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

**Formulario de detección de riesgo de suicidio juvenil 2.0**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante |  | | | Día del tamizaje |  |
| Completado por (Nombre/titulo) | |  | |  |  |
| Razones para completar este formulario | | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Ultimas 24 horas** | **Semana pasada** | **Mes pasado+** |
| 1. ¿Alguna vez has deseado estar muerto? | ❑ No | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. ¿Alguna vez has sentido que tú, tus amigos o tu familia estarían mejor si estuvieras muerto o desaparecido? | ❑ No | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. ¿Alguna vez has pensado suicidarte? | ❑ No | ❑ | ❑ | ❑ |
| 1. ¿Has intentado suicidarte? | ❑ No | ❑ | ❑ | ❑ |
| * 1. En caso afirmativo, ¿cómo, ¿cuándo, dónde y por qué? | | | | |
| * 1. ¿Te detuviste tú mismo o alguien más te detuvo?? | | | | |
| * 1. ¿Cómo te sientes ahora que te detuvieron? | | | | |
| 1. ¿Planeas suicidarte?? ❑ No ❑ Si | |  |  |  |
| 1. En caso afirmativo, ¿cómo, cuándo y dónde? | | | | |

Si el estudiante responde SÍ a cualquier pregunta, el personal de salud mental de la escuela debe completar una evaluación integral del riesgo de suicidio o una remisión basada en la política del distrito escolar. Se recomienda contactar a los padres en todos los casos en que se realice una evaluación, incluso si un estudiante niega el riesgo. También es importante consultar con otro personal de la escuela sobre casos de riesgo de suicidio, como otros profesionales de la salud mental de la escuela (SMHP), un Coordinador de Prevención del Suicidio (SPC), miembros del equipo de crisis y/o administradores.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del padre contactado |  | | Fecha |  | | Hora | |  |  |
| Si no se puede localizar a los padres, enumere la persona/agencia contactada | |  | | | | | | | |
| Si respondió sí a alguna pregunta, ¿se refirió al personal de la escuela para la evaluación del riesgo de suicidio? | | | | | ❑ | | Si | ❑ | No |
| ¿Se hizo una referencia externa para la evaluación? | | | | | ❑ | | Si | ❑ | No |
| ¿Consultado con otro SMHP, SPC, miembro del equipo de crisis o administrador? | | | | | ❑ | | Si | ❑ | No |
|  | | | | |  | |  |  |  |
| Referido a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Correo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  |  |  |
| Nombre y credenciales del evaluador | | | | |  | | Fecha | | |

*Adaptado del formulario Ask Suicide-Screening Questions (ASQ; Horowitz, 2012),*

*the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS; Posner, 2009) y*

*Suicide Ideation Questionnaire-JR (SIQ-JR; Reynolds, 1997).*