Hospital
Materno Infantil

GRUPO No. 15

ALCALDÍA
SOLEDAD

42

11° 07

#15

33

11°07

Hospital Materno Infantil

E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUEVAS DE LA RED HOSPITALARIA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

PROGRAMA	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	GISELL PARADA
ENTORNO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E TEC Sagrado Corazón Francisco Navarro
VEREDA O DE LA ACTIVIDAD	

Año	Mes	Día
2026	03	26

N°	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO ASEGURA	EPS	INDÍGENA	JUDICIALIZADO	DESPLAZADO	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACIDAD	OTRO	
1	Melany P Mendoza Urrea	1043157365	15	Y		Sagrado corazón			X		Metrosalud							Melany Mendoza
2	Rosa Eliani Barbosa	1082939142	17	X		Sagrado Corazón			X		Sta fe							Rosa Eliani Barbosa
3	Maishall Bruce solano	1043677416	16	X		Sagrado corazon			X		Suroy							Maishall Bruce
4	Camilo Cuello	1043143677416	15		X	Sagrado corazon			X		Cajacopi							Camilo cuello
5	Juan Montero	1130271629	17		X	Sagrado corazon			X		Cajacopi2							Juan Montero
6	Yossir Molina	1139971130	15		X	Sagrado corazon			X		Sanitas							Yossir molina
7	Mardi carolina Mendo	1047048715	17	Y		Sagrado corazon			X		Sta fe 2							Mardi carolina
8	Juan sebastian Mejia	7739431662	15		Y	Sagrad corazon			X		Suran							Juan Sebas
9	Valery Gonzalez	1043711054	16	X		Sagrado corazon			X		Sanitas							Valery Gonzalez
10	Daniela Corrales	1015190268	15	X		Sagrado corazon			X		Sura 3							Daniela Corrale
11	Carmen Pino	7730279600	17	X		Sagrado corazon			X		Mutual							Carmen Pino
12	Merylan Barros	1043147088	15	-		Sagrado corazon			X		Sta fe 3							Santiago Moreno
13	Santiago Heverov	1043156356	16		Y	Sagrado corazon				X	1							Adolfo Mer
14	Adolfo Miranda	1043150357	17	Y		Sagrado corazon			X		Mutesur							[illegible]
15	Gisseth P nuñez	1043150357	15	Y		Sagrado corazon			X		Mutesur 2							Gisseth nuñez
16	Jesus D Maldonado	1082943756	17		Y	Sagrado Corazon			X		Sta fe 4							Jesus DMM
17	Naomi contrero	1043492850	16	Y		Sagrado corazon			X		Mutesur 3							Naomi calvo
18	Melani U martinez	1043159259	17	Y		Sagrado corazon				X	no reporta							Melani martinez
19	Valentina Solarte	1043154512	16	Y		Sagrado Corazon			X		Suroy							Valentina S
20	Santiago H Pena	1080432891	15		Y	Sagrado Corazon			X		Policia							Santiago pena

ACTIVIDAD: Desarrollar la estrategia Sanamente 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.

Diligencie el registro de los datos solicitados 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 establecida en la ley de registros y protección del derecho de propiedad territorial. Cuenta Ud. con información sobre derecho a cancelar, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar acceder en el horario establecido para ello y demás sobre el uso que le da a los mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, incluir suspensión y/o cambio o la suspensión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder de forma gratuita a los mismos.

77º 04

77º 01

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

PROGRAMA	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	GISELL PARADA
ENTORNO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E Tec. Sagrado Corazon Francisco Navarro
VEDA DE LA ACTIVIDAD	

Año	Mes	Día
2026	03	26

No.	DATOS DE IDENTIFICACION			EDAD		UBICACION		AFILIACION EN SALUD				FACTORES A LA POBLACION						TEMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	F	M	DIRECCION	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	No AFILIADO	EPS	PERSONAL	AREA	AMBIENTAL	VICTIMA DEL CONFLICTO	ESCOLARIDAD	OTRAS	
1	Kamila Mendoza	1042261418	16	X		Sagrado Corazon			✓		Status							Convivencia
2	Mariana Ramirez	1048073913	15	X		Sagrado Corazon			✓		V EPS							Mariana Ramirez
3	Ana Bravo Cuadro	1043679815	17	X		Sagrado Corazon			✓		Status							Ana Bravo
4	Dorlis Aguilar Diaz	1044630670	15	X		Sagrado Corazon			✓		Sura							Dorlis Aguilar
5	Nicoles Tomenoga	1042261708	17		X	Sagrado Corazon			✓		Sanitas							Nicoles Tomenoga
6	Yuliana Alvarado	1043687559	16	X		Sagrado Corazon			✓		Sura							Yuliana Alvarado
7	Michelle Orozco	1043159800	16	X		Sagrado Corazon	3013424387			✓	3							Michelle O.
8	Matias Barrelo	1130272119	15		X	Sagrado Corazon	3193199654			✓	4							Matias B.
9	Juan Pablo C.	1043140435	15		X	Sagrado Corazon	3028670018			✓	5							Juan Pablo C.
10	Oscar Ibañez	1042855984	16		X	Sagrado Corazon	3137531306			✓	6							Oscar
11	Santiago Sanabria	1130273434	16		X	Sagrado Corazon	3136008159			✓	2							
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

