Hospital
Materno Infantil

GRUPO No. 14

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital Materno Infantil

E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CONVIVENCIAL SOCIAL Y SALUD MENTAL

SITIO: PARADA

EDUCATIVO

I.E Tec Sagrado Corazón Francisco Navarro

MES: 03 DE: 26

N°	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENENCIA ETNICA						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO	EPS	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	PALENQUERO	ROM GITANO	INDIGENA	OTRO	
1	Gabriela Redondo	10-12-2010	15	✓		I.E. Sagrado Corazón	3245341552	✓			S. Sotelo							Gabriela Redondo
2	Jowello de la Espriella	02-12-2010	15		✓	I.E. Sagrado Corazon	3176088958	✓			C/Pi							Jowello de la Espriella
3	Dylan. Alvarez	28-12-2009	14		✓	I.E. Sagrado Corazon	No reporta	✓			C/Pi2							Dylan Alvarez
4	Jaurien. Cardenas	7-05-2010	15		✓	I.E. Sagrado Corazón	3122116209.	✓			S. Sotela							Jaurien. Cardenas
5	Shaddy. Sanchez	6-11-2011	14	✓		I.E. Sagrado Corazón	3013369652	✓			S. Sotela							Shaddy. Sanchez
6	Deyliz. Pulecio	17-11-2011	14	✓		I.E. Sagrado Corazon	3015931733	✓			Sura1							Deyliz. Pulecio
7	Juan. Ariza	24-11-2010	15		✓	I.E. Sagrado Corazón	3054770671		✓	1								Juan. Ariza
8	Sebastian. Lobo	04-10-2010	15	✓		I.E. Sagrado Corazon	No reporta		✓	2								Sebastian Lobo
9	Jeser Jurado	1130276864	14		✓	I.E. Sagrado Corazon	No reporta		✓	3								Jeser Jurado
10	Sebastian del Rio	1046706588	15		✓	I.E. Sagrado Corazón	3009724009.	✓		Sura								Sebastian del rio
11	Cristhyan Rodriguez	28-04-2011	14		✓	I.E. Sagrado Corazón	3145246523		✓	4								Cristhyan Rodriguez
12	Edwin. Lacedo	21-10-2009	16		✓	I.E. Sagrado Corazon	No reporta		✓	5								Edwin. Lacedo
13	Juan. Ruiz.	16-04-2009	16		✓	I.E Sagrado Corazón	3022759273	✓		Sura								Juan. Ruiz
14	Julissa. Pareja	19.02.2011	15	✓		I.E. Sagrado Corazón	No reporta		✓	6								Julissa. Pareja
15	Samuel. Meza	11-10-2010	15		/	I.E. Sagrado Corazón	3229124020		✓	7								Samuel. Meza
16	Randy. Rodriguez	08-09-2010	15		✓	I.E. Sagrado Corazon	3245219505	✓		Sura								Randy. Rodriguez
17	Elkyn Lopez	05-04-2011	14		✓	I.E. Sagrado Corazón	3012160863	✓		Sura3								Elkyn Lopez
18	Mailon Garcia	19-07-2011	14		✓	I.E. Sagrado Corazon	3213372935		✓	8								Mailon Garcia
19	Jyllan. Mendozerbeda	1042262562	15		✓	I.E. Sagrado Corazon	No reporta	✓		Sura								Jyllan. Mendoza
20	Herany. Cabarcas	1130273236	15	✓		I.E. Sagrado Corazón	No reporte	✓		S. Sotela								Herany. Cabarcas

ACTIVIDAD: Desarrollar la estrategia Sanaviendo Soledeño en diez nuevos colegios priorizados del municipio de Soledad, a través de jornadas de tamizaje en salud mental, dirigidas a la población estudiantil, utilizando herramientas tecnológicas de acceso rápido, que permita la detección temprana de riesgos psicosociales y la canalización efectiva a las rutas de atención integral.

Tratamiento de datos personales: en el presente formato [...] se solicitan [...] PDF firmado físicamente [...] para el cumplimiento de esta misma finalidad, para presentar [...] por solicitud [...] de la Ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización [...] ejercer los derechos [...]

