

**Escuelas del Condado de New Hanover**  
**Permiso de los padres para estudiante en riesgo de suicidio o amenazando de**  
**daño a otros estudiantes**

**Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la cita:** \_\_\_\_\_

**Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Numero de contacto:** \_\_\_\_\_

Nos comunicamos con usted en relación a la crisis de su hijo. Un miembro del personal de Servicios de Apoyo al Estudiante se ha reunido con él/ella y existe la preocupación de que él/ella esté en riesgo de \_\_\_\_\_suicidio o \_\_\_\_\_daño a otros.

Un proveedor de salud mental con licencia debe evaluar la seguridad del estudiante. Este podría ser el proveedor o terapeuta de salud mental actual de su hijo, un terapeuta de salud mental en la escuela (incluyéndose esos en la clínica W.H.A.T. (si el estudiante ya es un cliente o con el permiso escrito del padre/guardián), (unidad móvil de crisis) Mobile Crisis u otro recurso de emergencia (mire el archivo adjunto nombrado C). **Lleve una copia de todos los formularios que le proporcionó la escuela hoy para entregárselos al proveedor de salud mental que usted elija.**

Además, deben tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Elimine el acceso a todas las pistolas, cuchillos, medicamentos, cinturones/fajas y otros objetos que tengan el potencial de ser letales o causar daños. Asegure (cierre con llave) o remueva dichos artículos del hogar.
- Mantenga un contacto visual constante con el estudiante (no se vaya a dormir ni consuma alcohol o medicamentos que puedan afectar su capacidad de actuar). Es posible que se necesiten miembros de la familia para ayudar a supervisar al niño durante la noche o, en ocasiones, mientras él está solo.
- Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias según sea necesario.

Se requiere que programe una reunión con el personal de la escuela al recibir autorización para regresar a la escuela:

Información de contacto: \_\_\_\_\_

---

Firma de el Padre/Guardián

Fecha

**Escuelas del Condado de New Hanover**  
**Permiso de proveedor para un estudiante suicida o que amenaza de daño a otros**  
**estudiantes**

\* Debe ser completado por un profesional de salud mental con licencia o un profesional calificado (QP) **en consulta directa con un profesional de salud mental autorizado** antes de regresar a la escuela. Los ejemplos de profesionales de la salud mental con licencia incluyen, pero no se limitan, a: Trabajador Social Clínico Licenciado, Consejero Profesional Licenciado, y Psicólogo. Tenga en cuenta que un médico de cabecera o un pediatra **no es** un proveedor de salud mental autorizado.

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de la evaluación: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de agencia: \_\_\_\_\_

1 ¿Siente que el estudiante es un peligro inmediato para sí mismo o para los demás?  
Por favor explique.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Está el estudiante seguro / preparado para reingresar a la escuela o se debe establecer un plan transitorio de reentrada?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Qué apoyos / adaptaciones adicionales necesitarán estar en su lugar para que el estudiante maneje exitosamente el día escolar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Adjunte el 'Plan de Seguridad del Estudiante', si está completo.

Firma del profesional de salud mental con licencia o designado en consulta directa con un profesional de salud mental con licencia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional de salud mental autorizado y consultado (cuando corresponda): \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_.