Hospital
Materno Infantil

ITEM : 18

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

CONTINUACION

ALCALDÍA de SOLEDAD

7

Hospital
Materno Infantil

I.E. NOBEL JUAN MANUEL SANTOS

CONTINUACION

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital
Materno Infantil

GRUPO No 12

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	WALESKA WILCHES GONZALEZ
ENTORNO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E. Nobel Juan Manuel Santos
SESION DE LA ACTIVIDAD	Taller Campo

Año	Mes	Dia
2026	Abril	24

Nº	DATOS DE IDENTIFICACION			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACION EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACION						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	F	M	DIRECCION	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	EPS	INDIGENA	AFRO	DESPLAZADO	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACITADO	LGBTIQ+	
1	Crissmar Almanza	1151481919	16	X		Nobel Juan Manuel Santos	3215423125		X		Coosalud							Crissmal
2	Miguel Alvarez	1043613863	15		X	Nobel juan Manuel Santos	3108992092		X		Mutual ser							Miguel Alvarez-R
3	Jesus Amin Altamar	1130273164	15		X	Nobel Juan Manuel Santos	3004893314		X		Mutual ser							Jesus Amin
4	Juan Anchila Aragon	1043152437	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3011939891		X		Nueva eps							Juan Anchila
5	Samuel Angel Gil	1041089170	15		X	Nobel juan manuel Santos	3016750201		X		Nueva Eps							Samuel Angel
6	Zharick Alexis Mercado	1043140095	18	X		Nobel juan manuel Santos			X		Mutual ser					X		Zharick Alexis
7	Valentino Bastidas	1044636437	16		X	Nobel Juan Manuel Santos			X		Sanitas							Valentino Bastidas
8	Valentina Borja G.	1043163277	15	X		Nobel juan manuel Santos	3027104618		X		Nueva Eps							Valentina Borja
9	Hillary Caballero	1043685699	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3008941430		X		Mutual ser							Hillary caballero
10	Aeyleen Caballero	1143137664	15	X		Nobel juan Manuel Santos	3044991418		X		Mutual ser							Aeyleen caballero
11	Daniel Conrado	1043165705	14		X	Nobel juan Manuel Santos	3207851162		X		Proteger							Daniel conrado
12	Adenis Coronado	1043151613	17	X		Nobel juan Manuel Santos	3013924931		X		Salud total							Adenis Coronado
13	Daniela del toro	1043166157	14	X		Nobel juan Manuel Santos	3011083065		X		Salud total							Daniela del toro
14	Sheidi Fontalvo	1043154553	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3015826033	X			Sura							Sheidy fontalvo
15	Edwin Frias Castillo	1042858732	15		X	Nobel juan manuel Santos	3028644655		X		Nueva Eps							Edwin Frias
16	Yumalaith Garay	1043156589	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3244935422		X		Coosalud							Yumalaith G
17	Natalia Gomez	1043165060	15	X		Nobel juan Manuel Santos	3146350305		X		Proteger							Natalia Gomez
18	Leiver Haidar	1043165142	15		X	Nobel juan Manuel Santos	3015823489	X			Sura							Leiver haidar
19	Zuley Hernandez	1043163805	15	X		Nobel juan manuel santos	3015482224		X		Coosalud							Zuley Hernandez
20	Romel Marcano	1042979445	15		X	Nobel juan Manuel Santos	3224995190		X		Coosalud							Romel marcano

ACTIVIDAD: Desarrollar la estrategia Saramente 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.

Modificar o rectificar sus datos personales en el presente formulario, usted autoriza a la E.S.E. Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de solicitarle el historial de registro y conducta del evento de presente la información. 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 quejas ante la SIC por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	WALESKA WELCHES GONZALEZ
ENTORNO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E. Nobel Juan Manuel Santos
SESION DE LA ACTIVIDAD	

Año	Mes	Día
2026	Abril	24

No.	DATOS DE IDENTIFICACION			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACION EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACION						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	F	M	DIRECCION	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO AFILIADO	EPS	INDIGENA	ROM	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACITADO	LGBTIQ+		
1	Emmanuel Osorio	1044637882	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3017994102	X			Sura							Emmanuel Osorio
2	Luis Olivino Mena	1043162339	13		X	Nobel Juan Manuel Santos	3242293181		X		Nueva EPS							Luis Olivino
3	Julio Paredes	1042459454	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3004349698		X		Coosalud							Julio Paredes.
4	Luz Neivis Perez	1138025763	16	X		Nobel Juan Manuel Santos	3016545814		X		Salud total							Luz Neivis Perez
5	Camila Quiroga	1044647320	13	X		Nobel Juan Manuel Santos	3015445090		X		Proteger							Camila Quiroga.
6	Mariangel Rivera	1045767807	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3242293181		X		Coosalud							Mariangel Rivera
7	Santiago Rocha	1044637098	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3135438886		X		Proteger							Santiago Rocha
8	Yessid Suarez	1143253748	13		X	Nobel Juan Manuel Santos	3009759584	X			Salud total							Yesid Suarez C.
9	Nikol Zabaleta	1193443122	14	X		Nobel Juan Manuel Santos	3028672248		X		Nueva EPS							Nikol Zabaleta
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 E.S.E. 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 presencia 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 quejas ante la SIC por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

ALCALDÍA SOLEDAD

Dirección: Carrera 60 53 00 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: +57 6025552811 Info@hmaternoinfantil.gov.co
www.maternoinfantil.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

1001

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

1 6

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Gissmar Almanza *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1154881919

TELEFONO: 3215425125 *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?	✓	
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?	✓	
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?	✓	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	✓	
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 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

6

10=01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

2

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Miguel Alexander Alvarez Romero *DOCUMENTOIDENTIDAD:* ~~10~~ 01

TELEFONO: 310 899 20 82 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Miguel Alexander Alvarez Romero

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicios las debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

7

10:01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

3

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jesús Amor *DOCUMENTOIDENTIDAD:* _____

TELEFONO: 3004893314 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Jesús Manuel Amor Altamar

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

8

1001

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

4

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan José Anchila *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1043157437

TELEFONO: 3017139891 *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

9

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10-1

NOMBRES Y APELLIDOS: Samuel Angel | DOCUMENTOIDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3046750207 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?		X
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?	X	
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Samuel Angel

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

10:01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

6

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: ZHARICK YOLIETH DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3015152843 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?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	√	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	√	
9	¿Se siente triste?	√	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	√	
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?	√	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	√	
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?	√	
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?		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

SECRETARIA DE SALUD

11

1007

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

7

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Valentino Bastardo DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3022606674 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	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

1007 8

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Valentina Borjo *DOCUMENTOIDENTIDAD:* _____

TELEFONO: 3027104678 *REGIMEN: Subsidiado* ● *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?	X	
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?		X
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Valentina Borjo.

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

13

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

1001 9

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Hillary Caballero **DOCUMENTOIDENTIDAD:** 1043685699

TELEFONO: 3006941070 ***REGIMEN: Subsidiado*** (X) ***Contributivo*** ( )

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?	X	
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Hillary Caballero Montes

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños.y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

14

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Aeyleen caballero *DOCUMENTOIDENTIDAD:* 1143136664

TELEFONO: 3044994428 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?		X
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?		X
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?	X	
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?	X	
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?	X	
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?	X	
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?		X
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Aeyleen sanfelix caballero

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel Conrado deaila *DOCUMENTOIDENTIDAD:* 1043165705

TELEFONO: 3201851162 *REGIMEN: Subsidiado* ● *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	✓	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	✓	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	✓	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Daniel de jesus Conrado deaila

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Adenys Coronado DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043151613

TELEFONO: 3013924931 REGIMEN: Subsidiado Contributivo X

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

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?	X	
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o 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 permitira que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniela del toro *DOCUMENTOIDENTIDAD:* 1043166157

TELEFONO: 3011083065 *REGIMEN: Subsidiado* X *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?		X
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?	X	
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?		X
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Daniela del toro

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

10-01

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

14

NOMBRES Y APELLIDOS: Shardy fontalvo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1093154553

TELEFONO: 3015826033 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

19

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Eduardo Arias *DOCUMENTOIDENTIDAD:* 1047[illegible]873

TELEFONO: 3028644655 *REGIMEN: Subsidiado* (X) *Contributivo* ( )

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?		X
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?	X	
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?	X	
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Eduardo Antonio Arias Cuello

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO 106°

ALCALDÍA | SOLEDAD

16

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL
ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: yomaldith garcia DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043156589

TELEFONO: 3244935422 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?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
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?)		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?	✓	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	✓	
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?		X
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?		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 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

SECRETARIA DE SALUD

21

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

17

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Natalia vanessa gomez Bottorquez *DOCUMENTOIDENTIDAD:* 1043165060

TELEFONO: 3146750305 *REGIMEN: Subsidiado* ● *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?		X
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?	X	
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?	X	
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?		X
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Natalia gomez Bottorquez

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

22

101 18

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Leiver Haidor *DOCUMENTOIDENTIDAD:* 1043165142

TELEFONO: 3016823589 *REGIMEN: Subsidiado* ● *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los serviciosIas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Zujey Hernandez *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1043163805

TELEFONO: 301 548 2224 *REGIMEN: Subsidiado* ● *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?		X
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?	X	
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?	X	
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?	X	
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?	X	
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Zujey Hernandez.

