

FORMULARIO DE DETECCIÓN DE SUICIDIO Y DISCAPACIDAD MEDICA/MENTAL/DEL DESARROLLO

Condado:	Fecha/Hora	Nombre del Oficial:
Nombre del Preso:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:
		Mujer - Embarazada: Si No NS
Lesión grave / hospitalización en los últimos 90 días?	SI NO	Si la respuesta es si - describa:
Actualmente tomando cualquier medicamento recetado?	SI NO	Si la respuesta es si - Cuales:
Cualquier discapacidad / enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.)	No	Si la respuesta es si - describa:
Tiene antecedentes de abuso de drogas / alcohol? En caso afirmativo. Observe la sustancia y la última vez que se usó		
* Cree que tendrá síntomas de abstinencia al suspender el uso del medicamento u otra sustancia (incluido el alcohol o las drogas? Mientras está en la cárcel? En caso afirmativo, describa		
* Alguna vez ha tenido una lesión cerebral traumática, conmoción cerebral o pérdida de la conciencia? SI No Si la respuesta es si - describa:		

En caso afirmativo, notifique inmediatamente al médico o al supervisor

Coloque al recluso bajo vigilancia de suicidio en caso afirmativo a 1a-1d o en cualquier momento el carcelero / supervisor cree que está

	SI	NO	"SI" Requiere comentarios
--	----	----	---------------------------

SI ES SÍ A 1a, 1b, 1c o 1d A CONTINUACIÓN, NOTIFICAR INMEDIATAMENTE AL SUPERVISOR, MAGISTRADO Y SALUD MENTAL

El interno no puede responder preguntas? En caso afirmativo, anote el por qué, notifique al supervisor y colóquelo bajo vigilancia suicida hasta que se complete el formulario			
1a. El oficial de arresto / transporte cree o ha recibido el oficial información de que el preso puede estar en riesgo de suicidio?			
1b. Estás pensando en suicidarte hoy? Si es así, cómo:			
1c. Alguna vez has intentado suicidarte? Si es así, cuándo y cómo?			
1d. Se sientes desesperado o no esperar nada para un futuro?			

SI ES SÍ A 2-12 A CONTINUACIÓN, NOTIFICAR AL SUPERVISOR Y MAGISTRARSE. Notificar a la salud mental cuando se justifique

2. Escucha algún sonido o voz que la gente parece no escuchar?			
3. Actualmente cree que alguien puede controlar su mente o que otras personas pueden conocer sus pensamientos o leer su mente?			
4. Antes de su arresto, se sintió deprimido, deprimido o contento de hacer cosas?			
5. Tienes pesadillas, recuerdos o pensamientos o sentimientos repetidos relacionados con el TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO?			
6. Te preocupa que alguien pueda lastimarte o matarte? Si son mujeres, pregunte si temen a alguien cercano a ellas.			
7. Está extremadamente preocupado de perder su trabajo, posición, cónyuge, pareja, la custodia de sus hijos debido al arresto?			
8. Alguna vez ha recibido servicios por problemas de salud mental o emocional?			
9. Alguna vez ha sido hospitalizado por salud mental / emocional en el último año?			
10. En caso afirmativo a 8 o 9, ¿conoce su diagnóstico? Si no, escriba "No sabe" en los comentarios.			
11. En la escuela, ¿alguna vez los maestros te dijeron que tienes dificultades para aprender?			
12. ¿Ha perdido / ganado peso en las últimas semanas sin siquiera intentarlo (al menos 5 lbs)?			

SI ES SÍ A 13-16 A CONTINUACIÓN, NOTIFICAR INMEDIATAMENTE AL SUPERVISOR, MAGISTRADO Y SALUD MENTAL

13. Muestra el interno signos de depresión (tristeza, irritabilidad, aplanamiento emocional)?			
14. Muestra el interno algún comportamiento inusual, o actúa o habla extraño (no puede enfocar la atención, oír o ver cosas que no están allí)?			
15. El preso es incoherente, desorientado o muestra signos de enfermedad mental?			
16. El preso tiene signos visibles de autolesión reciente (cortes o marcas de ligadura)?			

Comentarios adicionales (Nota igualdad CCQ aquí):

Fecha y hora de notificación al magistrado:	Notificación a Salud Mental	Notificación al Dept. Medico
Electrónico o Escrito (círcule)	Fecha y Hora:	Fecha y Hora:

Firma del Supervisor, Fecha y Hora: