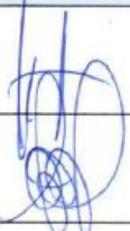
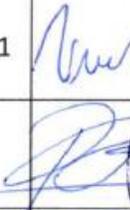
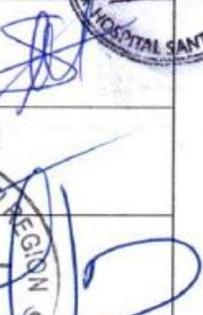


	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021 Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

**PROTOCOLO**  
**CRITERIO DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN**  
**DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO**

	NOMBRE	FECHA	FIRMA
Elaborado Por:	Fernando Arias Aburto <b>Psiquiatría Adultos – Jefe (s) Salud Mental y Psiquiatría - COSAM</b>	Septiembre 2021	
	Raúl Sánchez Montes <b>Psiquiatría Adultos Salud Mental y psiquiatría - COSAM</b>	Septiembre 2021	
	Maribel Donoso Gutiérrez <b>Asistente Social Salud Mental y Psiquiatría - COSAM</b>	Septiembre 2021	
Revisado Por:	Paola Saavedra Paredes <b>Psicóloga Jefa Salud Mental - COSAM</b>	Octubre 2021	
	Sandra Fuenzalida Gaete <b>Jefe Dpto. de Calidad e IAAS.</b>	Octubre 2021	
	Javier Villablanca Mundaca <b>Sub Director Médico</b>	Octubre 2021	
Aprobado Por:	Jaime Gutiérrez Bocaz <b>Director</b>	Octubre 2021	

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021 Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

### 1.- OBJETIVOS

El objetivo de este protocolo es definir y coordinar la respuesta del equipo de salud, en cualquiera de las unidades del Hospital de Santa Cruz con el fin de entregar una atención oportuna, eficaz y de mejor calidad al paciente con intento o ideación suicida.

Dar a conocer los criterios de ingreso, derivación y egreso de pacientes con intento o suicida

### 2.- ALCANCE

Profesionales que trabajen en atención directa con usuarios desde el ingreso del paciente con intento o ideación suicida hasta el alta o derivación.

### 3.- RESPONSABLES

Procedimiento	Procedimiento específico	Responsable
Ingreso	Realizar evaluación general del usuario en servicio de Urgencia o atención ambulatoria. Si corresponde a un Intento de Suicidio, estabilizar condición médica y hospitalizar para posterior evaluación por especialidad (Psiquiatra). En el caso de Intento Suicida, llenar y adjuntar "Boletín de Notificación de Intento suicida y/o Autoagresión". Si corresponde una ideación suicida, aplicar escala "Sad Persons" y adjuntar a documentación.	<b>Médico de turno en Servicio de Urgencia o médico de atención ambulatoria.</b>
Interconsulta	Documento OBLIGATORIO emitido por médico de urgencia que realiza hospitalización, solicitando evaluación por Psiquiatría. Se debe redactar interconsulta con la mayor cantidad de antecedentes clínicos.  Realizar Interconsulta a otras especialidades médicas según condición médica concomitante.	<b>Médico de turno del Servicio de Urgencia.</b>

	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021 Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

Derivación	Si el paciente cumple criterio de derivación, el Psiquiatra emitirá la Interconsulta para ser remitido a la Unidad de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIPI), del Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins (HRLBO), quienes asignarán cupo según sus protocolos.	<b>Psiquiatra del equipo Salud Mental del COSAM Santa Cruz.</b>
------------	--	---

#### 4.- DEFINICIONES

**Suicidalidad:** un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consumación del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.

**Suicidio consumado:** todo intento suicida voluntario e intencional, que concluye o que lleva a la muerte efectiva de la persona.

**Intento de suicidio:** conducta o acto que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando la consumación de ésta.

**Ideación suicida:** pensamiento acerca de la voluntad de quitarse la vida con o sin planificación o método.

**Conducta Parasuicida:** acción autodestructiva no letal, donde no existe la intención de quitarse la vida.

**Caso confirmado:** persona que comete un acto no habitual con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por ella misma, que le cause lesión sin la intervención de otros, o en el caso de paciente fallecido, donde no existe evidencia que la muerte fue accidental o que el evento que la causó fue fortuito.

#### 5. DESARROLLO

##### 5.1 PROCEDIMIENTO DE INGRESO

##### 5.1.1.- Pacientes con Intento de Suicidio

Cuando el usuario ingresa en las unidades de urgencia o atención ambulatoria, **se procede a la hospitalización junto con la valoración de la situación orgánica del paciente:** estabilidad hemodinámica, delirium, etc. Además, el profesional que recibe al paciente deberá llenar el "Boletín de notificación de intento de suicidio"

	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021 Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

y/o autoagresión” (ver anexo 1), que deberá ser entregado a la Enfermero/a Encargado de la Unidad de Epidemiología del Hospital Santa Cruz.

### 5.1.2.- Pacientes con Ideación suicida

Frente a la presencia de ideación suicida, ya sea en servicio de urgencia o en atención ambulatoria u hospitalizado, se procederá a aplicar Escala Sad Persons (ver anexo 2).

#### Resultados Aplicación Escala Sad Persons:

<b>3 a 2 puntos</b>	control ambulatorio y derivación a APS.
<b>3 a 4 puntos</b>	<p>manejo ambulatorio intensivo.</p> <p>Se debe informar a los familiares sobre las medidas generales concerniente al manejo de un paciente con ideación suicida, las cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener al usuario bajo vigilancia (24 horas).</li> <li>- Restringir el acceso y/o retirar del hogar medios letales (cuchillos, cuerdas, fármacos, etc.).</li> <li>- El manejo de medicamentos será realizado por un adulto responsable.</li> <li>- Enviar al paciente con interconsulta a APS correspondiente a su comuna si no es usuario activo del Servicio de Salud Mental y Psiquiatría – COSAM Hospital Santa Cruz</li> <li>- Enviar al paciente con interconsulta a Servicio de Salud Mental y Psiquiatría – COSAM Hospital Santa Cruz, si este ya se encuentra en controles y es usuario activo.</li> </ul>
<b>5 a 6 puntos</b>	Eventual Hospitalización. Si se logra establecer un contrato terapéutico con el usuario, buena red de apoyo y un acceso oportuno a la red de atención de Salud Mental, se puede manejar ambulatoriamente con Interconsulta al Servicio de Salud Mental y Psiquiatría – COSAM Hospital Santa Cruz.
<b>7 a 10 puntos</b>	Hospitalización.

## 5.2 CRITERIOS DE INGRESO DE PACIENTES CON INTENTO O IDEACIÓN SUICIDA

1. Paciente que realiza un intento suicida. (califica para adultos / Infante juvenil).
2. Paciente con puntaje de Escala Sad Persons de 7 a 10 puntos. (califica solo desde los 15 años y más es aplicable).

	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021 Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

3. Paciente con puntaje de Escala Sad Persons de 5 a 6 puntos, si NO se logra establecer contrato terapéutico y/o red de apoyo social insuficiente.
4. Paciente con ideación suicida actual e intento suicida previo en un periodo menor a 3 meses, independiente del puntaje obtenido en la Escala de Sad Persons. (califica adultos /Infanto juvenil)
5. Condiciones especiales:
  - Ideación suicida ampliada con homicidio de hijos y cónyuge.
  - Pacto suicida .
  - Ideación suicida planificada con un método de alta letalidad.
  - Motivación altruista.

### 5.3 CRITERIOS DE EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO O IDEACIÓN SUICIDA

El egreso del paciente, se realizará mediante el alta médica la cual estará a cargo del Psiquiatra que realiza enlace en Hospitalizados; sin embargo, es importante precisar que el usuario es candidato al alta médica, si se ha descartado, estabilizado, compensado y/o tratado su situación orgánica (si correspondiese).

#### Los principales criterios de egreso son: (aplicables a usuarios adultos /Infanto Juvenil)

- Sin Ideación y/ o planes suicidas.
- Estabilidad psicopatológica en los casos que exista comorbilidad psiquiátrica.
- Con tratamiento biopsicosocial definido.
- Red social de apoyo de la persona identificada y contactada.

Si el alta médica es realizada por Psiquiatra, se realizará la epicrisis correspondiente con sus respectivas indicaciones y cuidados en domicilio (aplicable en adultos). Además, se le indicará al usuario y/o familiar responsable, dónde se realizará su control luego del alta.

Si el alta médica es realizada por Psiquiatra /o médico del Servicio de Pediatría, se realizará la epicrisis correspondiente con sus respectivas indicaciones y cuidados en domicilio (aplicable en Infanto juvenil). Además, se le indicará al usuario y/o familiar responsable, dónde se realizará su control luego del alta.

	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021 Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

#### 5.4 CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTE CON INTENTO O IDEACIÓN SUICIDA

La derivación del paciente la realizará el Psiquiatra quien podrá efectuar la interconsulta a UHICP Adulto, en Hospital de Rancagua, en los siguientes casos:

1. El paciente se encuentre hospitalizado por “Internación No Voluntaria de Urgencia” bajo una Resolución legal emitida por el Poder judicial en coordinación con autoridad sanitaria de acuerdo a las LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL No 21. 331.
2. Pacientes hospitalizados voluntariamente en Hospital de Santa Cruz, y que requieren de una precisión diagnóstica y/o tratamiento, el cual debe tratarse en un nivel mayor de atención de la especialidad.
3. Todo aquel usuario que requiera y cumpla un criterio clínico para ser derivado a UHCIP.

En caso de pacientes menores de 15 años, la derivación del paciente la realizará el Psiquiatra quien podrá efectuar la interconsulta a UHICP Infanto -Juvenil, en Hospital de Rancagua, en los siguientes casos:

- El paciente se encuentre hospitalizado hospital santa cruz por indicación de alguna entidad judicial
- Pacientes Ingresados por servicio de emergencia hospital santa cruz y que requieren de una precisión diagnóstica y/o tratamiento, el cual debe tratarse en un nivel mayor de atención de la especialidad.
- (NNA) que requiera y cumpla un criterio clínico para ser derivado a UHCIP Infanto Juvenil.

#### 5.5 MANEJO DE PACIENTES CON INTENTO O IDEACIÓN SUICIDA

1. Cuando se identifica un intento o ideación suicida en atención ambulatoria (policlínico), se activará este protocolo enviando al usuario al Servicio de Urgencia si lo requiere o iniciando su ingreso según lo descrito anteriormente.
2. Si el paciente ya se encuentra hospitalizado (por otros motivos que no sea un intento suicida) y realiza un intento suicida, se activarán y ejecutará el o los protocolos correspondientes al Servicio clínico donde se encuentra ingresado. Además, se aplicará y llenará el “Boletín de notificación de intento de suicidio y/o autoagresión”, es el Servicio Clínico además de quien debe realizar Interconsulta correspondiente para ser evaluado por Psiquiatra, el día hábil siguiente.
3. En el caso de que el paciente ya se encuentre hospitalizado (por intento suicida) y realice un intento suicida, deberá ser derivados a UTI adultos para su manejo y monitorización constante. Se llenará el Boletín correspondiente y el día hábil siguiente podrá ser reevaluado por Psiquiatra (mediante interconsulta).

	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021 Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

4. Si el paciente ya se encuentra hospitalizado y tiene ideación suicida, aplicar “Escala Sad Persons” (indicando el puntaje obtenido del usuario en la escala aplicada). y luego realizar y hacer llegar interconsulta a Servicio de Salud Mental y Psiquiatría - COSAM para ser evaluado por este equipo.

Los profesionales del equipo de Salud Mental, deberán llenar la **“Ficha del sistema de vigilancia de intentos de suicidio”**, cuyo original será entregado al encargado del registro de intentos suicidas (del Servicio de Salud Mental y Psiquiatría - COSAM y se dejará una copia anexada en ficha clínica. Y la tercera copia enviarla a la SEREMI de Salud O’Higgins

#### 6.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Fecha	Cambios
1	Septiembre 2021	Modificación de alcance, responsables, definiciones (se agrega suicidio consumado, conductas para suicidas).

#### 7.- REFERENCIAS

“PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: Orientaciones para su Implementación”, Ministerio de Salud, Año 2013.

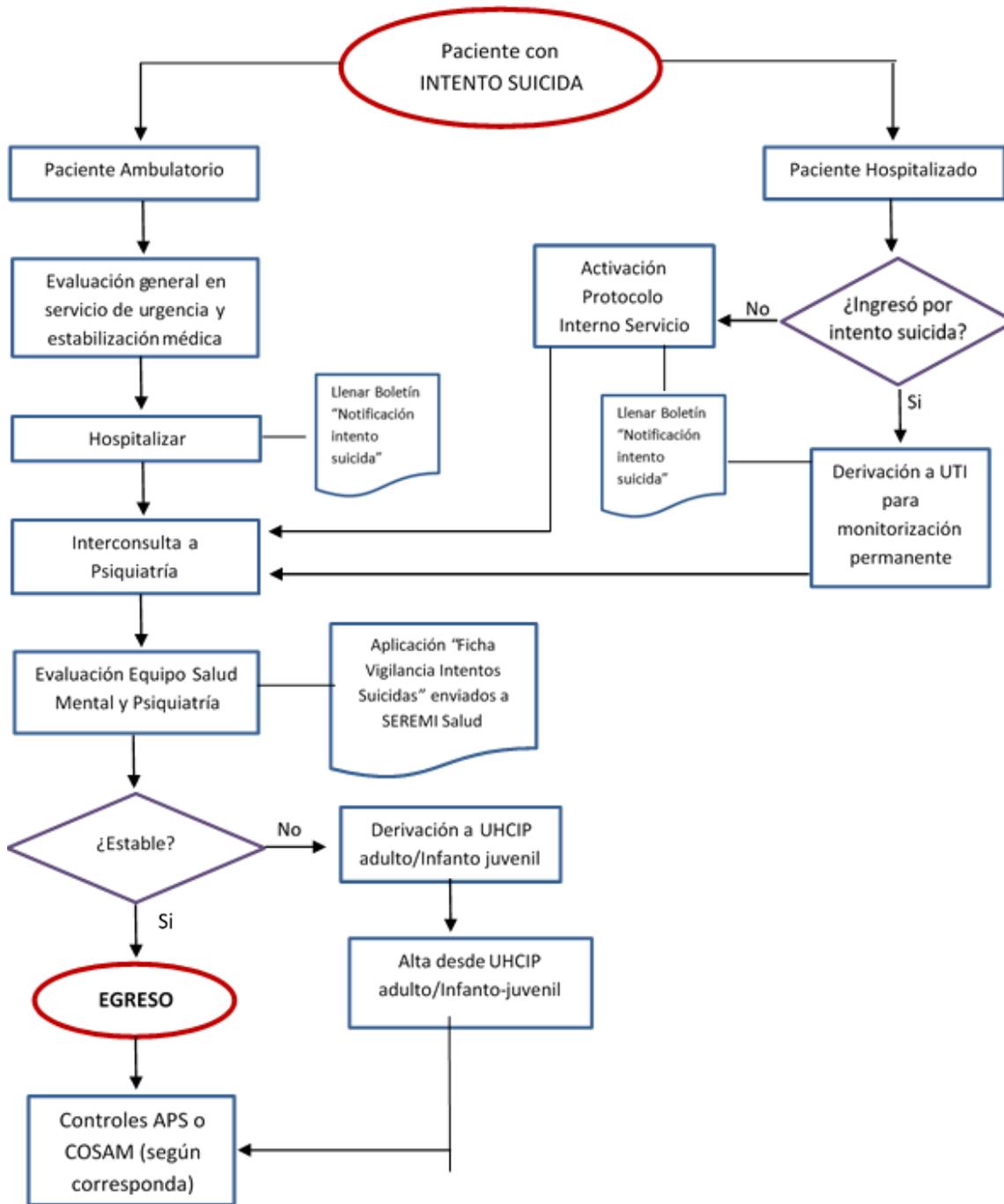
#### 8.- DISTRIBUCION

Servicio Salud Mental y Psiquiatría COSAM Hospital Santa Cruz  
 Servicio de Médico Quirúrgico  
 Servicio de Urgencia Adulto y Pediátrica.  
 Dpto. de la Mujer.  
 UTI Adultos.

	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021
		Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