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Dirección: Carrera 46 #53-80 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: +57 (605) 3582000 - info@soledad-atlantico.gov.co
www.soledad-atlantico.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

10:02

Hospital Materno Infantil

E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CONVIVENCIAL SOCIAL Y SALUD MENTAL
GISELL PARADA
EDUCATIVO
I.E Tec Sagrado Corazón

AÑO 2025 | MES 03 | DÍA 26

N°	DATOS DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO: M	SEXO: F	UBICACIÓN: DIRECCIÓN	UBICACIÓN: BARRIO	AFILIACIÓN DE SALUD: CONTRIBUTIVO	AFILIACIÓN DE SALUD: SUBSIDIADO	AFILIACIÓN DE SALUD: NO ASEGURADO	AFILIACIÓN DE SALUD: EPS	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: INDÍGENA	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: AFRO	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: RAIZAL	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: PALENQUERO	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: ROM	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: VÍCTIMA	FIRMA
1	Maria Jose Rocha	1194967331	15	✓		I.E. Sagrado Corazón	NO reporta		✓		Sura							Maria Rocha
2	Guillermo Parra	1019068882	15		✓	I.E. Sagrado Corazon	NO reporta		✓		Sanitas							Guillermo Parra
3	Samuel Chamorro	1085572111	14		✓	I.E Segrado Corazón	NO reporta		✓		S. total							Samuel Chamorro
4	Juan Martinez	08-06-2011	14		✓	I.E Sagrado Corazón	NO reporta			✓	9							Juan Martinez
5	Cristhyan Perez	1091083535	15		✓	I.E Sagrado Corazón	NO reporta		✓		Sanitas							Cristhyan Perez
6	Hiadira Aydor Zuco	1139433125	15	✓		I.E Sagrado Corazón	NO reporta		✓		S. total							Hiadira Aydor
7	Daniel de la Cruz	3016372535	14		✓	I.E Sagrado Corazón	NO reporta		✓		Mi seguro							Daniel de la Cruz
8	Yonjin Gomez	1042048840	14		✓	I.E. Sagrado Corazón	NO reporta		✓		S. total							Yonjin Gomez
9	Carlos Perez Cardenas	1042888581	15		✓	I.E. Sagrado Corazón	NO reporta		✓		S. total							Carlos Perez
10	Matias Pulgar	1044220958	15		✓	I.E. Sagrado Corazon	NO reporta			✓	Sura							Matias Pulgar
11	Miguel Ayarno	11-12-2010	15	✓		I.E Sagrado Corazón	NO reporta		✓		Sura							Miguel Ayarno
12	Alejandro Gutiérrez	1044638414	14		✓	I.E Sagrado Corazon	NO reporta			✓	10							Alejandro Gutiérrez
13	Angela Gonzalez	21-09-2010	15		✓	I.E Sagrado Corazón	NO reporta			✓	11							Angela Gonzalez
14	Dylan Ballesteros	1143435628	15		✓	I.E. Sagrado Corazon	NO reporta		✓		Sanitas							Dylan Ballesteros
15	Isabella Herrera	1043168493	14	✓		I.E. Sagrado Corazón	NO reporta		✓		Sura							Isabella Herrera
16	Harry Cohen Gutierrez	1043199426	15		✓	I.E. Sagrado Corazón	NO reporta			✓	12							Harry Cohen
17	Dwigth Crespo	1048075058	15		✓	I.E. Sagrado Corazon	NO reporta	✓			S. total							Dwigth Crespo
18	JHOSEIN CERVANTES	25/09/2011	14		✓	I.E Sagrado corazon	3013726973			✓	13							JHOSEIN C.
19																		
20																		

ACTIVIDAD: Desarrollar la estrategia Saneamiento Soledeño en doce nuevos colegios priorizados del municipio de Soledad, a través de jornadas de tamizaje en salud mental, dirigidas a la población estudiantil, utilizando herramientas tecnológicas de acceso rápido, que permita la detección temprana de riesgos psicosociales y la canalización efectiva a las rutas de atención integral.

Tratamiento de registros de los datos personales en el presente formato: Usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tamizaje de riesgos psicosociales del proyecto de intervención "CUIDO mi Cuerpo, Cuido mi Salud". Declara que los datos suministrados son veraces y completos. Autoriza el tratamiento de sus datos personales, conforme a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, teniendo la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, actualización, rectificación y supresión en cualquier momento. Para consultas, quejas o reclamos sobre el uso que se le dará a sus datos, puede comunicarse a la ESE por el teléfono o a la dirección de correo electrónico indicados en el pie de página.

