sebastián Arenas Arenas.			**PROFESIÓN:**	Psicólogo.

1.DATOS DE LA PERSONA REMITIDA

NOMBRE(S): Sofía Andrea			APELLIDOS: Loaiza Salazar	EDAD: 23
TIPO ID: CC	N°: 1004683686	**EAPB**	Nueva EPS	ETNIA/POBLACIÓN: Ninguna
TELEFONO: 3012102701	DIRECCION: 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
TELEFONO: N/R	DIRECCION: N/R			BARRIO: N/R

3. ENTIDAD A LA QUE SE REALIZA LA REMISION

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

Observaciones: Estado activo, Municipio de registro Pereira.

4.MOTIVO DE REMISION: (Requerimiento/descripción técnica del concepto del profesional (Nivel de urgencia y de 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.
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. Por lo cual, se solicita solicitud de cita para inicio de proceso de psicoterapia.

5.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.
-Represión.

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

Estar pendiente de su celular, para el momento de la notificación de la asignación de cita.

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

_____ **Nombre y Firma de la Persona entrevistada** **Cedula:** _____	**Nombre del profesional:** Juan Sebastián Arenas Arenas. **N° Tarjeta Profesional: 201668.** **Firma:** Juan Sebastian Arenas A.

ALCALDÍA DE PEREIRA