Hospital
Materno Infantil

GRUPO No. 16

ALCALDÍA
SOLEDAD

26

#A

Tamizaje

11-04

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

PROGRAMA	CONVIVENCIAL SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	ISBELL PARADA
ENTORNO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E Tec Sagrado Corazón Francisco Navarro
FECHA DE LA ACTIVIDAD	Año 2024 Mes 03 Día 26

No.	DATOS DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO: F	SEXO: M	UBICACIÓN: DIRECCIÓN	UBICACIÓN: TELEFONO	AFILIACIÓN EN SALUD: CONTRIBUTIVO	AFILIACIÓN EN SALUD: SUBSIDIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: NO ASEGURADO	AFILIACIÓN EN SALUD: EPS	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: INDÍGENA	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: RROM	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: AFROCOLOMBIANO	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: VICTIMA DEL CONFLICTO	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: DISCAPACITADO	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN: OTRO	FIRMA
1	Daniel Rojano	1044634855	16		✓	IE. Sagrado Corazón	3143002105		✓		S. total							Daniel Rojano
2	Juan. Mendoza	1046701299	16		✓	IE. Sagrado Corazón	3015122701		✓		S. total							Juan Mendoza
3	Santiago. Rodriguez	1043148297	17		✓	IE. Sagrado Corazón	3135228321		✓		S. total							Santiago Rodriguez
4	Shadya. Castillo	1045701116	16	✓		IE. Sagrado Corazón	3004981922		✓		Sura							Shadya Castillo
5	Ashlie. Ruiz Julio	1043159961	17	✓		IE. Sagrado Corazón	3001428992		✓		Al ser							Ashlie Ruiz
6	Sharon Escorcia	1043149491	16	✓		IE. Sagrado Corazón	3006685281		✓		S. total							Sharon Escorcia
7	Isaac. Beleño	1044218737	15		✓	IE. Sagrado Corazón	3244728931		✓		Al ser							Isaac Beleño
8	Anderson. Pérez	1043159998	17		✓	IE. Sagrado Corazón	3001321380		✓		S. total							Anderson Pérez
9	Michell. Seise	1044638652	16	✓		IE. Sagrado Corazón	3004456036		✓		Al ser							Michell Seise
10	Sebastian. Chaparro	1139430773	16		✓	IE. Sagrado Corazón	3013716614		✓		Sanitas							Sebastian Chaparro
11	Juan. Mendoza	1043445826	17		✓	IE. Sagrado Corazón	3005155999		✓		S. total							Juan Mendoza
12	Luis Angel Arrieta	1044218062	15		✓	IE. Sagrado Corazón	3173188600		✓		Sura							Luis Arrieta
13	Juan Meza Castro	1045938896	17		✓	IE. Sagrado Corazón	3225492140		✓		S. total							Juan Meza
14	Angel. Liceno	1047471880	16		✓	IE. Sagrado Corazón	3242187129		✓		Sura							Angel Liceno
15	Adrian. Muñoz	1128169975	15	✓		IE. Sagrado Corazón	3207335843		✓		S. total							Adrian Muñoz
16	Genesis. Fuentes	1048074206	17	✓		IE. Sagrado Corazón	3001899124		✓		Sura							Genesis Fuentes
17	Jennifer Arnedo	1130272636	16	✓		IE. Sagrado Corazón	3128092169			✓								Jennifer Arnedo
18	Naylin. Beleño	1139431632	17	✓		IE. Sagrado Corazón	3003615003		✓		S. total							Naylin Beleño
19	Isaac. Ramirez	1126120573	16		✓	IE. Sagrado Corazón	3242402416		✓		Coosalud							Isaac Ramirez
20	Stanly Fuentes Padilla	1130271425	17		✓	IE. Sagrado Corazón	3014891094		✓		Sura							Stanly Fuentes

ACTIVIDAD: Desarrollar la estrategia Saxarmente 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 de manera libre, expresa e informada a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad y a los terceros con los cuales tenga convenio para el manejo de mi información personal y la de mi menor hijo(a) o representado(a) que se encuentra en el presente formato, para que sea tratada de acuerdo a la finalidad descrita en el mismo, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, su decreto reglamentario 1377 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Declaro que he sido informado(a) sobre el uso que se le dará a mis datos personales, sobre los derechos que me asisten como titular de la información, sobre el canal dispuesto por la ESE para ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información de la base de datos, revocar la autorización otorgada, así como sobre la política de tratamiento de la información de la ESE disponible en su página web www.hmisoledad.gov.co

11°04.

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 Corazón / Francisco Navarro /
VEREDA DE LA ACTIVIDAD	

Año	Mes	Día
2026	03	26

No	DATOS DE IDENTIFICACION			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACION EN SALUD				POBLACIONES A LA PERTENECE						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	F (X)	M (X)	DIRECCION	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REGISTRA	EPS	DESPLAZADO	AFRO	MIGRANTE	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACIDAD	OTRO	
1	Thaliana Ocoso	1043679284	16	X		Sagrado Corazon				✓	Z							Thaliana O.
2	Gabriel Palacio	1143434901	16		X	Sagrado Corazon	3218733726		✓		Sanitas.1							Gabriel P.
3	Gregory Ojeda	1042460 466	17		X	Sagrado Corazón	323 4627893		✓		Sura6							Gregory Ojeda
4	Dilan Caly	1043158674	16		X	Sagrado Corazon	3233013693		✓		Capcopa							Dilan Caly
5	MARIA PADILLA	1130272168	16	X		Sagrado Corazon	3245416706			✓	S							MARIA PADILLA
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
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.

Mediante el registro de sus 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 trámite de registro y evidencia del evento de promoción institucional. Como Titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, para presentar cualquier queja ante la ESE por infracción a la ley estatutaria (Ley 1581 de 2012), revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente (cuando no sea gratuita y sin costo).

2

11-04

79

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA · SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel Jose Rojano Barros DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044634855

TELEFONO: 3143002505 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

1

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

80

11°04

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Esteban Mendoza DOCUMENTO IDENTIDAD: 1048444826

TELEFONO: 3135311723 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

1104

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Alejandro Rodriguez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043194 8297

TELEFONO: 3135228397 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

11204

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

82

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Shadya Castillo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1045701116

TELEFONO: 3004981922 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 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 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

4

11-04

83

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Ashlye Andrea Ruiz Julio DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043159961

TELEFONO: 3001428992 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

11/04

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

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

TELEFONO: [illegible] 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

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

11°04

ALCALDÍA DE SOLEDAD

85

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044[illegible]

TELEFONO: 3244[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?	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

7

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

11:04

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043[illegible]

TELEFONO: 3-0132 13[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?	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?		
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?		

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

11-04

37

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Michaell Serje DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044638652

TELEFONO: 3004456036 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 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

9

11-04

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

88

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1139439973

TELEFONO: 3018716614 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

11204

89

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Camilo mendoza *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1046704299

TELEFONO: 3015422704 *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

11-04

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

90

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Angel Luna Mejia DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044[illegible]

TELEFONO: 3117378609 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 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

12

11304

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Ian Luna *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1043593896

TELEFONO: 3223042140 *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

13

11-04

92

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel Isaiah Lucero Abola *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1042141990

TELEFONO: 3242834129 *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

14

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Adrián Muñoz *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1128 169 425

TELEFONO: 320 7335843 *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?	√	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?	√	
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?		X
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?	√	
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?		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

11-04

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

94

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Génesis Atuesta DOCUMENTO IDENTIDAD: 1048074206

TELEFONO: 3001899124 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

16

11-04

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jennifer Andrea Amador Gonzalez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130242636

TELEFONO: 3128092169 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

17

1104

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

96

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Maylin Arleño N. *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1139431632

TELEFONO: 3007615003 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* ○

Salud Total

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

18

11°04

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA de SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daiva Jose Rodriguez H. *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1126120523

TELEFONO: 3242402446 *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?	✓	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	✓	
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?	✓	
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?		X
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?	✓	
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

19

11:09

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Stella Pascual Cuesta P. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130271425

TELEFONO: 3014899104 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

11-04

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Mariana Ortiz *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1047644124

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?		✓
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 1104 ALCALDÍA SOLEDAD 100

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Abril Andrea Palacio Rios DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143434901

TELEFONO: 3218733726 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

11-024

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

101

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Gregory ojeda *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1042460246

TELEFONO: 3233462893 *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

23

11°04

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

102

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1043[illegible]674

TELEFONO: 3233041693

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

24

11-04-0

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

103

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria S Padilla M DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130672168

TELEFONO: 3245416706 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 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