



# Diagrama de Flujo de Evaluación de Riesgo(s)

Si en algún momento se determina, el estudiante revela o se descubre que está en peligro inmediato, detenga la evaluación y llame al SRO del a escuela o al Departamento de Servicios Estudiantiles. Notifique a los administradores de su escuela.

**NO DEJE AL ESTUDIANTE SOLO/A.**

## PRIMER PASO: Identificar al estudiante

**Identificar al estudiante en crisis:** puede ser informado por el maestro/a, miembro del personal, padre, madre, compañero de estudios o auto informado por el alumno/a.

## SEGUNDO PASO: Notificar/Comunicar

**Notificar al siguiente personal:** La notificación por correo electrónico **NO** es suficiente; debe haber contacto **INMEDIATO** con uno de los siguientes miembros del personal.

- Consejero/a de la escuela
- Proveedor/a de salud mental de la escuela
- Psicólogo/a de la escuela
- Administrador/a de la escuela

## TERCER PASO: Realizar evaluación

**Evaluación de riesgo hecha por:** (se recomienda un equipo de dos personas)

- Proveedor/a de salud mental de la escuela
- Consejero/a de la escuela
- Oficial de recursos de la escuela (conocido como SRO)
- Administrador/a de la escuela
- Psicólogo/a de la escuela

Preguntas de detección:  
Página 2  
**Para ser llenada por el evaluador/a**

## CUARTO PASO: Determinar el nivel de riesgo

**Determinar el nivel de riesgo:** el equipo de evaluación de riesgos determinará el nivel de riesgo y seguirá el protocolo de intervención adecuado.

### Seguimiento:

Llenar el formulario de documentación de evaluación de riesgos (pág. 7)

Presentar una remisión de salud mental (COST)

Programar una reunión para el Plan de Bienestar de Transición del Estudiante (pág. 8), si corresponde.

\*Si el estudiante tiene un Plan 504 o IEP actual, consulte con el administrador/a del caso para una posible reunión.



# Preguntas de la Entrevista de Detección

Si en algún momento se determina, el estudiante revela o se descubre que está en peligro inmediato, detenga la evaluación y llame al SRO de la escuela o al Departamento de Servicios Estudiantiles. Notifique a los administradores de su escuela.

**NO DEJE AL ESTUDIANTE SOLO/A.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Preguntas:

1. ¿Qué está pasando en su vida en este momento? Describa cómo se siente en este momento  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. En una escala de 0 a 10 (10 = feliz y 0 = infeliz), ¿cómo se ha sentido durante la última semana? \_\_\_\_\_
3. ¿Se ha sentido deprimido/a, sin esperanza, indefenso/a, abrumado/a? \_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ Inseguro/a
4. ¿Se ha automedicado (alcohol, medicamentos recetados, drogas o fumado)? \_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ Inseguro/a
5. En las últimas semanas, ¿ha deseado no estar vivo/a? \_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ Inseguro/a
6. ¿Ha sentido que usted o su familia estarían mejor si no estuvieran vivos? \_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ Inseguro/a
7. ¿Ha sentido que no vale la pena vivir su vida? \_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ Inseguro/a
8. ¿Ha estado pensando en terminar con su vida? \_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ Inseguro/a
9. Si respondió sí o no está seguro/a de cualquiera de las preguntas anteriores, ¿cuánto tiempo se ha estado sintiendo así? \_\_\_\_\_
10. ¿Ha pensado en terminar con su vida hoy o pronto? \_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ Inseguro/a
11. En caso afirmativo a la pregunta 10, responda las siguientes preguntas:
  - a. ¿Cuál es su plan (cómo, cuándo, dónde)? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Tiene acceso ahora a lo que necesita para llevar a cabo su plan? \_\_\_ Yes \_\_\_ No \_\_\_ Inseguro/a
  - c. ¿Tiene intención de llevar a cabo su plan para terminar con su vida pronto?  
 Niega la intención  Respalda la intención  Poco claro/a / pasivo/a  Evasivo/a
12. ¿Hay algún factor desencadenante que le haría querer terminar con su vida? \_\_\_ Yes \_\_\_ No \_\_\_ Inseguro
13. Si la respuesta a la pregunta 12 es sí, por favor describa:  
\_\_\_\_\_

Las preguntas de la entrevista de evaluación de riesgos continúan en la página siguiente...



# Preguntas de la Entrevista de Detección

Si en algún momento se determina, el estudiante revela o se descubre que está en peligro inmediato, detenga la evaluación y llame al SRO de la escuela o al Departamento de Servicios Estudiantiles. Notifique a los administradores de su escuela.