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puedo ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhonal mercado

DOCUMENTOIDENTIDAD: 1042979495

TELEFONO: 3224995190

REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ●

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?		X
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caido sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?	X	
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?		X
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Jhonal mercado

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños.y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

29 hojas

1001

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

21

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Emanuel osorio DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044637882

TELEFONO: 3017894102 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

SECRETARIA DE SALUD

26

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis ospino *DOCUMENTOIDENTIDAD:* _____

TELEFONO: 3242293137 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?		X
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?	X	
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?	X	
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

LUIS SANTIAGO OSPINO Luis Ospino

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

10-01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

23

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Lorio Poxcedes DOCUMENTO IDENTIDAD: 1042459454

TELEFONO: 3004249638 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 permitira que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

8

10-01

Salud

GOBERNACION DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

29

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL
ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Ivis Nelis [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1138075763

TELEFONO: 3016345879 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

28

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA DE SOLEDAD

25

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Camila Quiroga Orozco *DOCUMENTOIDENTIDAD:* 1044647320

TELEFONO: 3015445090 *REGIMEN: Subsidiado* ● *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Camila Andrea Quiroga Orozco

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicios las debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

26

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Marangel Rivera *DOCUMENTOIDENTIDAD:* 1045 767 807

TELEFONO: 301 290 7949 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* ⊗

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Marangel de Jesus Rivera Perez

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños.y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

27

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Lacha DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043637018

TELEFONO: 3113543886 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

31

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yesid Suarez *DOCUMENTOIDENTIDAD:* 1.143.253.718

TELEFONO: 300 175 95 84 *REGIMEN: Subsidiado* ○ *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?		X
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?		X
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Yesid

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños.y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Nikol zabaleta *DOCUMENTOIDENTIDAD:* 1143443722

TELEFONO: 3028672248 *REGIMEN: Subsidiado* ● *Contributivo* ○

EL RQC (cuestionario de Reposte para niños)

ITEM	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
		SI	NO
1	¿El lenguaje del niño (a) es anormal en alguna forma? ¡Sientes que puedes comunicarte con facilidad?	X	
2	¿El niño (a) duerme mal? ¿Duermes bien, sientes que descansas durante el sueño?	X	
3	¿Ha tenido el niño (a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? ¿Alguna vez a tenido convulsiones o te has caído sin ningún motivo?		X
4	¿Sufre el niño (a) dolores de Cabeza Frecuente? ¿Sufres de dolores de cabeza frecuentes?		X
5	¿El niño (a) ha huido de la casa frecuentemente? ¿Has salido de tu casa sin permiso de tus padres frecuentemente?		X
6	¿El niño (a) ha robado cosas de la casa? ¿Has tomado sin permiso objetos de tu casa?		X
7	¿El niño (a) se asusta o se pone nervioso sin razón? ¿Te sientes nervioso o te asustas con facilidad?	X	
8	¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños y niñas de su misma edad? ¿sientes que se te dificulta el aprendizaje mas que a tus compañeros de clases?		X
9	¿El niño (a) casi nunca juega con otros niños (as)? ¿socializas, juegas con tus compañeros de clases con facilidad o prefieres estar solo?	X	
10	¿El niño (a) se orina o defeca en su ropa? ¿Orinas o defecas sin poderlo controlar?		X

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

Nombre y firma de quien contesta el tamizaje:

Nikol Andrea Zabaleta mercado

Observaciones: Para su aplicación se debe contar con la aprobación de los padres de familia Este instrumento se focaliza en la detección de problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años.

Las preguntas del instrumento vienen diseñadas de tal forma que puedan ser realizadas al padre o tutor del niño (a), por lo cual el profesional de los servicioslas debe adaptarlo para hacerlas a los niños y adolescentes directamente.

La presencia de sólo una respuesta afirmativa, es indicativo de la presencia de un problema de salud mental, lo cual requiere que se haga la comparación contra los criterios diagnósticos del CIE10, con miras a tener más claridad del problema que presentael usuario.

Hospital
Materno Infantil

GRUPO No 13

34

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA: CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE: WALESKA WILCHES GONZALEZ
ENTORNO: EDUCATIVO
LUGAR: I.E Nobel Juan Manuel Santos Nilda Campo
VEREDA DE LA ACTIVIDAD:

AÑO: 2024 MES: ABRIL DÍA: 24

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO: F	SEXO: M	UBICACIÓN: DIRECCIÓN	UBICACIÓN: TELÉFONO	AFILIACIÓN EN SALUD: CONTRIBUTIVO	AFILIACIÓN EN SALUD: SUBSIDIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: NO AFILIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: EPS	PERTENECE A LA POBLACIÓN: INDÍGENA	PERTENECE A LA POBLACIÓN: AFRO	PERTENECE A LA POBLACIÓN: VICTIMAS DEL CONFLICTO	PERTENECE A LA POBLACIÓN: DISCAPACITADO	PERTENECE A LA POBLACIÓN: VÍCTIMA	FIRMA
1	Keystin Ayala	1043161261	15	X		Nobel juan manuel S	3130380659		X		Coosalud						Keystin ayala
2	Helen Berthan	1043157673	15	X		Nobel juan Manuel Santos	3002930827		X		Nueva eps						Helen Berthan
3	Meralis Bgato	1143432780	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3242910139		X		Sanitas						Meralys Bustillo
4	Eliany Cantillo	Pt: 5132062	17	X		Nobel juan Manuel Santos	3043582004		X		Nueva eps		X				Eliany
5	Alex De la Rosa	1158463771	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3126099401		X		Salud total						ALEX DE LA ROSA
6	Luis De Leon	1043162304	15		X	Nobel juan Manuel Santos	3236665176	X			Sura						Luis de León
7	Oriana García	1044645197	14	X		Nobel juan Manuel santos	3246019738		X		Nueva eps						Oriana García
8	Luis David Covette	1044636001	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3042969893	X			Salud total						Luis David Covette
9	Sergio Mejia Anaya	1043163096	15		X	Nobel juan Manuel Santos	3042476412		X		Proteger						Sergio Mejia Anaya
10	Elizabeth Miranda	1079886190	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3244911266		X		Proteger						elizabeth miranda.
11	Maria Mora Luna	1130273298	15	X		Nobel juan Manuel santos	3015669010	X			Salud total						Maria Mora.
12	Milagro Moreno	1043155045	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3006878926	X			Salud total						Milagro moreno
13	Maria Moreno	1018248809	15	X		Nobel juan Manuel santos	3052789044	X			Sura						
14	Zander Medina	1043700222	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3044095680		X		Nueva eps						Zander Medina
15	Maydonival Nieto	1130273068	15	X		Nobel juan Manuel Santos	3046811498		X		Proteger						maydonival.
16	Mikol Nieto Mendez		16	X		Nobel juan Manuel santos	3244623917			X								Nieto
17	Juan orozco Ledesma	1043159060	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3246457498		X		familiar de colombia						
18	Jesy ortega Perez	1043158514	16		X	Nobel juan Manuel santos	3208869899		X		Coosalud						Jesy Ortega
19	Danilo Patron	1047050637	14		X	Nobel juan Manuel Santos	3239839064		X		Coosalud						Danilo Patron
20	Anderson Pinzon	1044642261	14		X	Nobel juan Manuel Santos	3126302004	X			Sura						Anderson PINZON

ACTIVIDAD: Desarrollar la estrategia Sanamento 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 formulario usted autoriza a la E.S.E. Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el control de registro a asistencia de carácter institucional. Como titular de la 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 quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria (581 de 2012), revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

2

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	WALESKA WILCHES GONZALEZ
ENTORNO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E. Nobel Juan Manuel Santos Rudy Castro
FECHA DE LA ACTIVIDAD	Año 2026 Mes ABRIL Día 24

NP	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN AL SGSSS				PERTENECE A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO AFILIADO	EPS	INDIGENA	AFRO	VENEZOLANO	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACITADO	LGBTIQA+	
1	Genesis Ponce	1139432089	16	X		Nobel Juan Manuel santos	3013287154	X			Nuevaeps							Genesis Ponce
2	Dalila Quintero	1082964504	15	X		Nobel Juan Manuel santos	3008452244	X			Salud total							Dalila Quintero
3	Reinaldo Rodriguez	1044168869	20		X	Nobel Juan Manuel santos	3138694943	X			Salud total					X		Reinaldo Rodriguez
4	Jael Vergara	1130274006	14	X		Nobel Juan Manuel santos	3127920354		X		Nuevaeps							Jael Vergara
5	Carelys Zambrano	PT: 4973306	13	X		Nobel Juan Manuel santos	3007554168		X		Nuevaeps			X				Carelys Z.
6	Samuel Machado	1082374052	15		X	Nobel Juan Manuel santos	3003127714		X		Coosalud							Samuel Machado
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.

