

# PLAN DE SEGURIDAD

## PREVENCIÓN DE SUICIDIO

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### SEÑALES DE ALERTA:

¿Cuáles son las experiencias y situaciones que te causan estrés, pánico, ansiedad, o depresión?

- 
- 
- 
- 

### SEÑALES DE ADVERTENCIA:

¿Cuáles son las señales de advertencia que empiezas a tener una crisis? Pueden ser pensamientos, emociones, o conducta.

- 
- 
- 
- 

### HABILIDADES PARA MANEJAR EL ESTRÉS:

¿Qué puedes hacer tú solo/a para calmarte, manejar el estrés, distraerte del problema, y sentirte mejor?

- 
- 
- 
- 

### PERSONAS DE CONFIANZA:

Si no es posible manejar tu angustia solo/a, contacta a algún adulto de confianza o llama a uno de los números de emergencia abajo para pedir ayuda:

- \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

### NÚMEROS DE CRISIS:

- 911 (cualquiera emergencia)**
- Jóvenes en Crisis: 1-800-448-3000
- Violencia Doméstica: 1-800-799-7233
- Prevención de Suicidio y Crisis: 988**
- Línea Nacional de Abuso de Niños: 1-800-422-4453
- Abuso de Drogas: 1-800-622-4357

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

# PLAN DE SEGURIDAD

## PREVENCIÓN DE SUICIDIO

### COMPROMISO DEL ADULTO RESPONSABLE:

Como el adulto responsable del joven, haré lo siguiente para asegurar que él/ella esté seguro/a:

Asegurar la supervisión apropiada del joven. Nuestro plan de supervisión es la siguiente:

---

Monitorear al comportamiento, estado de ánimo y actividades del joven. Saber dónde está el joven en todos momentos.

Monitorear al acceso del joven a objetos que pueden hacerle daño, tal como los cuchillos y otras cosas agudas, medicamentos, cuerdas, armas, etc.

### **Afirmo que hemos hablado de esta Plan de Seguridad:**

Nombre del Joven	Firma del Joven	Fecha
Nombre del Adulto Responsable	Firma del Adulto Responsable	Fecha
Nombre del Trabajador(a) de Caso	Firma del Trabajador(a) de Caso	Fecha



*Mantenga este plan en un lugar seguro.*