**NO DEJE AL ESTUDIANTE SOLO/A.**

## Preguntas:

14. ¿Hay algo que le haría desear más vivir?  Si  No  Inseguro/a

15. En caso afirmativo a la pregunta 14, por favor describa: \_\_\_\_\_

16. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?  Si  No  Inseguro/a

17. Si la respuesta a la pregunta 16 es sí, ¿cuándo? Describa los intentos anteriores, incluya los desencadenantes, cómo y qué sucedió:

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

18. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por problemas de salud mental?  Si  No  Inseguro/a

19. Si la respuesta a la pregunta 18 es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

20. ¿Hay personas en su vida que cree puedan estar preocupadas por usted en este momento?  Si  No  Inseguro/a

21. ¿Hay personas en su vida a las que siente que puede acudir en busca de apoyo?  Si  No  Inseguro/a

22. Si la respuesta a la pregunta 21 es sí, ¿Ha hablado con ellos sobre cómo se sientes?  Si  No  Inseguro/a

23. Si respondió no a la pregunta 22, explique por qué: \_\_\_\_\_

24. ¿Está recibiendo asesoramiento/consejería **en** la escuela?  Si  No  Inseguro/a

25. ¿Está recibiendo asesoramiento/consejería **fuera** de la escuela?  Si  No  Inseguro/a

## RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS:

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



# Niveles de Riesgo/Intervenciones

Si en algún momento se determina, el estudiante revela o se descubre que está en peligro inmediato, detenga la evaluación y llame al SRO de la escuela o al Departamento de Servicios Estudiantiles. Notifique a los administradores de su escuela.

**NO DEJE AL ESTUDIANTE SOLO/A.**

## Nivel de Riesgo 1:

Factores indicadores:

- **No plan**
  - **Evidencia de autolesión**
  - **Pensamiento suicida, pero sin intentos previos**
- Otros factores a considerar, pero no se limitan a:**
- \*Signos de depresión
  - \*Cambios de personalidad
  - \*Amenazas directas o indirectas

## Risk Nivel de Riesgo 1:

- Comunicarse con el padre/tutor legal
- El/la estudiante llena el contrato de protección/acuerdo del estudiante (pág. 5) y lleva una copia a casa para que los padres/tutores legales la firmen y la devuelvan. **Si el estudiante se niega, pasar al Nivel 2 o 3**
- Enviar recursos a casa
- Referencia de salud mental al equipo de coordinación de servicios (conocido como COST)
- Notificar a los administradores de la escuela

## Nivel de Riesgo 2:

Nivel de Riesgo 2:

- **Planes pero no medios**
  - **Pensamiento suicida**
  - **Intentos anteriores**
  - **No puede comprometerse con la seguridad**
- Otros factores para considerar, pero no se limitan a:**
- \*Comportamientos destructivos
  - \* Uso de alcohol/drogas
  - \* Enfermedad mental
  - \* Cambio de medicamento
  - \* Trauma reciente
  - \* Suicidio reciente de un amigo/a, familiar o suicidio de alto perfil en la comunidad/noticias

## Nivel de Riesgo 2 INTERVENCIÓN:

- Comunicarse con el padre/tutor legal para que vengan al campus
  - El padre/tutor legal y el estudiante deben completar el contrato de protección/acuerdo del estudiante (pág. 5)
  - El padre/tutor legal se lleva al estudiante si está comprometido con intervenciones como tener un consejero externo.
  - Remisión a salud mental al equipo de coordinación de servicios (conocido como COST)
  - Notificar a los administradores de la escuela
- \*Si el padre/tutor legal no está disponible o no coopera, pase al nivel 3 y póngase en contacto con el SRO y el administrador.

## Nivel de Riesgo 3:

Factores indicadores:

- **Pensamiento suicida, plan y medios**
- **Intentos anteriores**
- **No puede comprometerse a estar seguro/a**
- **Consumo de alcohol/drogas como medio para hacerse daño**
- **Hospitalizaciones en el pasado**
- **Carta reciente de suicidio / despedida**
- **Acceso a métodos letales**

**Otros factores para considerar, pero no se limitan a:**

- \*Enfermedad mental
- \* Cambio de medicamento
- \*Trauma reciente
- \* Autolesión
- \* Falta de sistema de apoyo
- \* Suicidio reciente de un amigo/a, familiar o suicidio de alto perfil en la comunidad/noticias

## Nivel de Riesgo 3 INTERVENCIÓN:

- El estudiante debe ser llevado al centro de crisis para una evaluación adicional inmediatamente; contacte al SRO y notifique al administrador/a de la escuela.
- Ponerse en contacto con los padres/tutores legales para que vengan al campus y si están de acuerdo en llevar al estudiante al centro de crisis, deben completar la Autorización Escolar de los Padres/Tutores Legales (pág. 6).
- Remisión a salud mental (conocida como COST)
- Programar una reunión del Plan de Bienestar Transitorio para Padres/Tutores legales del Alumno (pág. 8)



# (NIVEL 1 & 2) Contrato de Protección/Acuerdo Estudiantil

Yo, \_\_\_\_\_, prometo no involucrarme en ningún comportamiento que cause o pueda causar daño a mí mismo y/o a otros. Si experimento alguno de los siguientes pensamientos, sentimientos o comportamientos de autolesión, me comunicaré con uno de los contactos a continuación.