Autorizo el registro de mis datos personales en el presente formulario. 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 documental de presente actuacional. 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 quejas ante la SIC por infracción a la ley estatutaria (1581 de 2012), revocar la autorización y/o solicitar la suspensión de sus datos en los casos en que esto proceda y acceder en forma gratuita a los mismos.

ALCALDÍA SOLEDAD

Dirección: Carrera 46 N° 39-00 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: +57 3004350811 - info@hmisoledad.gov.co
www.hmisoledad.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

2

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

10-02 1

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043761251

TELEFONO: 3136390581 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 caidas 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

37

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

10-022

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Adlen Bentham. DOCUMENTO IDENTIDAD: 7043957673

TELEFONO: 3002935837 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ●

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

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

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

3

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Meraly Bayata DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143432786

TELEFONO: 3242910139 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

39

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10-02-4

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Eliany Cantillo DOCUMENTO IDENTIDAD: #5132062

TELEFONO: 3043583009 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

40

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10°2

5

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: AILEY DE LA ROSA *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1140863771

TELEFONO: 3126099401 *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

41

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis eduardo de leon de la hoz DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.043.162.304

TELEFONO: 3236665176 REGIMEN: Subsidiado ● Contributivo ○

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

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

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10°02 7

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Garcia Bravo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044695897

TELEFONO: 3246019738 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

43

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

1002

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis David Goette V. *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1044636001

TELEFONO: 3042969893 *REGIMEN: Subsidiado* ☑ *Contributivo* ☐

8

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?	✓	
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?	✓	
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

44

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

9

NOMBRES Y APELLIDOS: Sergio mejia 1042 DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043150396

TELEFONO: 3042976412 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

45

10-02

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10

NOMBRES Y APELLIDOS: Elizabeth Miranda DOCUMENTO IDENTIDAD: 1079886790

TELEFONO: 3244947266 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

46

10-02

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

11

NOMBRES Y APELLIDOS: Yasira Hoya DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130273298

TELEFONO: 301 8669010 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

47

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10_02

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

12

NOMBRES Y APELLIDOS: Hilaja Molina DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043155045

TELEFONO: 3006687926 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

48

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA · SOLEDAD

10=02

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

13

NOMBRES Y APELLIDOS: María Fernanda Navarro DOCUMENTO IDENTIDAD: 1018248809

TELEFONO: 3052784044 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?		X
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?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	✓	
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?	✓	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	✓	
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	✓	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	✓	
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?		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?	✓	
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
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

49

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

10°02

14

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: zander medina DOCUMENTO IDENTIDAD: 1104870022

TELEFONO: 3014895688 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

50

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

1002 15

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130273068

TELEFONO: 3016814498 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

57

1-02

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

16

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: NIKOL NIETO DOCUMENTO IDENTIDAD: N.E.S

TELEFONO: 3244623917 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 caidas 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

52

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10-02

17

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Geiner Luis Ospino Ledesma DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043159060

TELEFONO: 3246454798 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

54

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

1002

18

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: JESUS ORTEGA DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043858514

TELEFONO: 3205869891 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 caidas 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

55

10-02

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

19

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Danis [illegible] *DOCUMENTO IDENTIDAD:* _____

TELEFONO: 3239839064 *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 caidas 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

40

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10-02

20

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Anderson Pinzon DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044642261

TELEFONO: 3126302004 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

57

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

21

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Genesis Perez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130432059

TELEFONO: 3011287154 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ✓

10°2

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 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

58

10-02

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

22

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dalia Ortega herrera DOCUMENTO IDENTIDAD: 1082964904

TELEFONO: 3008462244 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?		X
3	¿Duerme mal?	√	
4	¿Se asusta con facilidad?	√	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	√	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?	√	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	√	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	√	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	√	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	√	
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?		X
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?		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

59

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

23

Curso: 10:02

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Bernardo Rodrigo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044676869

TELEFONO: 3136894943 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 caidas 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

60

10-02

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

24

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Joel Adriana Vargas M. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130274006

TELEFONO: 3127920354 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

61

10-02

25

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmelys Zambrano DOCUMENTO IDENTIDAD: 49733306

TELEFONO: 3007554168 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

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10°02 26

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Samuel David Duran M DOCUMENTO IDENTIDAD: 1082344062

TELEFONO: 3003727474 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

63

Hospital
Materno Infantil

GRUPO No 14

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	VALENCIA WILCHES GONZALEZ
ENTORNO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E Nobel Juan Manuel Santos
TEMA DE LA ACTIVIDAD	Willy Campo.

AÑO	MES	DÍA
2026	ABRIL	27

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENENCIA A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO AFILIADO	EPS	INDÍGENA	AFRO	RROM	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACITADO	GESTANTE	
1	Nataly ACosta	1043166960	14	x		Nobel juan Manuelsantos	3019808238		X		Proteger							NATALY
2	Rocio Arco Robles	1044635460	16	x		Nobel juan Manuel Santos	3011606053	X			Nueva Eps							Rocio Arco
3	Tatiana Alencia	1044637900	16	V		Nobel juan Manuel Santos	3244995898		X		Proteger							Tatiana Alencia
4	Yeferson Ayala	1043162309	15		X	Nobel juan Manuel Santos	3207484173		X		Proteger							Yeferson Ayala
5	Sharick Ballesteros	1130277221	16	x		Nobel juan Manuel Santos	3440290558		X		Mutual ser							Sharick B.
6	Carlos Barrios	1043164009	15		x	Nobel juan Manuel Santos	3114064328	X			Sura							Carlos Barrios
7	Leider Castillo	1043165934	15		x	Nobel juan Manuel Santos	3238828051		X		Mutual ser							Leider Castillo
8	Stefania Cortes	1082480118	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3022275403		X		Salud total							Stefania Cortes
9	tatiana Jeria	1069388838	15	x		Nobel juan Manuel Santos	3112779 53		X		Mutual ser							Tatiana Jeria
10	Jesid Gutierrez	1043162040	15		x	Nobel juan Manuel Santos	3136161216		X		Proteger							Jesid Gutierrez
11	Elianis Miranda	1080543289	15	x		Nobel juan Manuel Santos	3122458766			X								Elianis Miranda
12	daniela orozco	1143376605	16	x		Nobel juan Manuelsantos	3004897611		X		proteger							Daniela Orozco
13	Daielys paredes	02 - 20 - 2008	17	x		Nobel juan manuel Santos	3016452830			X								Daielys Paredes
14	Maylin Mendez	1043162614	15	x		Nobel juan Manuel Santos	3244468326		X		Nueva eps							Maylin Mendez
15	Julieth Pacheco	CC 1043144876	18	x		Nobel juan Manuel Santos	3042992044		X		Sura							Julieth Pacheco
16	Jhoana Pacheco	1043155973	16	x		Nobel juan manuel santos	3046138717		X		famisanar							Jhoana Pacheco
17	Daniel Perton Carpio	1047050636	14		x	Nobel juan Manuel Santos	3022642550		X		Mutual ser							Daniel Perton
18	Natalia Romero	1049564435	15	x		Nobel juan Manuel Santos	3332360139		X		Mutual ser							Natalia Romero.
19	Samuel Palma	1047059154	16		x	Nobel juan Manuel Santos	3006976762	X			fondo pasivo social							Samuel Palma.
20	NEVIS Padilla	1043156739	16	x		Nobel juan Manuel Santos	3012350180		X		Salud total							nevis Padilla

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 presencia 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 sus datos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA: CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE: WALESKA WILCHES GONZALEZ
ENTORNO: EDUCATIVO
LUGAR: I.E Nobel Juan Manuel Santos
VEREDA DE LA ACTIVIDAD: Villa Campo

AÑO: 2026 | MES: ABRIL | DÍA: 27

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN DE SALUD				PERTENECE A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	EPS	INDIGENA	RAIZAL	DESPLAZADO	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACITADO	GESTANTE	
1	Jhon Pacheco	1043135972	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3002740633		X		Familiasar							Jhon Pacheco.
2	Bianca Ulacia	1126252033	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3016837928		X		Cosalud							Bianca Ulacia
3	Angelys Rocha	1043160228	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3014190129		X		Salud Total							Angelys Rocha
4	Reyby Marrugo	32980171	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3234804148			X								Reyby Marrugo
5	Yureiny Solar	RT: 5461383	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3023021590			X				X				Yureiny S.
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.

Diligenciando el registro de sus datos personales en el presente formato usted autoriza a la E.S.E. Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de sistematizar el proceso 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 les ha dado a los mismos, para presentar queja ante la SIC por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10°03.

1

NOMBRES Y APELLIDOS: NAIALY-NAILETH-ACOSTA-MO DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043766960

TELEFONO: 3019808238- REGIMEN: Subsidiado ✓ Contributivo X

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

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		✓
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

67

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

2

NOMBRES Y APELLIDOS: Rocio michell Arco Rodr DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044635460 10-03

TELEFONO: 3011606053 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 permitira que se realicen actividades requeridas para una oportuna atencion

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA · SOLEDAD

10-03

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

3

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044 628900

TELEFONO: 3214995818 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 caidas 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

69

-1003

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

4

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeferson Ayala DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043162309

TELEFONO: 3207484773 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ●

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

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		NO
2	¿Tiene mal apetito?		NO
3	¿Duerme mal?		NO
4	¿Se asusta con facilidad?		NO
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

20

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

5

Grado = 10°03 NOMBRES Y APELLIDOS: Sharick Ballesteros DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130271221

TELEFONO: 3044290558 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

10003

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

6.