ACTIVIDAD: Desarrollar la estrategia Sanamente 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.

Autorizo el registro de mis datos personales con el presente formato, a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad y a la Secretaría de Educación del Distrito de Soledad para el manejo, tratamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el evento de promoción y prevención. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización dada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a mis datos, para presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la suspensión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

4F

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: [illegible]

TELEFONO: 3204736497 REGIMEN: Subsidiado ⊗ Contributivo ○ 11°01

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

11°1

46

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Elayne Barbosa *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1082959142

TELEFONO: 3183178141 *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

2

11-01

47

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA · SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Marshall Solano DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043677416

TELEFONO: 300 5642 174 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

3

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

48

11°01

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Camilo Uello DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043143232

TELEFONO: 3116576539 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

4

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

11-01

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan José Hoyos cuello *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1130271629

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

11-01 50

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jessir Jose Molina Cabrera DOCUMENTO IDENTIDAD: 1139437130

TELEFONO: 3003656844 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

6

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

11-01

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Hayde Carolina Mendoza Cabarcas *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1047018215

TELEFONO: 3239847374 *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

11°01

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Sebastian Mejia Cortes DOCUMENTO IDENTIDAD: 1139431662

TELEFONO: 3244632319 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

11-01

53

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Valery González G DOCUMENTO IDENTIDAD: 1045711054

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 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

54

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

11-01

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniela corrales C. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1015190268

TELEFONO: 3219207205 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 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

11-01 53

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dayan Pino *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1130241516

TELEFONO: 3042943516 *REGIMEN: Subsidiado* X *Contributivo* ○ 7

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

12

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Meryhan Patiz Bolaños DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043147038

TELEFONO: 3184924398 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

11°01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago de Jesus Llerena Barrios *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1043156356

TELEFONO: 3332523001

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

11°-01

58

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Addalyn Miranda O. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043680469

TELEFONO: 3017409151 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

14

11901

59

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Gisseth paola Nuñez Ayala DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043150357

TELEFONO: 3114083171 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

15

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

60.

11201

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jesús David Molinares C. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1082943756

TELEFONO: 3054743217 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

16

1101 6A

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Naomi [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044349280

TELEFONO: 3042820165 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

17

11-01

62

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yelvis Vanessa Maldonado Arias DOCUMENTO IDENTIDAD: 1045159289

TELEFONO: 305 815 6275 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?	✓	
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 oir?		✓
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

18

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

11°01

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Valentina Soromayor DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043154512

TELEFONO: 3332805627 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

77°01

64

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA · SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Webb Peña *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1080432891

TELEFONO: 317 677 749 *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 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 permitira que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

20

11-01 65

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Kamila Mendoza DOCUMENTO IDENTIDAD: 1042261418

TELEFONO: 3002292095 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

21

11-04 66

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Mariana Ramirez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1018073913

TELEFONO: 3005719979 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

22

1101 67

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDIA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL
ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana dalira Bravo C. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043679815

TELEFONO: 3249973508 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

11-01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dagnis Aguilar DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044630670

TELEFONO: 3017965122 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 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

24

11-01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: nicolas andres tamayo cantillo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1042261108

TELEFONO: 3106628377 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

25

11-07

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuliana Michel Ahumada R. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043687559

TELEFONO: 3017896432 7 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

26

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

7.R

11°01

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Michelle Orozco DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043459800

TELEFONO: 3013424387 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

27

11°01

72

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Matías Bayuelo Navarro DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130272119

TELEFONO: 3193199645 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

28

N 11:01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Pablo Ospino Arcos DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043140435

TELEFONO: 3028670018 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

29

11°1

74

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Oscar José Moviña Morón DOCUMENTO IDENTIDAD: 1042855984

TELEFONO: 313 753 1306 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

30

11-01

75

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Sarabia Barrios DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130291434

TELEFONO: 3136008169 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