

# 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](http://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.)