

Plan de seguridad para niños

Cuando llene este formulario, concéntrese en sus propias necesidades y lo que sería útil para usted en momentos de crisis. Su proveedor de cuidados de la salud quizá revise esta información junto con usted para analizar ideas.

Mi Compromiso para estar Seguro

Lo más importante para mí por lo que vale la pena vivir es: _____

Señales de alerta

¿Cuáles son algunas situaciones, personas, pensamientos y sentimientos que provocan los síntomas de depresión y auto destrucción?

Situaciones

Pensamientos

Personas

Sentimientos

Habilidades para afrontar situaciones

¿Qué habilidades para afrontar situaciones puedo usar que me ayuden a calmarme cuando tengo los pensamientos o sentimientos mencionados anteriormente? Me detendré y pensaré en estas habilidades. (Respirar profundamente, etc.)

- Yo puedo/lo haré: _____
- Yo puedo/lo haré: _____

¿Qué habilidades para afrontar situaciones puedo usar para ayudarme a estar en control?

(Actividades que me puedan distraer mientras desarrollo la fuerza para lidiar con el estrés y la presión, como hablar con alguien)

- Yo puedo/lo haré: _____
- Yo puedo/lo haré: _____

Tratamiento en el hogar

¿Cuál será mi tratamiento después de salir del hospital?

- Terapia: _____
- Medicamentos: _____
- Otro: _____

¿Qué pasos específicos puedo tomar que me ayudarán a seguir mejorando?

Continúa en la siguiente página →



Plan de seguridad para niños *(continuado)*

Mi Equipo de Apoyo

¿De qué manera específica puede mi familia o pareja ayudarme a ser más saludable?

¿Quiénes son las personas que me apoyarán de una manera positiva y saludable?

1. Nombre: _____ Número telefónico: _____

2. Nombre: _____ Número telefónico: _____

Cómo lograr que el entorno sea seguro

¿Cómo puedo hacer mi entorno más seguro? Por ejemplo, ¿puedo retirar los revólveres, los medicamentos y otros artículos?

1. _____

2. _____

Profesionales o agencias con los que me puedo comunicar durante una crisis

¿A quién puedo llamar para pedir ayuda? ¿A mi médico, a algún proveedor de salud mental, a una línea telefónica de emergencia por suicidio?

• Nombre del médico clínico: _____ Número telefónico: _____ Número de buscapersonas o de emergencia: _____

• Nombre del médico clínico: _____ Número telefónico: _____ Número de buscapersonas o de emergencia: _____

• Servicios locales de cuidados de urgencia: _____ Dirección: _____
Número telefónico: _____

Línea Nacional de Prevención del Suicidio: 1-800-273-TALK (8255)

Contrato Familiar — Reglas y Expectativas para el Hogar

La supervisión es una parte importante de la seguridad en el hogar.

Mis padres y yo tenemos que estar de acuerdo en las cuatro **preguntas** y en una **hora de llegada** antes de ir a algún lugar.

¿Con **quién** vas? ¿A **dónde** vas? ¿**Qué** harás? ¿**Cuándo** regresarás?

Si hay un cambio en los planes, siempre voy a llamar y dejar que mis padres sepan del cambio.

Hora de llegada durante la semana: _____ Hora de llegada los fines de semana: _____

Reglas básicas de la familia (las reglas que mantienen a la familia segura y demuestran respeto).

1. _____

2. _____

La Guía de Planificación de la Seguridad (*Safety Planning Guide*) ©2008 Barbara Stanley y Gregory K. Brown, se reproduce con el permiso expreso de los autores. Ninguna parte de la Guía de Planificación de Seguridad puede ser reproducida sin permiso expreso o por escrito. Suicidesafetyplan.com



© 2015 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados.
Patient and Provider Publications 801-442-2963 SP010S - 04/15
(Spanish translation 04/15 by Lingotek, Inc.)