**Desencadenantes/Estresores** (comportamientos, situaciones y circunstancias que me ponen en riesgo emocional):

\_\_\_\_\_

**Señales de advertencia** (las señales de mi comportamiento que muestran que estoy cada vez más en riesgo):

\_\_\_\_\_

**Mi sistema de apoyo:** Prometo ponerme en contacto con una o todas las personas que figuran en este contrato si me siento en peligro de causarme daño a mí mismo/a o a otros:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Si ninguna de las personas anteriores está disponible para contactar, me comunicaré con el 911 y le pediré al despachador/a que un oficial realice un control de bienestar para mantenerme a salvo.**

**Mis habilidades de afrontamiento** (lo que puedo hacer para estar tranquilo/a y seguro/a en este momento):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del examinador/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del examinador/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Acuerdo de Padres/Tutores legales:**

Me aseguraré de que \_\_\_\_\_ no tenga acceso a: medicamentos recetados para un uso distinto al recetado, medicamentos letales, armas u otros medios utilizados para autolesiones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Give copy to student and parent/guardian and place a copy in the school counselor and/or mental health provider's confidential file. DO NOT PLACE IN CUME FILE.



## (NIVEL 3) Salida de la Escuela para Padres/Tutores Legales

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Esto es para verificar que he hablado con un miembro del equipo de consejería de la escuela, personal de salud mental, administración de la escuela y/o el oficial de recursos de la escuela sobre el riesgo de suicidio de mi estudiante. Me han aconsejado buscar los servicios de una agencia de salud mental o un terapeuta. Entiendo que un miembro del equipo de crisis se comunicará conmigo, mi estudiante y el proveedor/a de atención de salud mental.

Antes de que mi estudiante regrese a la escuela, mi estudiante y yo nos reuniremos con un miembro del equipo de crisis. Notificaré a la oficina de asistencia y al departamento de consejería la fecha prevista de regreso de mi estudiante para programar una reunión para el Plan de Bienestar de Transición del Estudiante.

***AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, VERIFICO QUE AL SALIR HOY DE LA ESCUELA MI ESTUDIANTE RECIBIRÁ SALUD MENTAL/APOYO INMEDIATO***

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del examinador/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del examinador/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

LÍNEA DIRECTA DE SUICIDIO: 988 LÍNEA DE TEXTO DE SUICIDIO: 988

WEBSITE: 988lifeline.org

Give copy to parent/guardian and place a copy in the school counselor and/or mental health provider's confidential file. DO NOT PLACE IN CUME FILE.



# Documentación de Evaluación de Riesgo

## NOTIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL:

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre(s) del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Personal que notificó al padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Contrato de protección/Acuerdo del estudiante firmado: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Autorización firmada por el padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es negativa, indique la razón: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono(s) de contacto (s): \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

NIVEL DE RIESGO DE  
SUICIDIO

\_\_\_\_\_

## RAZÓN(ES) PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO(S):

Describa los motivos de esta evaluación y cualquier inquietud o información adicional:

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

Evaluación realizada por: \_\_\_\_\_

Evaluación realizada por: \_\_\_\_\_

## RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGO:

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



# Plan de Bienestar de Transición del Estudiante

Fecha: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

POR FAVOR COMPLETE  
ESTE PLAN ANTES DE  
QUE EL ESTUDIANTE  
REGRESE A CLASES

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_ Lugar del evento: Escuela Hogar Otro

Consejero/a: \_\_\_\_\_ Administrador del a escuela: \_\_\_\_\_

Próximo seguimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del plan: \_\_\_\_\_

## APOYOS A CORTO PLAZO PARA LOS ESTUDIANTES:

Horario modificado (Notificar a la oficina de asistencia y a los maestros del alumno/a)

Servicios de salud mental

Remisión autorizada por los padres/tutor legal en la escuela al equipo de coordinación de servicios (conocido como COST)  Si  No

Servicios externos  Si  No

• Otros apoyos recomendados (notificar a los maestros del estudiante sobre los apoyos)

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

El equipo está de acuerdo con los apoyos ofrecidos al alumno enumerados anteriormente.

¿Los padres/tutor legal y el estudiante autorizan compartir los apoyos con los maestros?  Si  No

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha