**SiS: Modelo de Suicidio en las Escuelas**

**Plan de reingreso**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante |  | | Día de la reunión |  | |
| Nombre de la escuela |  | | Grado |  | |
| Completado por (nombre/título) | |  | | |
| Padre invitado |  | | Fecha de contacto |  | |
|  | |  | | |
| IEP/504 Plan ❑ Si ❑ No | | Classificación: | | |

**I. INFORMACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Asignación de donde regresa: | Tipo de asignación: |
| Fecha de regreso a la escuela: | Diagnostico: |
| Medicación: | Medicación en la escuela ❑ Si\* ❑ No |

\*Complete los documentos requeridos

Describa las razones de la asignación:

Describa el progreso logrado/las estrategias de afrontamiento aprendidas:

Preocupaciones por el reingreso:

¿Qué les dirá el/la estudiante a sus compañeros (práctica/modelo/juego de roles):

**II. SINTOMAS**

Síntomas/barreras identificadas por el estudiante/padre que deben ser monitoreadas en la escuela y que pueden indicar que este estudiante está teniendo dificultades o que su comportamiento está empeorando.

Desencadenantes/factores estresantes individuales identificados por el estudiante:

**III. INTERVENCIONES**

***Ejemplos:*** *Asignaciones modificadas/tiempo adicional en las asignaciones/Revisión del IEP/504 apoya e instrucción especialmente diseñada/Consejería basada en la escuela/Permiso para evaluar/reevaluar administrado/Monitoreo del riesgo de suicidio/Remisión al Programa de Asistencia Estudiantil (SAP)/Plan de seguridad/Modificado Horario / Pase de orientación / Sala de relajación / Tutoría / Asistencia académica / Recuperación plan de trabajo / Otro (especificar)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervención** | **Persona Responsable** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

El estudiante y los padres desean que los maestros estén informados: ❑ Si ❑ No

Describa la información acordada que se compartirá con los maestros:

Cita(s) de seguimiento programadas (incluir fechas/horas/proveedores \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se firmaron los formularios de dada de alta   ❑ Si ❑ No ❑ N/A

Reunión de progreso del plan de reingreso programada para:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. ASISTENTES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE**  **Letra impresa** | **TITULO** | **FIRMA** | **Estoy de acuerdo con el Plan\*** |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ SI ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |

*\*Si hay desacuerdo con el plan, los padres pueden hacer sugerencias y/o proporcionar una declaración por escrito.*

**SiS: Modelo de Suicidio en las Escuelas**

**Reunión de progreso del plan de reingreso**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante |  | | | | | | Grado |  |
| Fecha de la reunión inicial | | |  | | Fecha de la reunión de progreso | | |  |
| Completado por (nombre/título) | | | |  | | | | |
| Padre invitado | |  | | | | Fecha de contacto | |  |

El plan general será:   Continuo ❑ Si ❑ No      Modificado ❑ Si ❑ No    Discontinuado   ❑ Si ❑No

Enumere cada intervención implementada a continuación y describa brevemente el progreso. Incluya las razones para la continuación, modificación o interrupción de cada intervención:

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervención implementada** | **Continuar**  **modificar o**  **Discontinuar** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ASISTENDES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE**  **Letra impresa** | **TITULO** | **FIRMA** | **Estoy de acuerdo con el Plan\*** |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |
|  |  |  | ❑ Si ❑ No |

*\*Si hay desacuerdo con el plan, los padres pueden hacer sugerencias y/o proporcionar una declaración por escrito.*