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Bonios DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043164009

TELEFONO: 3114064328 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

72

10-3

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Cindy Castillo DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3238875851 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 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

23

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

10:03

8

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1082480418

TELEFONO: 3022275403 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?	✓	
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?		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?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	✓	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	X	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

24

10-03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

9

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Tatiana Feria DOCUMENTO IDENTIDAD: 1069488838

TELEFONO: 3114277953 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?	✓	
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?	✓	
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?	✓	
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

SECRETARIA DE SALUD

75

10-3

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

10

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: José Cabrera DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043162040

TELEFONO: 3136161216 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

76

10:03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

11

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Elaris miranda DOCUMENTO IDENTIDAD: 1080543289

TELEFONO: 3122458760 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 pèrdida 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

77

10-03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

12

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniela otazo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143376605

TELEFONO: 3004897644 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

70

10-03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

13

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daidys Paredes DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3012645280 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

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

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	✓	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	✓	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	✓	
7	¿Sufre de mala digestión?	✓	
8	¿No puede pensar con claridad?	✓	
9	¿Se siente triste?	✓	
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?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	✓	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	✓	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden 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

29

10-03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

19

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Meylin Mejia *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1.043.162.617

TELEFONO: 3244468526 *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 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

80

1003

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

15

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Gilma Bodon DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043144876

TELEFONO: 3042992044 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

91

10:03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

16

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhoana Pacheco DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043155943

TELEFONO: 3046138711 10:03 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

SECRETARIA DE SALUD

82

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

17

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

1003

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel Patron DOCUMENTO IDENTIDAD: 7.047.050.636

TELEFONO: 3022642550 REGIMEN: Subsidiado X 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 permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

83

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

1003 18

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Natalia Romero *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1049565935

TELEFONO: 3332360139 *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

04

10:03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

19

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Samuel Palmo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.047.059.164

TELEFONO: 3006947672 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

05

10°03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

20

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Nelis Padilla M DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043 156739

TELEFONO: 3139140502 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 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

86

7003

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

21

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhon Pacheco DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043155972

TELEFONO: 3002744633 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

87

10-03

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Blanca Olaciа DOCUMENTO IDENTIDAD: 1126252033

TELEFONO: 3016837928 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

1003

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

23

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Ruselyss Rocha Ariza DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043160228

TELEFONO: 3244190129 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 atencion

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

89

10°-03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

24

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Rayby Xavier Marrero Silva DOCUMENTO IDENTIDAD: PPT 7970835

TELEFONO: 32 988 171 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo X

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

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

20

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

25

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yoreina Salas DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3023021590 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 preguntas con veracidad y responsabilidad, esto permitirá que se realicen actividades requeridas para una oportuna atención

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

91

Hospital
Materno Infantil

GRUPO No 15

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital Materno Infantil

ESE - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA AREA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ALCALDÍA DE SOLEDAD

PROGRAMA: CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

RESPONSABLE: WALESKA WALKES GOFFARGE

CONTENIDO: EDUCATIVO

LUGAR: I.E. Nobel Juan Manuel Santos Nilky Campo.

FECHA DE LA ACTIVIDAD: 100% Abril 23.

No.	DATOS DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO: F	SEXO: M	UBICACIÓN: DIRECCIÓN	UBICACIÓN: TELEFONO	AFILIACIÓN SGSSS: CONTRIBUTIVO	AFILIACIÓN SGSSS: SUBSIDIADO	AFILIACIÓN SGSSS: NO AFILIADO	AFILIACIÓN SGSSS: EPS	PERTENENCIA ETNICA: AFROCOLOMBIANO	PERTENENCIA ETNICA: NINGUNA	PERTENENCIA ETNICA: INDIGENA	PERTENENCIA ETNICA: ROM	PERTENENCIA ETNICA: RAIZAL	PERTENENCIA ETNICA: PALENQUERO	FIRMA
1.	Aimeth Torres	1043162554	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3225834382			X								Aimeth Torres
2.	Johanna Romero	1143134599	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3003442654			X								Johanna Romero
3.	Emanuel Rivera	1080542094	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3016263695	X			Coosalud							Emanuel Rivera
4.	Keiner Peinado	1143249454	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3013313080	X			Famisanar							Keiner Peinado
5.	Jesus Pajaro	1043165406	15		X	Nobel Juan Manuel Santos	3128720505	X			Coosalud							Jesus Pajaro
6.	Sheryth Barros	1079886034	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3245262403	X			Coosalud							Sheryth Barros
7.	Sebastian Florez	1152434459	15		X	Nobel Juan Manuel Santos	3046347561		X									Sebastian Florez
8.	Juan Mier	1048073190	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3147204719	X			Nueva EPS							Juan Mier
9.	Jair Rivera	1043612086	15		X	Nobel Juan Manuel Santos	3006269543		X									Jair Rivera
10.	Richard Gutierrez	1052982510	15		X	Nobel Juan Manuel Santos	3007916401	X			Salud total							Richard Gutierrez
11.	Jader Betancourt	1048286566	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3225900953	X			coosalud							Jader Betancourt
12.	Carlos Durango	1044693650	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3144885594	X			Salud total							Carlos Durango
13.	Jordan Guzman	1090542326	14		X	Nobel Juan Manuel Santos	3233920294	X			Coosalud							Jordan Guzman
14.	Santiago Hoyos	1042444759	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3015634079		X									Santiago Hoyos
15.	Guido Escudero	1043157265	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3028205816	X			Cajacopi							Guido Escudero
16.	Yhan Marin	1011381290	17	X		Nobel Juan Manuel Santos	3005754971	X			Nueva Eps							Yhan Marin
17.	Maria Villa	1044641648	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3142686484	X			Mutual Ser							Maria Villa
18.	Valeria Paredes	1044635677	16	X		Nobel Juan Manuel Santos	3016772152	X			Salud total							Valeria Paredes
19.	Stefania Rojas	1044640838	15	X		Nobel Juan Manuel Santos	3046749309	X			Nueva Eps							Stefania Rojas
20.	Enderson Pena	RC 6136818	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3233973088	X			MIS		X					Enderson 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, dirigida 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.

Hospital Materno Infantil

ALCALDÍA de SOLEDAD

PROGRAMA: CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE: WALESKA WILCHES GOYENECHE
ESCENARIO: EDUCATIVO
LUGAR: I.E. Nobel Juan Manuel Santos Nally Campo
ACTIVIDAD DE LA ACTIVIDAD

AÑO 2025 | MES Abril | DÍA 27

	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			EDAD		UBICACIÓN		VALORACIÓN DE SALUD				FACTORES DE VULNERABILIDAD						FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRES	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	INSTITUCIÓN	TELÉFONO	CONTAMINADO	LESIONADO	ENFERMO	OTRO	DESPLAZADO	ETNIA	DISCAPACIDAD	MIGRANTE	PERSONA EN CONDICIÓN DE CALLE	LGBTIQ+	
1	Mariangel Quevedo	pt. 7542774	17	X		Nobel Juan Manuel Santos	3215526945		X		Ninguno			X				Mariangel Quevedo
2	Julio Cassiany	1080013988	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3029540185		X		Ninguno							Julio Cassiany
3	Jose Rubio	pt. 6129118	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3042255973			X				X				Jose Rubio
4	Cristian Figueroa	1043694655	15		X	Nobel Juan Manuel Santos	3014741743	X			Salud total							Cristian Figueroa.
5	Alex Castro	1143136999	15		X	Nobel Juan Manuel Santos	3103502031		X		Ninguno							Alex Castro
6	Adrian Ardila	1016945944	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3008427359	X			Salud total							Adrian Ardila
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, dirigida 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.

Toda información contenida en este documento es de carácter confidencial y reservado, de uso exclusivo de la Alcaldía Municipal de Soledad y sus dependencias. Queda prohibida su divulgación, copia, distribución o cualquier uso no autorizado. Su tratamiento se realiza conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas que regulan el manejo de datos personales. Si usted no es el destinatario, le solicitamos eliminar este documento y notificar al remitente.

ALCALDÍA de SOLEDAD

Soledad, Atlántico, Carrera 21 # 18-109 Centro
Teléfono: (605) 3760000 Ext. 1000
www.soledad.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

24

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

104

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

1

NOMBRES Y APELLIDOS: Aimeth Torres DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043 162554

TELEFONO: 3225684382 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

95

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

104

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

2

NOMBRES Y APELLIDOS: JOHANNA ROMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143134599

TELEFONO: 3003492654 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 caidas 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

96

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

3

NOMBRES Y APELLIDOS: Emmanuel Rivera DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3016763605 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

97

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10-04

4

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Henry David Peinado DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143249454

TELEFONO: 3045313080 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

90

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD 1004

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

5

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043765926

TELEFONO: 3128730505 REGIMEN: Subsidiado ● Contributivo ○

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

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

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10-904

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

6.