3

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

4

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Gabriela Redondo DOCUMENTO IDENTIDAD: 10/12/2010

TELEFONO: 324 5361352 REGIMEN: Subsidiado (•) Contributivo ( )

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	X	
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X	
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	X	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	X	

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

1

10-02

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

5

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dowelld de la espriella DOCUMENTO IDENTIDAD: 03/12/2010

TELEFONO: 317 608 8958 REGIMEN: Subsidiado ● Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO	
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X		Aveces
2	¿Tiene mal apetito?		X	
3	¿Duerme mal?		X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X		
5	¿Sufre de temblor de manos?		X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X		
7	¿Sufre de mala digestión?		X	
8	¿No puede pensar con claridad?	X		
9	¿Se siente triste?	X		
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X		
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X		
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X		
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X		
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X		
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X		Aveces
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	X		Aveces
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X		Aveces
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X	
20	¿Se cansa con facilidad?		X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X		
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X		
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X		
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X	
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X	
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X	
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X	
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X	
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X	

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

2

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

10-02

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dylan alvarez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143465484

TELEFONO: 3161683070 REGIMEN: Subsidiado ● Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	√	
2	¿Tiene mal apetito?	√	
3	¿Duerme mal?	√	
4	¿Se asusta con facilidad?	√	
5	¿Sufre de temblor de manos?	√	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	√	
7	¿Sufre de mala digestión?	√	
8	¿No puede pensar con claridad?	√	
9	¿Se siente triste?	√	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	√	
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	√	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	√	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	√	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	√	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	√	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	√	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	√	
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	√	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	√	
20	¿Se cansa con facilidad?	√	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		√
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	√	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	√	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	√	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?	√	
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		√
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		√
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		√
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	√	

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10-02

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Lauren Cardenas DOCUMENTO IDENTIDAD: 1122594934

TELEFONO: 3172116200 REGIMEN: Subsidiado ● Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	✓	
2	¿Tiene mal apetito?	✓	
3	¿Duerme mal?	✓	
4	¿Se asusta con facilidad?	✓	
5	¿Sufre de temblor de manos?	✓	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	✓	
7	¿Sufre de mala digestión?	✓	
8	¿No puede pensar con claridad?	✓	
9	¿Se siente triste?	✓	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	✓	
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	✓	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	✓	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	✓	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		✓
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		✓
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	✓	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		✓
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	✓	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	✓	
20	¿Se cansa con facilidad?	✓	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		✓
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	✓	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		✓
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		✓
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	✓	
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		✓
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		✓
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		✓
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		✓
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		✓

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10-02

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Sanchez shaddaY DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043455244

TELEFONO: 301 3269652 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	X	
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Deyliz Pulecio DOCUMENTO IDENTIDAD: 7043687145

TELEFONO: _____ REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X	
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?	X	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

10-2

10

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Ariza DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 305 4720627 REGIMEN: Subsidiado ☐ Contributivo ☒

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?	X	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

7

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Sebastian Ido DOCUMENTO IDENTIDAD: 1042262297

TELEFONO: _____ REGIMEN: Subsidiado (X) Contributivo ( )

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

8

10-2 12

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Jose [illegible] *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1.130.956.964

TELEFONO: _____ *REGIMEN: Subsidiado* (X) *Contributivo* ( )

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

9

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10°02

NOMBRES Y APELLIDOS: Sebastian Del Rio DOCUMENTO IDENTIDAD: 1046 206 588

TELEFONO: 3009724009 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ⊗

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de sintomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10-02

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristian Rodriguez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1042365776

TELEFONO: 3145846823 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 07/10/2009

TELEFONO: 3147824748 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ●

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

10-2

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 4007114/09

TELEFONO: 3022959293 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo X

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X	
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	X	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

13

1002

17

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Julissa Pareja

DOCUMENTO IDENTIDAD: 1046708467

TELEFONO: 3044524174

REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X	
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

14

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Samuel Meza DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3116999755 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Grado: 10-02

19

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Randy Jose Rodriguez camilo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130272921

TELEFONO: 3245279505 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ⊗

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		x
2	¿Tiene mal apetito?		x
3	¿Duerme mal?		x
4	¿Se asusta con facilidad?		x
5	¿Sufre de temblor de manos?		x
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		x
7	¿Sufre de mala digestión?		x
8	¿No puede pensar con claridad?		x
9	¿Se siente triste?		x
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		x
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		x
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		x
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		x
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		x
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		x
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		x
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		x
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		x
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		x
20	¿Se cansa con facilidad?		x
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		x
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	x	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		x
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		x
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		x
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		x
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		x
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		x
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		x
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		x

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

16

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Grado: 10-02-20

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Ellen Andre Lopez gonzalez DOCUMENTO IDENTIDAD: 05/04/2011

TELEFONO: 3/1630 3777 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ✕

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

17

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Mailon Garcia DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043686293

TELEFONO: 3213372935 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10-02

NOMBRES Y APELLIDOS: Julian Andres Mendoza Useche DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044962562

TELEFONO: _____ REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ●

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

10-2 23

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10-2

NOMBRES Y APELLIDOS: Nurany Cabarcas DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130213236

TELEFONO: 3024823938 REGIMEN: Subsidiado (X) Contributivo ( )

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

20

10-2

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

24

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Jose rocha *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1192467331

TELEFONO: 3024641637 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* X

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?	/	X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caidas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