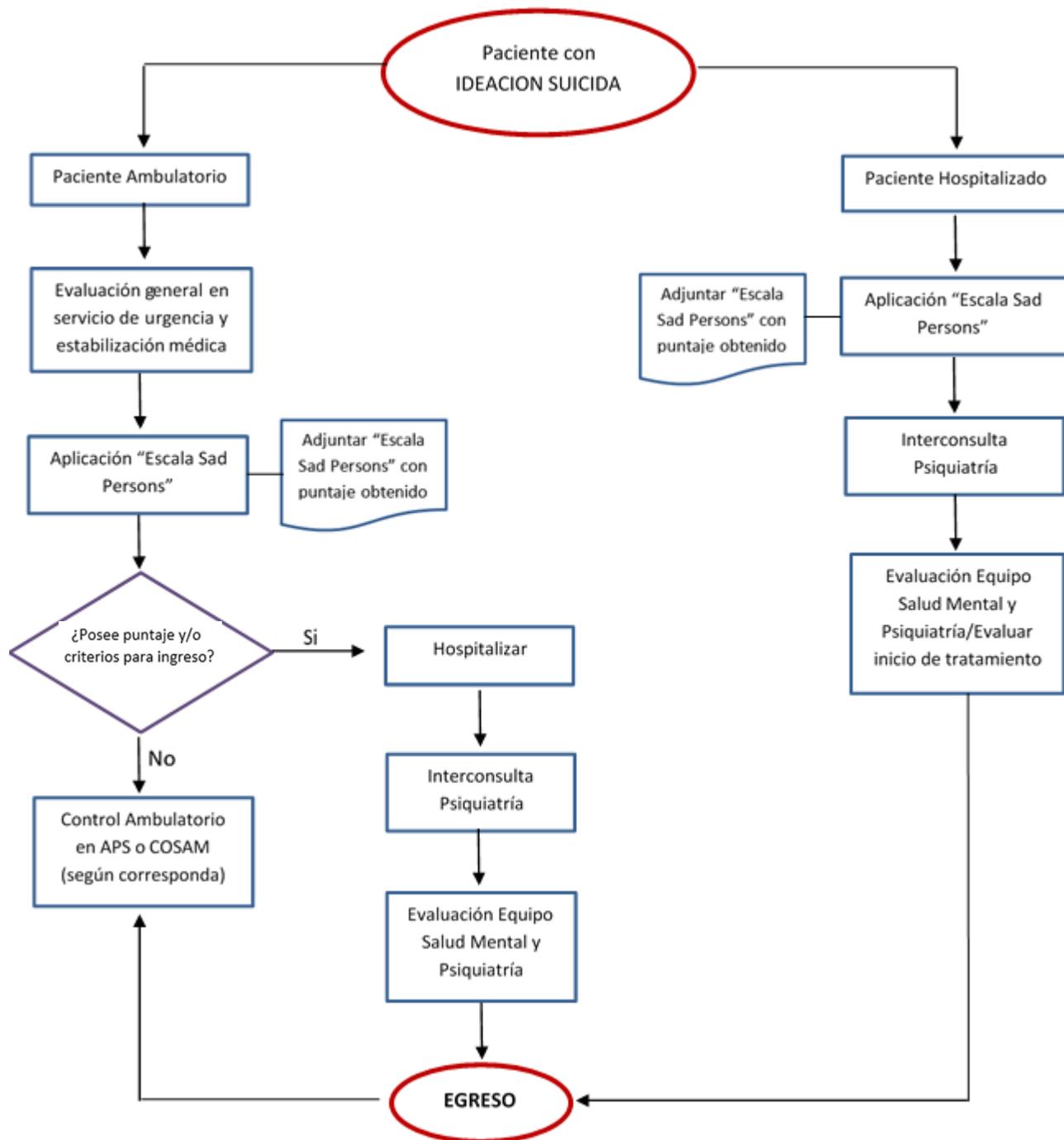
## 9.- FLUJOGRAMA

### Flujograma: **Pacientes con Intento Suicida**



	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021
		Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

Flujograma: **Pacientes con Ideación Suicida**



	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021 Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

## 10.- ANEXOS

### Anexo 1: "Boletín de Notificación de Intento de Suicidio y/o Autoagresión"

MINISTERIO DE SALUD  
SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD  
REGION DEL L. O. SERVICIOS O HOGARIS  
DPTO. DE SALUD PÚBLICA Y PLANIFICACIÓN SANITARIA  
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA - UNIDAD DE SALUD MENTAL

**BOLETIN DE NOTIFICACIÓN  
INTENTO DE SUICIDIO Y/O AUTOAGRESIÓN**

ESTABLECIMIENTO QUE NOTIFICA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

RUT [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ] FECHA DE NACIMIENTO [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ]

ESTADO CIVIL [ ][ ][ ][ ] OCUPACIÓN [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

ESCOLARIDAD [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

SEXO: HOMBRE  MUJER  EDAD [ ][ ][ ] PREVISIÓN [ ][ ][ ] NACIONALIDAD [ ][ ][ ][ ][ ]