NOMBRES Y APELLIDOS: Sharyth. Berros. A. DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3245262803. 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

100

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10:04 7.

NOMBRES Y APELLIDOS: sebastian flores 10:04 DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.152.934.459

TELEFONO: 304 634 7561 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

101

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10:04

8

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Mier Peña DOCUMENTO IDENTIDAD: 1048073190

TELEFONO: 3147204719 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

102

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

9

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10-04

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose pablo Pinero acosta DOCUMENTO IDENTIDAD: 1045611036

TELEFONO: 3006260403 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?		X
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?		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?	✓	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	✓	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		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

103

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Richard Gutiérrez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1052982610

TELEFONO: 3007916401 REGIMEN: Subsidiado ● Contributivo ○

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

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

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jaider betancourt DOCUMENTO IDENTIDAD: 1048286868

TELEFONO: 3225900993 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

10-04

12

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Yair Durango DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044633650

TELEFONO: 3244895594 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

106

10:04

13

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yordan Guzman DOCUMENTO IDENTIDAD: 1080542326

TELEFONO: 3233920294 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

107

7004

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

14

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Hoyos DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3015634079 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

108

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

1004 15

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: guido escobar angel DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043157865

TELEFONO: 3018205810 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

109

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

13-04-16

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yhan Marin DOCUMENTO IDENTIDAD: 1011139290

TELEFONO: 3005354925 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?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	✓	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	✓	
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	✓	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	✓	
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?	✓	
20	¿Se cansa con facilidad?		X
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?		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?	✓	
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?		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?		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

110

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

1004

17

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Maira Fernanda Vila *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1044 611 648

TELEFONO: 3242636984 *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 SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: valeria maria Paredes DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3016672951 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

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

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

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

19

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Estefania Rojas DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044640838

TELEFONO: 3046799308 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

13

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10 de 4

20

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Enderson Perez DOCUMENTO IDENTIDAD: 9136818

TELEFONO: 3233983088 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

174

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

10-4 21

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yaniyel Oviedo DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3215370945 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○

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

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

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

115

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA · SOLEDAD

22

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

10-04

NOMBRES Y APELLIDOS: Jubio cassiany DOCUMENTO IDENTIDAD: 1080013988

TELEFONO: 3025589085 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

116

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

10-4

23

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: José Alberto Vidal *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 6129118

TELEFONO: 3042559973 *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?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	√	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?	√	
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?		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?	√	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

17

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Sharon F. Fuentes DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043084655

TELEFONO: 3014741743 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?	NO	
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?	NO	
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	NO	
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	NO	

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

10 8 04

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

25

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143136899

TELEFONO: 3103502031 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

119

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Adriana Acosta DOCUMENTO IDENTIDAD: _____ 10:04

TELEFONO: 3008927359 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

GRUPO No 16

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMAS	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	WALESKA WILCHES GONZALEZ
DIRIGIDO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E: Nobel Juan Manuel Santos Nelly Campo
FECHA DE LA ACTIVIDAD	Año: 2026 Mes: ABRIL Día: 27

N°	DATOS DE IDENTIFICACION			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACION EN SALUD				PERTENENCIA A LA POBLACION						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	F	M	DIRECCION	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	EPS	INDIGENA	AFRO	VENEZOLANO	ACTIVIDAD CONFLICTO	DESPLAZADO	LGBTIQ+	
1	Luis Barros Martinez	1159213149	16	X		Nobel Juan Manuel Santos	3245879778		X		Salud total							Luis Barros
2	Jose Barros Muñoz	1079836343	15		X	Nobel juan Manuel Santos	3126804230		X		Proteger							Jose Barros
3	Juan Blandon Palmera	1139431464	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3225137507	X			Nueva Eps							Juan Blandon
4	Mauren Brochero	1048293196	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3042899937		X		Coosalud							Mauren Brochero
5	Silvia Cabrera Arrieta	1043151386	17	X		Nobel juan Manuel Santos	3001710611	X			Salud total							Silvia Juliana Cabrera
6	Kleiner Camargo	1043159170	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3122996431	X			Salud total							Kleiner Camargo
7	Juan Canchila	1043158894	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3012157948		X		Salud total							Juan Canchila
8	Dailyn Carcamo	1043159983	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3040775567			X								Dailyn Carcamo
9	Jesus Castrillo Rojas	1050842112	17		X	Nobel juan Manuel Santos	3177734305	X			Mutual ser							Jesus david castrillo
10	Jesus Casas Vargara	1044640226	15		X	Nobel juan Manuel Santos	3024657056		X		Salud total							Jesus Daniel Casas
11	Valentina Estrada G.	1043162762	15	X		Nobel juan Manuel Santos	3042044612		X		Mutual ser							Valentina Estrada Gerley
12	Juan Carlos Florez	1058321973	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3223935583		X		Mutual ser							Juan Carlos Florez
13	Andres Camilo Gomez	1043154379	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3044120079		X		Mutual ser							Andres camilo Gomez
14	Juliana Guzman	1080542147	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3204312702	X			Salud total							Juliana Guzmán
15	Juan Sebastian Martinez	1130269329	18		X	Nobel juan Manuel Santos	3012530380		X		Coosalud							Juan Sebastian M
16	Esly Medina santana	1043165432	15	X		Nobel juan Manuel Santos	3046762204	X			Salud total							Esly Medina. S
17	Scarleth Ortiz polo	1043154150	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3052863525		X		Mutual ser							~~Scarleth~~ Ortiz
18	Luis Alfonso Padilla Parra	1080542136	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3022162962		X		mutual ser							Luis Alfonso P.P
19	Keiner Reyes	1048661413	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3128154057		X		Mutual ser							Keiner Reyes
20	Gire Rivera Jimenez	1043152965	17	X		Nobel juan Manuel Santos	3145244252		X		Mutual ser							Gire Saray Rivera

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 E.S.E. Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el control de ingreso y, cuando así sucede de presentarse la intervención. Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales. Si no es propio de la autorización otorgada para su tratamiento, se informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, para presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la suspensión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMAS	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	WALESKA WILCHES GONZALEZ
ENTORNO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E Nobel Juan Manuel Santos Rudy campo
VIGENCIA DE LA ACTIVIDAD	

AÑO	MES	DÍA
2026	ABRIL	27

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENENCIA A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	EPS	INDÍGENA	RROM	AFRO	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	DESPLAZADO	DISCAPACITADO	
1	Kendy Rivera Santana	1080542902	16	X		Nobel Juan Manel santos	3234401020	X			Salud total							Kendy V. Rivera S.
2	Dianis Roquemeza	1044635254	16	X		Nobel Juan Manel santos	3028356578		X		Salud total							Dianis Roquemeza
3	Luis Roqueme Meza	1044635185	16		X	Nobel Juan Manel santos	3028356578		X		Salud total							Luis Roqueme
4	Leidys Salazar Paez	1140854116	15	X		Nobel Juan Manel santos	3004890913		X		Proteger							Leidys Paola Salazar
5	Sthelyn Torres Fontera	1043150754	17	X		Nobel Juan Manel santos	3042693627		X		Nuevo eps							Sthelyn Andre Torres
6	Deiban Andrea Venegas	1130271021	17	X		Nobel Juan Manel santos	3019033080		X		Salud total							Deiban Venegas
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 mis datos personales en el presente formato, autorizo a la E.S.E. Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de administrar el control de registro y evidencia del proceso de presencia institucional. Como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que le 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 supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

16 años

1

NOMBRES Y APELLIDOS: Ludis M. Bañas Martinez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1159213149

TELEFONO: 3145379773 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

124

1-01
dad: 25

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

2

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose manuel Barros DOCUMENTO IDENTIDAD: 1079886393

TELEFONO: 3726809250 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	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

125

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

16 03 03
3

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Jose Blanco *DOCUMENTO IDENTIDAD:* _____

TELEFONO: 312 5137507 *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

126

16 años

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

4

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Mayren brochero DOCUMENTO IDENTIDAD: 1048293196

TELEFONO: 3042988937 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

127

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Nº2 Edad: 17

5

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Silva Juliana Cabeza *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1043151386

TELEFONO: 3001710611

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

128

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

16

6

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Alexis camargo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043159170

TELEFONO: 3122996431 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

129

11-01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

16

7

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan David conchila DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3011518018 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

- no toma

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

130

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

16 AÑO 8

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dailyn Carcamo *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1043559183

TELEFONO: 3014925567 *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

131

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

17 9

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jesus David Cordero *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1050842112

TELEFONO: 3117734305 *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

132

15 años 71-01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

10

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jesus David C. *DOCUMENTO IDENTIDAD:* _____

TELEFONO: 3024 68 1055 *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

133

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

11
15 años
11°A

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

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

TELEFONO: 3043044642

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

134

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

16 12

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Cortes Flores DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 322 359 3523 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