21

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Guillermo Pouza *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 10196698[illegible]

TELEFONO: 311 4057829 *REGIMEN: Subsidiado* ● *Contributivo* ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

10-02 26

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA de SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL
ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Samuel chamorro DOCUMENTO IDENTIDAD: 1080572111

TELEFONO: 3112705953 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ●

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X	
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?	X	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?	X	
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Sebastian Martinez Ruiz *DOCUMENTO IDENTIDAD:* _____

TELEFONO: 300 245 98 72 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristian Perez Acosta DOCUMENTO IDENTIDAD: 1001082535

TELEFONO: 3172366795 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Ariadna Avila Gasco DOCUMENTO IDENTIDAD: 1139433125

TELEFONO: 3184440239 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel de la Cruz DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3016372535 REGIMEN: Subsidiado ● Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		✓
2	¿Tiene mal apetito?		✓
3	¿Duerme mal?		✓
4	¿Se asusta con facilidad?		✓
5	¿Sufre de temblor de manos?		✓
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	✓	
7	¿Sufre de mala digestión?		✓
8	¿No puede pensar con claridad?		✓
9	¿Se siente triste?		✓
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		✓
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		✓
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		✓
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		✓
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		✓
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	✓	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		✓
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		✓
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		✓
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		✓
20	¿Se cansa con facilidad?		✓
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		✓
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	✓	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		✓
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		✓
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		✓
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		✓
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		✓
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		✓
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		✓

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

10°02

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: lenin gomez bonifacio *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1.047.048.840

TELEFONO: 3013928165 *REGIMEN: Subsidiado* ● *Contributivo* ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Ruiz DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.042858581

TELEFONO: 3117929865 REGIMEN: Subsidiado ☑ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		✓
2	¿Tiene mal apetito?		✓
3	¿Duerme mal?		✓
4	¿Se asusta con facilidad?		✓
5	¿Sufre de temblor de manos?		✓
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		✓
7	¿Sufre de mala digestión?		✓
8	¿No puede pensar con claridad?	✓	
9	¿Se siente triste?		✓
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		✓
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		✓
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		✓
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		✓
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		✓
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		✓
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		✓
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		✓
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		✓
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		✓
20	¿Se cansa con facilidad?		✓
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	✓	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	✓	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	✓	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		✓
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	✓	
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		✓
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		✓
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		✓
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		✓
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		✓

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Matías Andrés Mejía Vargas *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1044

TELEFONO: 300 3[illegible]

REGIMEN: Subsidiado ○ *Contributivo* ✓

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		✓
2	¿Tiene mal apetito?		✓
3	¿Duerme mal?		✓
4	¿Se asusta con facilidad?		✓
5	¿Sufre de temblor de manos?		✓
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		✓
7	¿Sufre de mala digestión?		✓
8	¿No puede pensar con claridad?	✓	
9	¿Se siente triste?		✓
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		✓
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		✓
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		✓
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		✓
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		✓
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		✓
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		✓
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		✓
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		✓
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		✓
20	¿Se cansa con facilidad?		✓
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	✓	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	✓	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		✓
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		✓
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	✓	✓
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		✓
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		✓
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		✓
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		✓
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		✓

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

10°2

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Noelle Andrea Cosme Medina *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 26/03/26

TELEFONO: 3013485498

REGIMEN: Subsidiado ● *Contributivo* ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	X	
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?	X	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caidas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	X	
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Alexandra gutierrez miranda DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: _____ grado: 10:02 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

10-2

36

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Gaydy Alvarez *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 71 de septiembre de 2010

TELEFONO: 3215721291

REGIMEN: Subsidiado ○ *Contributivo* ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

33

Grado : 10-02

37

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dylan Ballesteros Arrieta DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143436128

TELEFONO: 3015644897 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?	✓	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	✓	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	✓	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	✓	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	✓	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	✓	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	✓	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

34

10-02°

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Isabella Herrera Borrelo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043168493

TELEFONO: 302 420 2696 REGIMEN: Subsidiado X Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	X	
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X	
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

35

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

39

10-02

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Wendy steven carrillo *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1043159406

TELEFONO: 304 580 3750 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	✓	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		✓
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		✓
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		✓
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		✓
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		✓
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	✓	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	✓	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		✓
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		✓
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	X	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

36

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

10:02

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Duvan Crespo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1048075058

TELEFONO: 3189824575 REGIMEN: Subsidiado ● Contributivo ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	X	
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

10-2 AN

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhoan Manuel Cousas *DOCUMENTO IDENTIDAD:* _____

TELEFONO: 3073726973 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* ○

CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ
Cuestionario de auto-reportaje de síntomas (ADULTO)

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caidas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebia demasiado?		X

Observaciones: Responder las preguntar con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

38