**MARQUE CON UNA X SI PERTENECE O ES DESCENDIENTE DE UNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS ETNICOS?**

(1) AYMARAS  (2) RAPA NUI  (3) QUECHUA  (4) MAPUCHE   
 (5) ATACAMEÑO  (6) COYA  (7) KAWESGAR  (8) YAGAN   
 (9) DIAGUITA  (10) NO PERTENECE A NINGÚNO

TELEFONO CONTACTO PACIENTE \_\_\_\_\_

DOMICILIO (CALLE, N°, SECTOR) \_\_\_\_\_

COMUNA DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL INTENTO DE SUICIDIO**

FECHA DEL INTENTO [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ]

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

INTENTOS DE SUICIDIOS ANTERIORES SI  NO

SI ES AFIRMATIVA ¿CUANTOS INTENTOS ANTERIORES? [ ][ ]

ENFERMEDAD FÍSICA SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

EVENTO DESENCADENANTE SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**MARQUE CON UNA X EL O LOS METODOS UTILIZADOS EN EL INTENTO SUICIDA, PUEDE SER MAS DE UNO**

INGESTA DE FARMACOS  MATERIAL EXPLOSIVO   
 INGESTA DE PLAGUICIDAS O HERBICIDAS  HUMO, FUEGO Y LLAMAS   
 INGESTA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS  OBJETO CORTANTE   
 AHORCAMIENTO, ESTRANGULACIÓN Y SOFOCACIÓN  ARMA DE FUEGO   
 ARROJARSE O COLOCARSE DELANTE DE OBJETO EN MOVIMIENTO  AHOGAMIENTO O SUMERSIÓN   
 COLISIÓN DE VEHÍCULO A MOTOR  INHALACIÓN DE GASES   
 SALTAR DESDE LUGAR ELEVADO  OTRO A ESPECIFICAR

MARQUE CON UNA X SI REQUIERE HOSPITALIZACIÓN SI  NO

**DERIVACIÓN:** HOSPITALIZADO  ¿DÓNDE? \_\_\_\_\_

DERIVADO A OTRO ESTABLECIMIENTO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

CITADO PARA SEGUIMIENTO (ENLACE: APS U OTRO)  ESPECIFICAR ¿Cuál? \_\_\_\_\_

ENVIADO AL DOMICILIO

FALLECIDO

FECHA DE ATENCIÓN [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ]

FECHA DE NOTIFICACIÓN [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ]

NOMBRE PROFESIONAL QUE NOTIFICA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] TELEFONO [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021 Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

**Anexo 2: “Escala Sad Persons”**

**ESCALA DE EVALUACIÓN SAD PERSONS  
EVALUACIÓN A USUARIO CON INTENTO SUICIDA**

Nombre Paciente: .....  
 Rut:..... Edad.....  
 Nº de Ficha/Dato:..... Fecha:...../...../.....

**Evaluación de Factor de riesgo (Escala SAD PERSONS):**

- | <b>Si</b>             | <b>No</b>             |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hombre  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Edad: Hombre entre 15-24 o >75, Mujer entre 45-54   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Depresión.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Intentos previos.                                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Abuso de sustancias.                                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Pérdida de la razón (psicosis).                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sin red de apoyo.                                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Intento planificado.                                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ausencia de persona significativa (esposa/o pareja) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad avanzada o de mal pronóstico.            |

**Puntaje:** Si =1 punto No= 0 punto  
**Resultados:** 0-2 puntos: Control ambulatorio y derivación a APS.  
 3-4 puntos: Manejo ambulatorio intensivo.  
 5-6 puntos: Eventual Hospitalización.  
 7-10 puntos: Hospitalización.

**Paciente concurre:**  
 solo  con familiares

**Al alta, paciente:**  
 Derivado a centro de mayor complejidad.....  
 Se prioriza atención ambulatoria.....  
 Entregado a familiares.....

**Nombre y Firma de Responsable**

	CODIGO: HSC - GCL - 103	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.10	Vigencia: 5 Años
	Protocolo Criterio de Ingreso, Egreso y Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio	Fecha Aprobación: Octubre 2021 Fecha Termino Vigencia: Octubre 2026

Anexo 2: "Ficha de Sistema de Vigilancia Intentos de Suicidios"

MINISTERIO DE SALUD  
SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD  
REGION DEL L.G. BERNARDO O'HIGGINS  
DPTO. DE SALUD PUBLICA Y PLANIFICACION SANITARIA  
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA - UNIDAD DE SALUD MENTAL

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA  
REGION DE SALUD REGION DE O'HIGGINS

### FICHA SISTEMA DE VIGILANCIA INTENTOS DE SUICIDIOS

ESTABLECIMIENTO QUE NOTIFICA: \_\_\_\_\_

**DATOS IDENTIFICACION PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
RUT: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO:  HOMBRE  MUJER FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ PREVISION: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO CONTACTO PACIENTE: \_\_\_\_\_ CESFAM QUE ESTA INSCRITO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO (CALLE, Nº, SECTOR): \_\_\_\_\_ COMUNA DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE CONTACTO FAMILIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD	OCUPACION	SI ES ESTUDIANTE	¿PERTENECE O ES DESCENDIENTE DE UNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS ÉTNICOS?
S/ ESCOLARIDAD <input type="radio"/>	CESANTE <input type="radio"/>	NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL DONDE ESTUDIA: _____	(1) AYMARAS <input type="radio"/> (6) COYA <input type="radio"/>
BÁSICO <input type="radio"/>	DUEÑA DE CASA <input type="radio"/>	SI ES TRABAJADOR	(2) RAPA NUI <input type="radio"/> (7) KAWESQAR <input type="radio"/>
MEDIO <input type="radio"/>	PENSIONADO <input type="radio"/>		(3) QUECHUA <input type="radio"/> (8) YAGAN <input type="radio"/>
SUPERIOR <input type="radio"/>	ESTUDIANTE <input type="radio"/>	NOMBRE SECTOR OCUPACIONAL: _____	(4) MAPUCHE <input type="radio"/> (9) DIAGUITA <input type="radio"/>
ÚLTIMO AÑO CURSADO: _____	TRABAJADOR <input type="radio"/>		(5) ATACAMEÑO <input type="radio"/> (10) NINGUNO <input type="radio"/>

**ANTECEDENTES DEL INTENTO DE SUICIDIO**

FECHA DEL INTENTO: \_\_\_\_\_ EVENTO DESENCADENANTE: \_\_\_\_\_  
INTENTOS DE SUICIDIOS ANTERIORES: SI  NO  ¿CUANTOS?: \_\_\_\_\_  
ENFERMEDAD DE SALUD MENTAL: SI  NO  ¿CUAL?: \_\_\_\_\_  
ENFERMEDAD FÍSICA: SI  NO  ¿CUAL?: \_\_\_\_\_  
EN TRATAMIENTO SALUD MENTAL ACTUALMENTE: SI  NO  ¿DÓNDE?: \_\_\_\_\_  
TRATAMIENTOS ANTERIORES: SI  NO  ¿CUÁNDO? (AÑO): \_\_\_\_\_  
ABANDONO DE TRATAMIENTO: SI  NO  ¿CUÁNDO? (AÑO): \_\_\_\_\_  
OTROS: \_\_\_\_\_

**MARQUE CON UNA X EL O LOS MÉTODOS UTILIZADOS EN EL INTENTO SUICIDA; PUEDE SER MAS DE UNO**

INGESTA DE FARMACOS <input type="checkbox"/>	MATERIAL EXPLOSIVO <input type="checkbox"/>
INGESTA DE PLAGUICIDAS O HERBICIDAS <input type="checkbox"/>	HUMO, FUEGO Y LLAMAS <input type="checkbox"/>
INGESTA DE SUSTANCIAS QUIMICAS <input type="checkbox"/>	OBJETO CORTANTE <input type="checkbox"/>
AHORCAMIENTO, ESTRANGULACION Y SOFOCACION <input type="checkbox"/>	ARMA DE FUEGO <input type="checkbox"/>
ARROJARSE O COLOCARSE DELANTE DE OBJETOS EN MOVIMIENTO <input type="checkbox"/>	AHOGAMIENTO O SUMERSION <input type="checkbox"/>
COLISION DE VEHICULO A MOTOR <input type="checkbox"/>	INHALACION DE GASES <input type="checkbox"/>
SALTAR DESDE LUGAR ELEVADO <input type="checkbox"/>	OTRO A ESPECIFICAR: _____

**CUAL DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS DESCRIBE SU IDENTIDAD DE GENERO**

MASCULINO  TRANS  FEMENINO  INDETERMINADO  OTRO

**CUAL ES SU ORIENTACION SEXUAL**

HETEROSEXUAL  HOMOSEXUAL  BISEXUAL  OTRO: \_\_\_\_\_

**FILIACION**

HIJO BIOLÓGICO  HIJO ADOPTIVO  TIENE HIJOS: SI  NO  HIJOS MENORES DE 18 AÑOS: SI  NO

SITUACION HABITACIONAL	INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR
VIVE SOLO <input type="checkbox"/>	DE \$ 50.001 A \$ 200.000 <input type="checkbox"/>
VIVE CON SU FAMILIA <input type="checkbox"/>	DE \$ 200.001 A \$ 500.000 <input type="checkbox"/>
VIVE CON SU FAMILIA DE ORIGEN <input type="checkbox"/>	DE \$ 500.001 A \$ 1.000.000 <input type="checkbox"/>
VIVE CON OTROS NO FAMILIARES <input type="checkbox"/>	DE \$ 1.000.000 Y MÁS <input type="checkbox"/>
VIVE EN UNA INSTITUCION ¿CUAL?: _____	VIVE EN CALIDAD DE ALLEGADO <input type="checkbox"/>
	VIVE EN SITUACION DE CALLE <input type="checkbox"/>

**ÁREA GEOGRÁFICA**

URBANA  RURAL

**CARACTERIZACIÓN DEL INTENTO SUICIDA**

COMETIDO EN AISLAMIENTO  COMUNICO INTENCION SUICIDA: SI  NO   
INTERVENCIÓN DE TERCERO ES IMPROBABLE  REALIZÓ ARREGLOS PREVIOS: SI  NO   
TOMO PRECAUCIONES CONTRA LA INTERVENCIÓN DE OTROS  HUBO UN PACTO SUICIDA: SI  NO   
PREPARÓ DETALLADAMENTE EL INTENTO  TENTATIVAS EN EL ÚLTIMO MES: SI  CUÁNTAS: \_\_\_\_\_ NO   
DEJÓ NOTA O CARTA SUICIDA  FORMA PARTE DE UNA SERIE DE SUICIDIOS EN LA ZONA EN ESTE ÚLTIMO PERÍODO: SI  NO   
MANTUVO INTENCION EN SECRETO  CONSULTÓ PSICÓLOGO EN EL ÚLTIMO MES: SI  NO   
HUBO PREMEDITACION (MÁS DE TRES HORAS)  CUÁNDO: \_\_\_\_\_  
SU PROPOSITO ERA TERMINAR LA VIDA  DÓNDE: \_\_\_\_\_  
TOMÓ ALCOHOL PARA FACILITAR EL INTENTO

**LUGAR**

EN SU CASA  EN UN CENTRO PENITENCIARIO   
EN OTRA CASA  EN UN SERVICIO ASISTENCIAL   
EN EL TRABAJO  VIVE EN SITUACION DE CALLE   
OTROS (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_

**HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA**

DÓNDE: \_\_\_\_\_  
CUÁNDO: \_\_\_\_\_  
Nº DÍAS: \_\_\_\_\_ DERIVADO: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE ABUSO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS**

SI  NO  DESDE CUÁNDO: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE MALTRATO ACTUAL O EN LA INFANCIA**

SI  NO  DESDE CUÁNDO: \_\_\_\_\_

**HISTORIA PERSONAL DE ENFERMEDAD CRÓNICA O DISCAPACITANTE**

SI  NO  DESDE CUÁNDO: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES TRASTORNO DE SALUD MENTAL EN LA FAMILIA (QUIEN Y QUE ENFERMEDAD CONSIDERAR PAREJA) SI  NO   
¿QUIEN?: \_\_\_\_\_  
¿QUE ENFERMEDAD?: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICA (CRITERIOS CIE-10): MARCAR LA QUE CORRESPONDA Y PUEDE SER MÁS DE UNO**

TRASTORNOS DEL ANIMO  OTROS (E SPECIFICAR): \_\_\_\_\_  
TRASTORNOS DE ANSIEDAD  CONFIRMA EL CASO COMO INTENTO DE SUICIDIO: SI  NO   
TRASTORNO DE PERSONALIDAD   
ESQUIZOFRENIA  OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
DEPENDENCIA O ABUSO ALCOHOL / DROGAS

NOMBRE PROFESIONAL NOTIFICA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_