



## Evaluación del Riesgo de Suicidio Nivel 1

### 1. INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ IEP/504? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/tutor #1/# de teléfono(s): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/tutor #2/# de teléfono(s): \_\_\_\_\_

Nombre del evaluador(a): \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Datos del Contacto: \_\_\_\_\_

El evaluador(a) ha consultado con: \_\_\_\_\_ en la escuela.

### 2. INFORMACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN

¿Quién suscitó la preocupación?: Si mismo  Compañero  Personal  Padre/Tutor  Otro

Datos del contacto: \_\_\_\_\_

¿Qué información compartió esta persona que suscitó preocupación acerca del riesgo de suicidio?

---

---

### 3. ENTREVISTA CON EL ESTUDIANTE

#### A. ¿El estudiante presenta alguna de las siguientes señales de advertencia?

- Declaraciones escritas, poesía, historias, medios electrónicos sobre suicidio
- Apartamiento de los demás
- Preocupación por la muerte
- Sentimientos de desesperación
- Abuso de sustancias / problemas de salud mental
- Dolor psicológico / emocional actual
- Problemas de disciplina
- Conflicto con otros (amigos / familiares)
- Hace experimenta el bullying

- La reciente pérdida o cambio personal o familiar (es decir, muerte, divorcio)
- Cambios recientes en el apetito
- Problemas familiares
- Regalando pertenencias
- Trauma actual (abuso doméstico / relacional / sexual)
- Crisis en las últimas dos semanas
- El estrés causado por: Identificación de género, orientación sexual, origen étnico
- Otros signos:

¿El estudiante admite pensar en el suicidio?

Sí  No

¿El estudiante admite pensar en hacer daños a otros?

Sí  No

¿El estudiante admite tener un plan?

Sí  No

Si es así, ¿cuál es el plan (cómo, cuándo, dónde)? \_\_\_\_\_

---

¿Tiene el método disponible para llevar a cabo el plan?

Sí  No  Explique: \_\_\_\_\_

- ¿Hay un historial de gestos anteriores o intentos?  Sí  No  Si es así, describa: \_\_\_\_\_
- ¿Hay antecedentes familiares de suicidio?  Sí  No  Explique: \_\_\_\_\_
- ¿El estudiante ha sido expuesto al suicidio por otros?  Sí  No  Explique: \_\_\_\_\_
- ¿El estudiante ha sido dado de alta recientemente de atención psiquiátrica?  
 Sí  No  Fecha/ Explique: \_\_\_\_\_

- B. ¿Tiene el estudiante un sistema de apoyo?**  Sí  No
- Nombre de un adulto con quien el estudiante puede hablar en casa: \_\_\_\_\_
- Nombre de un adulto con quien el estudiante puede hablar en la escuela: \_\_\_\_\_
- Otras personas de apoyo: \_\_\_\_\_

**C. Factores Protectores (Vea la hoja suplementaria de Factores de Riesgo y Protección):**

\_\_\_\_\_

**4. CONTACTO DEL PADRE / TUTOR**

1. Nombre del padre / tutor contactado: \_\_\_\_\_ Fecha de contacto: \_\_\_\_\_
2. ¿El padre / tutor estaba consciente de los pensamientos / planes suicidas del estudiante?  Sí  No
3. ¿Percepción del padre / tutor de la amenaza? \_\_\_\_\_

**5. MEDIDAS ADOPTADAS**

- Sí  No  Llamó al 911 (fecha de contacto / hora / nombre) \_\_\_\_\_
- Sí  No  Plan de seguridad creado con el estudiante
- Sí  No  Copia del plan de seguridad dado al estudiante, original colocado en el archivo CUM
- Sí  No  El padre / tutor contactado
- Sí  No  Enviado de vuelta a clase después que el Padre (y / o Agencia) confirmó el plan y el seguimiento del plan fue establecido. Notas: \_\_\_\_\_
- Sí  No  Entregado al padre/tutor
- Sí  No  El padre / tutor llevó al estudiante al hospital
- Sí  No  Cita programada para evaluación de salud mental por el padre / tutor  
 Notas: \_\_\_\_\_
- Sí  No  Proporcionó al estudiante y familiares los materiales de recursos y números de teléfono
- Sí  No  Consejero de la escuela/ Psicólogo de la escuela/ Enfermera de la escuela Cita de Seguimiento (fecha / hora) programado: \_\_\_\_\_
- Sí  No  Administrador de la escuela notificado (fecha / hora): \_\_\_\_\_

- Factores de riesgo limitados o negativos. NO SE NECESITA SEGUIMIENTO.

Consultado y aprobado por:   
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_

- Varios factores de riesgo mencionados, pero no hay peligro inminente. Plan de seguridad completado. Hacer un seguimiento con el estudiante en (Fecha/Hora): \_\_\_\_\_

- Varios factores de riesgo señalados/ recomendado para una Evaluación de Riesgo de Suicidio – Nivel 2 Con un trabajador de crisis de parte del Condado de Marion, Polk, o Yamhill (Fecha / hora / nombre del contacto): \_\_\_\_\_