15

Curso 2021-01 Grupo 16

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA DE SOLEDAD

13

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL
ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres Camilo Gomez de la Cruz DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043153719

TELEFONO: 3044120079 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

136

11:01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

14

16 años

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juliana Guzmán DOCUMENTO IDENTIDAD: 1080542144

TELEFONO: 3204312702 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

137

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Oscar Mateus Martinez DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 301 [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 ← Yo no tomo
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

11:01 15 anos

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA SOLEDAD 16

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Edy Medina . S DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043 165 437

TELEFONO: 304 676 22 04 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

89

16 -11-07

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

17

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Scarleth ortiz. DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 305 2853525 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

140

11-01 Edad: 16

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

18

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Alfonso Padilla Parra DOCUMENTO IDENTIDAD: 1080542736

TELEFONO: 3022762962 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

147

1101

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

19

16

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Reinex Reyes DOCUMENTO IDENTIDAD: 1148661413

TELEFONO: 3128154057 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

1/2

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Gise Saray Rivera DOCUMENTO IDENTIDAD: 1045752965 17 años

TELEFONO: 3145249252 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

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Kenda V. Rivas S DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 323 4409020 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo X

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

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	X	
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	X	
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	X	
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	X	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o 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 años
1150
22

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044625241

TELEFONO: 307 825 6528 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

145

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

16

23

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Roberto DOCUMENTO IDENTIDAD: 1001635125

TELEFONO: 3023556532 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

146

11-01

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

15 29

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidys Paola Sabba DOCUMENTO IDENTIDAD: 1140834116

TELEFONO: 3004390913 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?		X
4	¿Se asusta con facilidad?	✓	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	✓	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	✓	
11	¿Tiene dificultades para tomar decisiones?		X
12	¿Tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias?		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?	✓	
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?		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?	✓	
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

147

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Shellyn Andre torres DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043150764

TELEFONO: 3042693621 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

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Deilon Konegos DOCUMENTO IDENTIDAD: 1130271021

TELEFONO: 3019033080 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

GRUPO No 17

150

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA:	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE:	WALESKA WILCHES GONZALEZ
ENTORNO:	EDUCATIVO
LUGAR:	I.E Nobel Juan Manuel Santos Jelly Campo.
VEREDA DE LA ACTIVIDAD:	

Año: 2026 Mes: Abril Día: 27

N°	DATOS DE IDENTIFICACION			SEXO		UBICACION		AFILIACION EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACION						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	F	M	DIRECCION	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REGISTRA	EPS	PERSONA	PAREJA	HERMANO(A)	PERTENECE COMUNIDAD	ESCOLARIDAD	LGBTIQA+	
1	Laura Ortiz Caro	1043450633	17	X		Nobel juan Manuel santos	3043509282		X		Salud total							Laura Ortiz
2	Angelica Pacheco	1043154656	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3207198062		X		Nueva eps							Angelica Pacheco.
3	Sandith Davila	1052980806	15	X		Nobel juan manuel Santos	3205137025		X		coosalud							Sandith davila
4	Keith Gonzalez	1043136704	16		X	Nobel juan Manuel santos	3022554884	X			Sura							Keith Gonzalez
5	Sebastian torres	1143127195	17		X	Nobel juan Manuel santos			X		Salud total							Sebastian Torres
6	Cristian OROZCO	1044633984	16		X	Nobel juan manuel Santos	3011064264	X			Sanitas							Cristian Andres orozco ortiz
7	Sofia Polo Beltran	1043164244	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3243118419		X		Proteger							Sofia Polo B
8	Sofia Gutierrez M	1043153180	16	X		Nobel juan manuel santos	3106221562		X		Mutual ser							Sofia Gutierrez
9	Josue Romero	CC: 1048277689	19		X	Nobel juan Manuel Santos	3015433854		X		Proteger							Josue Romero Flores
10	Elerson Jimenez	1080342343	17		X	Nobel juan Manuel santos	3003877969		X		Nueva Eps							Elerson Jimenez
11	Sharick Polanco	1044634491	17	X		Nobel juan Manuel Santos	3126783226		X		Sura							Sharick Polanco
12	Yadis Magdaniel	1042261915	15	X		Nobel juan Manuel Santos	3004040933		X		Sura							Yadis Magdaniel
13	Yarling Castillo	1043156316	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3136675280		X		Salud total							Yarling Castillo
14	Manuela De la Rosa	1042439568	17	X		Nobel juan Manuel Santos	3004746420	X			Mutual ser							Manuela De la Rosa
15	Jilman Prieto	1143244110	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3148352614		X		Coosalud							Jilman Prieto
16	Yuliana Padilla	1083559041	16	X		Nobel juan Manuel Santos	3002184493		X		Mutualser							Yuliana Padilla S
17	Andres Colpas	1043149951	17		X	Nobel juan Manuel Santos	3024559179	X			Sura							Andres Colpas
18	Armando Reyes	1043161052	16		X	Nobel juan Manuel santos	3107973511	X			Salud total							Armando Reyes
19	Juan pablo Blanton	1139431468	16		X	Nobel juan Manuel Santos	3028268569	X			Nueva Eps							Juan Pablo Blanton
20	Cecil Iriarte Montes	1043152406	17	X		Nobel juan Manuel Santos	3046811498	X			Proteger							Cecil Iriarte

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 en el presente formato, usted acepta y la E.S.E. Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el cuidado de registro y evidencia del evento de promoción social. Tiene todos los derechos 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 quejas ante la SIC por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que esto procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

ALCALDÍA SOLEDAD

Dirección: Carrera 43 53-00 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: (+57 605) 3359333 info@maternosoledad.gov.co
www.maternosoledad.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

15

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	WALESKA WILCHES GONZALEZ
SISTEMA	EDUCATIVO
LUGAR	I.E Nobel Juan Manuel Santos
VEEDOR DE LA ACTIVIDAD	Nelly campo

AÑO	MES	DÍA
2024	ABRIL	27

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				MIEMBROS A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	EPS	DESPLAZADO	VICTIMA	VICTIMA CONFLICTO	DISCAPACIDAD	GESTANTE		
1	Alfonso Gratereol	PT-4610149	17		X	Nobel juan manuel santos	3146771442			X			X					Alfonso Gratereol
2	Taliana palacin	1046703484	18	X		Nobel juan manuel santos	3008117057		X		mutual ser							Taliana Palacin
3	Valentina Espino	1079886005	15	X		Nobel juan manuel santos	3137836948		X		Coosalud							Valentina Espino
4	Isaac Sanchez	1043676671	17		X	Nobel juan manuel santos	3013790238		X		Mutual ser							Isaac Sanchez
5																		
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.

Autorizo el registro de mis datos personales en el presente formato, serán usados a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad y la Secretaría de Salud para los fines propios de registro y evidencia del avance de proyectos institucional. Como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a mis mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que esto procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

152

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEL

17
11:02

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Ochz DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043460683

TELEFONO: 3243609282 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?		X
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?		X
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?		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?	✓	
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?		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

153

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

2

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Angelica Pacheco DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043454656

TELEFONO: 3207198062 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?	✓	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	✓	
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?	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

154

Edad: 15 11-02

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA SOLEDAD

3

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Davila DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3205737025 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

155

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Keith Jaraba DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3027556884 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

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

5

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Sebastian Torres *DOCUMENTO IDENTIDAD:* _____

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?	✓	
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?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	✓	
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?	✓	
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?	✓	
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	✓	
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

Años: 16 11°02

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

6

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044633984

TELEFONO: 3011064264 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

158

16 años

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

7

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Sofia Rdo B. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043164244

TELEFONO: 3243478419 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

159

11-02. 16 Año

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

8

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Sofia Gutierrez DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3106221562 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?		X
4	¿Se asusta con facilidad?	✓	
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?	✓	
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 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?		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

160

1102 Edad 19

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

9

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jasve Romero Torres *DOCUMENTO IDENTIDAD:* cd 1048 277 689

TELEFONO: 304 543 36 84 *REGIMEN: Subsidiado* ● *Contributivo* ○

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

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

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

1/1

edad: 17

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

10

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Gleson Jimenez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.080.542-393

TELEFONO: 3003827969 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

167

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

11

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

17

NOMBRES Y APELLIDOS: Shanick Robinson DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.044634491

TELEFONO: 3176283226 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 caidas 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

163

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

II-2 sdod:15

12

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Judith Mozo Ariel DOCUMENTO IDENTIDAD: 1042 267975

TELEFONO: 3009086953 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

164

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

AÑOS 16

Grado = 11 = B 13

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: darling castillo DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3[illegible] REGIMEN: Subsidiado ◉ Contributivo ○

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

No	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		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

165

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

14

17 años
11=2

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Manuela De La Rosa DOCUMENTO IDENTIDAD: 1042439568

TELEFONO: 3004746420 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo X

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

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

166

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jilman Jinete DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143 264 710

TELEFONO: 3146352614 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

16 años

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

16

11 a 02

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuliana Padilla S. DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3002184493 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

16

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

17 11902 17

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Colpos Andres _____ *DOCUMENTO IDENTIDAD:* _____

TELEFONO: 3024659174 *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

169

Edad: 16
11-02

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

18

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Andrea Ruiz DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3107973579 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

170

16 años

7702

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

19

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Pablo Blandon P. *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1139463468

TELEFONO: 3028268569 *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

171

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

17
11-02 20

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Gelis Iriarte DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043 152 406

TELEFONO: 3046811498 REGIMEN: Subsidiado X Contributivo ○

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

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

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

174

11202 17.

