



Formulario para Reportar Riesgo de Suicidio

Office of Student and Family Support and Engagement
 MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
 Carver Educational Services Center (CESC)
 850 Hungerford Drive, Room 50, Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 335-54
Noviembre 2021
Página 1 de 2

Bajo la ley de Maryland, los miembros del personal de MCPS tienen la obligación legal de actuar si sospechan un intento de suicidio por parte de un/a estudiante. Esta ley tiene dos elementos esenciales:

Intervenir: El personal de MCPS tiene la obligación de usar medios razonables para intentar impedir un suicidio cuando advierte el intento de suicidio por parte de un/a estudiante.

Notificar al Padre/Madre/Guardián: El personal de MCPS tiene la obligación de advertir a los padres/guardianes acerca de cualquier amenaza de suicidio, incluyendo información de segunda mano y aun cuando el/la estudiante niegue la amenaza.

Por favor complete todos los puntos a continuación antes de que finalice la jornada escolar. Indique la fecha y hora en que sucedió cada uno de los pasos. Algunos de los pasos son obligatorios.

Estudiante _____ Número de Estudiante de MCPS _____

Escuela _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Grado _____ Fecha ___/___/___

Nombre de la Persona Que Completa Este Formulario _____ Teléfono _____ - _____ - _____
 (Si es una persona distinta que el Entrevistador/a) Nombre Cargo

✓	FECHA	HORA <i>especifique a.m./p.m.</i>	PASO A SEGUIR
	___/___/___		1. Describa lo que el/la estudiante dijo e hizo para indicar riesgo de hacerse daño. Sea específico/a e incluya las palabras, acciones o comportamientos que iniciaron este proceso de reportar.
	___/___/___		2. SI HAY UNA EMERGENCIA MÉDICA, LLAME INMEDIATAMENTE AL 911.
	___/___/___		3. Notifique al director/a de la escuela o a una persona designada.
	___/___/___		4. Ubique al/a la estudiante y manténgalo/a bajo la constante supervisión de un miembro del personal de MCPS, según sea necesario.
	___/___/___		5. Comuníquese con el consejero/a escolar, psicólogo/a, coordinador/a de asuntos estudiantiles (pupil personnel worker—PPW), enfermero/a o trabajador/a social para obtener información adicional tal como:
	___/___/___		a. ¿Has pensado en hacerte daño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		b. ¿Has pensado acerca de qué harías para hacerte daño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		c. ¿Tienes un plan en mente para hacerte daño (describelo)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Considerando las maneras/no específicas
	___/___/___		d. ¿Has tratado de hacerte daño o de matarte anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		e. ¿Cada cuánto piensas acerca de hacerte daño o de matarte? < > veces por hora/día/semana
	___/___/___		f. ¿Tienes acceso a armas de fuego o a medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		g. ¿Le has dicho o le has mostrado a alguien lo que estás pensando hacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		h. ¿Ves esperanza en tu futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		i. ¿Has estado consumiendo drogas o alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		j. ¿Has experimentado grandes cambios o pérdidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		K. Cuéntame acerca de tu familia o amigos que te brindan apoyo (describelo)
	___/___/___		l. ¿Te has estado sintiendo irritable o deprimido/a últimamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		m. ¿Ha estado tu estado de ánimo como está ahora o ha cambiado últimamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		n. ¿Firmarías un compromiso de seguridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	___/___/___		6. Presencia de los siguientes factores de riesgo (la lista no lo incluye todo, marque todo lo que corresponda):
			<input type="checkbox"/> Cambio en relaciones sociales <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre la supervisión en el hogar <input type="checkbox"/> Disminución de interés en actividades <input type="checkbox"/> Suicidio de un miembro de la familia o un amigo/a <input type="checkbox"/> Verbalizaciones de odio a la vida <input type="checkbox"/> Preocupaciones de salud mental en la familia <input type="checkbox"/> Conflicto continuo en la familia <input type="checkbox"/> Fracaso académico reciente <input type="checkbox"/> Disminución de interés en la escuela <input type="checkbox"/> Aumento en comportamientos de riesgo <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol y/o drogas <input type="checkbox"/> Condición médica crónica <input type="checkbox"/> Conciencia de la atención de los medios al suicidio <input type="checkbox"/> Falta de un sentido de pertenencia <input type="checkbox"/> Previos intentos de suicidio <input type="checkbox"/> Problemas de sueño y/o apetito <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre orientación sexual <input type="checkbox"/> Experiencias recientes de rechazo personal <input type="checkbox"/> Sentimientos de aburrimiento <input type="checkbox"/> Reciente negligencia de la apariencia personal <input type="checkbox"/> Falta de concentración <input type="checkbox"/> Verbalizaciones/escritos/dibujos sobre la muerte <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpa, vergüenza o auto-derogación <input type="checkbox"/> Sentimientos de presión excesiva para alcanzar el éxito <input type="checkbox"/> Víctima de abuso o sospecha de abuso (por ejemplo, físico, verbal, sexual) <input type="checkbox"/> Percepción de las acciones de otros como denigrantes o amenazantes <input type="checkbox"/> Historial de rasguñarse, cortarse o marcarse el cuerpo <input type="checkbox"/> Sentimientos de soledad y de no tener a nadie en quien confiar <input type="checkbox"/> Temor o percepción real de perder el auto-control <input type="checkbox"/> Acceso a métodos (por ejemplo, armas o medicamentos)

Nombre del Entrevistador/a:

Cargo:

Distribución: COPY 1/Parent/Guardian; COPY 2/Principal's file (form destroyed after one calendar year), COPY 3/Office of Student and Family Support and Engagement Google Drive: <https://forms.gle/9SjNj0syUjWjXj0Ny6> (do not submit hard copy).

✓	FECHA	HORA especifique a.m./p.m.	PASO A SEGUIR
	___/___/___		7. OBLIGATORIO. EL DIRECTOR/A DE LA ESCUELA / PERSONA DESIGNADA DEBE NOTIFICAR AL PADRE/MADRE/GUARDIÁN.
	___/___/___		8. Informar al padre/madre/guardián sobre las preocupaciones de la escuela.
	___/___/___		9. Pedir que el padre/madre/guardián o una persona designada recoja al/a la estudiante.
	___/___/___		10. OBLIGATORIO. Recomendar que el padre/madre/guardián se comunique inmediatamente con un profesional de salud mental.
	___/___/___		a. Terapeuta privado/a del/de la estudiante, si el/la estudiante tiene uno/a.
	___/___/___		b. Centro de Crisis del Condado de Montgomery (Montgomery County Crisis Center), sin importar que el/la estudiante tenga un terapeuta privado/a. Complete el Formulario 560-10, Información para Remitir al Centro de Crisis (MCPS Form 560-10, Crisis Center Referral Information) y envíele al padre/madre/guardián lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Número de teléfono del Centro de Crisis, 240-777-4000, para una evaluación de emergencia gratuita, • Copia de Información de Remisión al Centro de Crisis, • Copia del Formulario 270-1 de MCPS, <i>Resumen de la Conferencia con el Padre/Madre/Guardián (MCPS Form 270-1, Summary of Parent Conference)</i>, si se completa (vea abajo) y • Copia del Formulario 336-32 de MCPS, <i>Autorización para Divulgación de Información Confidencial (MCPS Form 336-32, Authorization for Release of Confidential Information)</i> (vea 11 abajo).
	___/___/___		c. Otro (por favor especifique):
	___/___/___		11. Pídale al padre/madre/guardián que complete y firme el Formulario 336-32 de MCPS, Autorización para Divulgación de Información Confidencial (MCPS Form 336-32, Authorization for Release of Confidential Information) con el fin de permitir la comunicación entre MCPS y el proveedor de servicios de salud mental.
	___/___/___		12. Trabajar con el padre/madre/guardián para implementar las recomendaciones del/de la profesional de salud mental que sean apropiadas y factibles en el entorno escolar.
	___/___/___		13. Si el padre/madre/guardián no está disponible o no coopera en lo que se refiere a la evaluación de emergencia, considere comunicarse con el equipo del Centro de Alcance Móvil del Centro de Crisis (Mobile Crisis Center Outreach), teléfono 240-777-4000 , para efectuar una consulta.
	___/___/___		14. Si el niño/a está en crisis y el padre/madre/guardián no está dispuesto/a a continuar con la evaluación de emergencia, considere comunicarse con Servicios de Protección de Menores (Child Protective Services), teléfono 240-777-4417 .
	___/___/___		15. Provea el número de teléfono confidencial de la Línea Directa para Jóvenes (Youth Hotline), teléfono 301-738-9697 , y la Línea para Textos, 301-738-2255 , si fuese apropiado.
	___/___/___		16. Siga el Reglamento COB-RA de MCPS, Cómo Reportar un Incidente Grave (MCPS Regulation COB-RA, Reporting a Serious Incident) , según sea necesario.
	___/___/___		17. Notifique al enfermero/a escolar, si no lo hizo anteriormente.

Describe en detalle las respuestas del padre/madre/guardián (use el **Formulario 270-1 de MCPS, Resumen de la Conferencia con el Padre/Madre/Guardián (MCPS Form 270-1, Summary of Parent Conference)** si necesita más espacio):

ESTRATEGIAS DE APOYO IMPLEMENTADAS (marque todo lo que corresponda)

✓	ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PERSONA/S RESPONSABLE/S	FECHA DE PLAZO
	OBLIGATORIO remisión a servicios de salud mental			___/___/___
	Compromiso de seguridad por escrito			___/___/___
	El padre/madre/guardián hará seguimiento con un/a profesional de salud mental			___/___/___
	Seguimiento por parte del maestro/a			___/___/___
	Seguimiento por parte del administrador/a			___/___/___
	Supervisión y seguimiento por parte del consejero/a escolar			___/___/___
	Consulta con los miembros del equipo de servicios estudiantiles coordinados			___/___/___
	Remisión al Equipo de Programación Educativa (Educational Management Team-EMT)			___/___/___
	Consulta con el/la terapeuta del/de la estudiante o con el Centro de Crisis			___/___/___
	Consulta con agencias de la comunidad			___/___/___
	Servicios de Protección de Menores		CONFIDENCIAL NO mencione el nombre de una persona	___/___/___
	Otro (por favor especifique)			___/___/___

Firma, Entrevistador/a

Cargo

___/___/___
Fecha

Firma, Administrador/a

___/___/___
Fecha