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

21

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Alfonso Cardenal *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1042973492

TELEFONO: 3146777042 *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

172

11:02 18 años

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

22

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Taliana Palacio E DOCUMENTO IDENTIDAD: 1046703489

TELEFONO: 3008117057 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	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

173

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

curso = 11-02
edad = 15

23

NOMBRES Y APELLIDOS: [illegible] DOCUMENTO IDENTIDAD: 1079886005

TELEFONO: 3124826748 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?		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

174

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

17.02 — 17 años.

ALCALDÍA de SOLEDAD

24

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Isaac Sanchez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043676677

TELEFONO: 3073240238 REGIMEN: Subsidiado ☒ Contributivo ○

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

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

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

175

Hospital
Materno Infantil

GRUPO No 18

176

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	WALESKA WELCHES GONZALEZ
ENTORNO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E. Nobel Juan Manuel Santos Rueda Campo
TEMA DE LA ACTIVIDAD	

AÑO: 2025 MES: ABRIL DÍA: 27

Nº	DATOS DE IDENTIFICACION: NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO: F	SEXO: M	UBICACIÓN: DIRECCION	UBICACIÓN: TELEFONO	AFILIACION EN SALUD: CONTRIBUTIVO	AFILIACION EN SALUD: SUBSIDIADO	AFILIACION EN SALUD: NO REPORTA	AFILIACION EN SALUD: EPS	BIENESTAR A LA POBLACION: PERSONA	BIENESTAR A LA POBLACION: JOVEN	BIENESTAR A LA POBLACION: ADOLESCENTE	BIENESTAR A LA POBLACION: VICTIMAS DEL CONFLICTO	BIENESTAR A LA POBLACION: DISCAPACITADO	BIENESTAR A LA POBLACION: LGBTIQA+	FIRMA
1	Cleidys Manrique	1143130807	16	X		Nobel Juan Manuel Santos	3046118191		X		Nueva eps							Cleidys Manrique
2	Angel D Lopez	CC 4962498	18		X	Nobel Juan Manuel Santos	3015402081		X		familiar de C			X				Angel Lopez
3	Daniel Thomas	1159213059	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3238533067		X		Nueva EPS							
4	Samuel Perez	1043148416	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3218399212		X		Salud Total							
5	Juan Pablo	1067604936	18		X	Nobel Juan Manuel Santos	3222566943	X			salud total							
6	Angel Bebby Lopez	1043153068	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3026583696	X			Salud total							
7	Jair Hernandez	1043153886	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3243438230		X		Salud total							
8	Shaday Smith Nuñez	1043163037	15	X		Nobel juan manuel santos	3029472943	X			Coosalud							
9	Sheril Avila	1043151348	17	X		Nobel juan manuel santos	3022835228		X		Nueva eps							Sheril Avila
10	Daneileen A	1043186690	16	X		Nobel Juan Manuel Santos	3012153012		X		Nueva eps							Daneileen Arevalo
11	Daniel calderon	CC: 5599302	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3502320933		X		Nueva eps			X				
12	Leiner polo	1042437461	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3005876830		X		Nueva eps							Leiner
13	Osnaldo Padilla	1030542015	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3136690249		X		NUEVA EPS							
14	Geraldin Salubia	1043612515	17	X		Nobel Juan Manuel Santos	3165105051		X		Nueva EPS							
15	Xaiver Angulo	1043143860	18		X	Nobel Juan Manuel Santos	3242821289		X		Nueva eps							
16	Jose Bermudez	1143433372	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3042386477		X		Nueva EPS							Jose David Bermudez
17	Leiji Mario Vergara	1043155474	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3218131939		X		Nueva Eps							
18	YEP Vidal	1044630862	17	X		Nobel juan manuel Santos	3043398722		X		Nueva eps							Yeli Mariana Arias
19	Lucelly Moreno	1043137571	16	X		Nobel Juan Manuel Santos	3028645153	X			Nueva eps							Lucelly Moreno
20	Samar Salas	1042856548	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3022383401		X		Salud total							Samar Salas

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 formulario, usted autoriza a la E.S.E. Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de registro y control del evento de presencia 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 le ha dado a los mismos, para presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y proceder en forma gratuita a los mismos.

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMAS	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	WALESKA WILCHES GONZALEZ
SITIO/BARRIO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E. Nobel Juan Manuel Santos Nelly Cantillo
VEEDOR DE LA ACTIVIDAD	

Año: 2026 | Mes: ABRIL | Día: 27

N°	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN DE SALUD				PERTENENCIA A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO AFILIADO	EPS	DESPLAZADO	AFRO	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACITADO	GESTANTE		
1	Steven Viviescas	1043143796	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3166960000		X		Mutualser							
2	Andres Cano	1045769744	15		X	Nobel Juan Manuel Santos	3113537073		X		Nueva EPS							
3	Keiner Solano	1043740626	16		X	Nobel Juan Manuel Santos	3025569019		X		Salud total							
4	Daniel Jules Martinez	1159213036	17		X	Nobel Juan Manuel Santos	3005046118		X		Mutualser							
5	Valery Gomez Julio	1044696918	16	X		Nobel Juan Manuel Santos	3242328823		X		Mutualser							
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Andres Cano. Keiner Solano. Daniel Martinez. Valery Gomez

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.

Diligenciar 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 interés de registro y evidencia del control de asistencia 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 quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

1

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Cleidys A. Noriega DOCUMENTO IDENTIDAD: 1 143 130 807

TELEFONO: 3046118191 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?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	✓	
7	¿Sufre de mala digestión?	✓	
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?	✓	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	✓	
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?	✓	
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?		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

179

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

11-03

2

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel David Lopez F. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1962998

TELEFONO: 3015402081 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

180

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

3

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel Jesus Thomas DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.159.213.056

TELEFONO: 3238835067 11-03 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

187

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

4

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Samuel Perez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043148916

TELEFONO: 3218394212 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

1/2

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Ospo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1067604936.

TELEFONO: 3222566948 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 bebía demasiado?	X	

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

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

6.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

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

TELEFONO: [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 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

184

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA · SOLEDAD

7

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

#1 203

NOMBRES Y APELLIDOS: Jair Hernandez *DOCUMENTO IDENTIDAD:* 1043153886

TELEFONO: 3243138230 *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

186

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO 1103

ALCALDÍA de SOLEDAD 8

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Shadary N. Smith V. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043163037

TELEFONO: 3224972993 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

186

Salud

1103

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA de SOLEDAD

9

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Sheril avila DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043151348

TELEFONO: 3022835528 REGIMEN: Subsidiado ● Contributivo ○

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

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

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

1

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA · SOLEDAD 10

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

11°03

NOMBRES Y APELLIDOS: Dayeileen Abuchar DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043156640

TELEFONO: 3018322352 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

SECRETARIA DE SALUD

18

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel Calderon DOCUMENTO IDENTIDAD: 53 99307

TELEFONO: 350 780 68 80 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

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

12

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Leiner pilo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1042457461

TELEFONO: 3045876812 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 caidas 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

95

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

11-03

11-02

13

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Osvaldo Padilla DOCUMENTO IDENTIDAD: 1038542075

TELEFONO 3136650299 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

191

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Beatriz Sanabria DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043012516

TELEFONO: 3107933665 REGIMEN: Subsidiado ( ) Contributivo ( )

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

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

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

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

15

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilmer Angulo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1 cédula nacional 3 anos

TELEFONO: 3229261290 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

19

1193

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

1193

ALCALDÍA SOLEDAD

16

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Benavides DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143433372

TELEFONO: 3011238104 27 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

192

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA · SOLEDAD

17

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Mario Ulibata DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3278191439 11:03 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

Yo no tomo

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

11-03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO 11°3

ALCALDÍA - SOLEDAD

18

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: J. L. Marcos DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044630862

TELEFONO: 3043398722 REGIMEN: Subsidiado X Contributivo

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

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

consumo Alcol

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

19-6

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

19

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

11:03

NOMBRES Y APELLIDOS: Lucelly Hoyos DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043754571

TELEFONO: 3028645763 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

No dama!

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

196

NOMBRES Y APELLIDOS: Samir Salar DOCUMENTO IDENTIDAD: 1042865598

TELEFONO: 3022383401 11°3 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

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

1103

21

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: STEFANI VIVIESCAS DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043743796

TELEFONO: 3166960000 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?	NO	NO TOMO
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	borracho NO
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

79

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres Cayo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1045769799

TELEFONO: 3113517073 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

11-03

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

23

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Keiner J. Salazar V. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043140626

TELEFONO: 3025569019 REGIMEN: Subsidiado X Contributivo

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

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

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

Hospital Materno Infantil

SECRETARÍA DE SALUD

20C

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel Vides Martinez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1150213030

TELEFONO: 3005461218 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

11-03

Salud 10 AÑOS GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO ALCALDÍA DE SOLEDAD

25

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Valery Isabel Garcia Tejada DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044636918

TELEFONO: 3242362823 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

202

Hospital
Materno Infantil

GRUPO No 19

203

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA: CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE: WALFISKA WILCHES GONZALEZ
ENTORNO: EDUCATIVO
LUGAR: I.E. Nobel Juan Manuel Santos
VEREDA DE LA ACTIVIDAD:

Año: 2024 Mes: ABRIL Día: 27

Nº	DATOS DE IDENTIFICACION: NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO: F	SEXO: M	UBICACIÓN: DIRECCION	UBICACIÓN: TELEFONO	AFILIACION EN SALUD: CONTRIBUTIVO	AFILIACION EN SALUD: SUBSIDIADO	AFILIACION EN SALUD: NO AFILIADO	AFILIACION EN SALUD: EPS	PERTENENCIA A LA POBLACION: INDIGENA	PERTENENCIA A LA POBLACION: RAIZAL	PERTENENCIA A LA POBLACION: VICTIMAS DEL CONFLICTO	PERTENENCIA A LA POBLACION: DESPLAZADO	PERTENENCIA A LA POBLACION: DISCAPACITADO	PERTENENCIA A LA POBLACION: GESTANTE	FIRMA
1	Alex torres	1043146379	18		X	Nobel juan Manuel santos	3002735099			X								Alex torres moreno
2	steven viviescas	1043140659	18		X	Nobel juan Manuel santos	3166960000			X								steven viviescas
3	Zhaylia Ariza	1043139349	19	X		Nobel juan Manuel santos	3243060941		X		Mutualser							Shaylia Ariza
4	Nicolle Arrador	1043159409	17	X		Nobel juan manuel santos			X		Mutualser							Nicolle A.
5	Jean Barrios	1042144973	17	-	X	Nobel juan Manuel santos	3046276047		X		Coosalud							Jean
6	Valery Cabarcas	1044633155	17	X		Nobel juan Manuel santos		X			Mapfre EPS							
7	Yoiber cuello	1063079217	17		X	Nobel juan Manuel santos	3145269257		X		Mutualser							Yoiber C.
8	Jean David Díaz	1043158785	16		X	Nobel juan manuel santos	3137336384		X		Mutualser							Jean Diaz
9	Jennifer Encarnacion	N39654305708	16	X		Nobel juan Manuel santos	3015947223			X								
10	Silvio Fernandez	PT. 5285315	15		X	Nobel juan Manuel santos	3122681788			X				X				Silvio
11	Esteban Guzman	1043156478	16		X	Nobel juan Manuel santos	3496258974	X			Sura							Esteban Guzman
12	Luz Hernandez	1044635346	17	X		Nobel juan Manuel santos	3102267300		X		Mutualser							Luz Hernandez
13	Maria Herrera	1143131156	16	X		Nobel juan manuel santos	3015557341		X		Salud total							Maria Herrera
14	Moises Lepo	CC: 1044627847	19		X	Nobel juan manuel santos	3003040134		X		Mutualser							Moises Lepo
15	Yorleys Monsalvo	1043165153	16	X		Nobel juan manuel santos	3049941100		X		Sanitas							Yorleys
16	yarneth Montero	1043155315	16	X		Nobel juan Manuel santos	3003221917		X		Cajacopi							Yarneth
17	Miller peluffo	CC: 1070814698	18		X	Nobel juan Manuel santos	3332032926	X			Sura							Miller Peluffo
18	Carlos Rodriguez	1043163939	16		X	Nobel juan Manuel santos	3011527972	X			Mutualser							Carlos Rodriguez
19	Yeromis Rodriguez	CC 1043145449	18	X		Nobel juan Manuel santos	3042952704		X		Mutualser							Yeromis
20	Meraris Orozco	1045693799	17	X		Nobel juan Manuel S	3205004190		X		Mutualser							Meraris Orozco

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 historial de registro e ingreso de los usuarios de presencia institucional. Como "Titular de la 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 le ha dado a los mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria (581 de 2012), revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

204

Hospital Materno Infantil

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

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

ALCALDÍA SOLEDAD

PROGRAMA	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
RESPONSABLE	ANALESA WILCHES GONZALEZ
ENTORNO	EDUCATIVO
LUGAR	I.E: Nobel Juan Manuel Santos
TEMA DE LA ACTIVIDAD	Natty campo

AÑO	MES	DIA
2026	Abril	27

NP	DATOS DE IDENTIFICACION			SEXO		UBICACION		ATENCION EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACION						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	F	M	DIRECCION	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO AFILIADO	EPS	DESPLAZADO	AFRO	DISCAPACITADO	VICTIMA DEL CONFLICTO	ETNIA	GESTANTE	
1	Juan Alvarez	1143354088	16		X	Nobel juan manuel santos	3233508462		X		coosalud							Juan Alvarez
2	Marcela Castillo R	1080671635	17	X		Nobel juan Manuel santos	3216497042		X		proteger							Marcela Castillo
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		

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 en el presente formato, usted autoriza a la E.S.E. Hospital Materno Infantil de Soledad y a la Secretaría de Salud para el tratamiento, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el sistema de registro y vigilancia del evento de prioridad Salud Pública. Como titular de la información usted 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 quejas ante la SIC por infracción a la ley 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de su dato en los casos en que sea procedente ley y acceder de forma gratuita a los mismos.

202

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA - SOLEDAD

11°4 · 18 Años

1

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Alex Tovar molina DOCUMENTO IDENTIDAD: CC: 1043[illegible]379

TELEFONO: 3002720599 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

206

11-04 18 años

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

2.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Steven Urruescas DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043140659

TELEFONO: 3166960000 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

207

11° 04

Salud 11°04 GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO ALCALDÍA DE SOLEDAD

3

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Dradia Avila DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043139398 S

TELEFONO: 3245066941 REGIMEN: Subsidiado ○ Contributivo ○ 18

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

208

1104

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

4

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Nicoll Carolina DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

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

209

11-04 Edad: 17

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

5

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Daniel Barrios DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3016276047 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

6

17

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Valory Cabarcas 17-4 DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044463755

TELEFONO: 3 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

21

Edad: 17 Curso: 11-(

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

7

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yoiser Daniel Cuello Arteaga DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.065.079271

TELEFONO: 3145269257 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

22

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

8

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

16

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose david diaz DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

TELEFONO: 3135786289 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 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 [edad 16]

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

9

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenifer paola Escorcia DOCUMENTO IDENTIDAD: 1149,458 222 TJ

TELEFONO: 3001597223 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

214

11-04

18

10

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Alicio Fernandez DOCUMENTO IDENTIDAD: PPT 5283315

TELEFONO: 3122681788 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

215

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

edad: 16 11
11-04

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Esteban Guzman DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.043.1[illegible].478

TELEFONO: 314 862 5897 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

216

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

12

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

11°4 17 años

NOMBRES Y APELLIDOS: Hernandez Juzbajuro DOCUMENTO IDENTIDAD: 1044635346

TELEFONO: 3102267300 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

27-7

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

13

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

1104

16

NOMBRES Y APELLIDOS: Herrera Maria DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143131156

TELEFONO: 3015557341 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

218

77-04 78 años

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

14

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Maira Ochoa DOCUMENTO IDENTIDAD: CC 1044627842

TELEFONO: 3005040734 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

219

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

11-4
edad = 16

15

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yolleis Monsalvo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.043.765.753

TELEFONO: 300 499 4700 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

26

16 11-04

Salud | GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO | ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

16

NOMBRES Y APELLIDOS: Isabella montero R DOCUMENTO IDENTIDAD: 1043155315

TELEFONO: 3003224993 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

21

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Edad: 11 20 Edad: 18

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

17

NOMBRES Y APELLIDOS: MILLEY PERUFFO DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.070.824.698

TELEFONO: 3532132826 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

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

18

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Rodriguez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.043.163.389 = 16

TELEFONO: 3011527972 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

123

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeremaic Palomo Perez DOCUMENTO IDENTIDAD: C.C 1143145419

TELEFONO: 3042957704 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

17:04
17 AÑOS

ALCALDÍA SOLEDAD

20

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Mariaryis Gabriel P. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1045693799 TI

TELEFONO: 3205004190 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 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

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA SOLEDAD

Grado: 11904
edad: 16

21

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Alvarez DOCUMENTO IDENTIDAD: 1143354088

TELEFONO: 3234504462 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

226

Salud

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Grado: 11 04
Edad: 17

22

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GOBERNACION DEL ATLANTICO

NOMBRES Y APELLIDOS: Marcela Judith Carrillo Rebo DOCUMENTO IDENTIDAD: 1080676635

TELEFONO: 3216497042 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?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?	✓	
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?		X
13	¿Tiene dificultades en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	✓	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	✓	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	✓	
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?		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

227