



PLAN DE SEGURIDAD

Nuestro plan para la seguridad, la estabilidad y el bienestar



Nombre: _____ Fecha: _____



DETONANTES Estas son las situaciones o experiencias que me hacen sentir molesto/a, estresado/a o inseguro/a:



SEÑALES DE ADVERTENCIA Estas son señales (tales como pensamientos, sentimientos, comportamientos o cosas que suceden a mi alrededor) de que las cosas están empezando a volverse inseguras o a escalar hacia una crisis:



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Estas son cosas que puedo hacer para calmarme, aliviar el estrés, distraerme del problema y sentirme mejor (como dibujar, técnicas de respiración, escuchar música, etc.):



LUGARES SEGUROS Si no me siento seguro/a donde estoy, puedo ir a uno de estos lugares seguros:



ADULTOS DE CONFIANZA Estos son adultos de confianza a quienes puedo llamar para pedir ayuda. Pueden ayudar a mantenerme a salvo.



PLAN DE SEGURIDAD

Nuestro plan para la seguridad, la estabilidad y el bienestar



NÚMEROS IMPORTANTES



Puedo llamar a uno de estos números para pedir ayuda si me siento inseguro/a o si soy víctima de cualquier tipo de abuso, negligencia o maltrato. Si me encuentro en peligro inmediato, debo llamar al 911.

- 911 (para cualquier emergencia)**
- Línea de prevención del suicidio y crisis: 988
- Línea nacional de ayuda contra el abuso infantil: 1-800-422-4453
- Línea nacional de violencia doméstica: 1-800-799-7233
- Línea nacional contra la Trata de Personas: 1-888-373-7888
- Hospital más cercano _____
- Abogado/a: _____
- Trabajador/a de casos: _____
- _____
- _____

COMPROMISO DEL JOVEN

- Sé que puedo confiar en mi juicio. Si una situación o una persona me hace sentir incómodo/a, me alejaré de la situación y se lo contaré a un adulto de confianza.
- Es importante mantener privada mi información personal, incluyendo mi dirección, número de teléfono y ubicación actual.
- Tendré precaución con lo que publique en las redes sociales, incluyendo WhatsApp, Facebook, Instagram, TikTok y Snapchat. Soy consciente de que las publicaciones realizadas desde mi teléfono móvil y en las redes sociales, incluidas las fotografías, podrían revelar mi ubicación.
- Conozco mis derechos como niño/joven en los Estados Unidos. Estos incluyen:
 - **Vivir en un ambiente seguro.**
 - **Tener padres o tutores que me cuiden.**
 - **Recibir tres comidas al día, vestir con ropa limpia, y vivir bajo un techo.**
 - **Tener privacidad cuando la necesito.**
 - **Ir a la escuela en un ambiente seguro, donde me traten igual a mis compañeros de clase.**
 - **Ser disciplinado sin el uso de intimidación o violencia.**
 - **Ser incluido en grupos sin importar mi raza, religión, o capacidad mental o física.**
 - **Vivir libre de abuso físico, verbal o emocional.**
 - **Vivir libre de abusado sexual, acoso o explotación de cualquier forma.**
- _____
- _____



PLAN DE SEGURIDAD

Nuestro plan para la seguridad, la estabilidad y el bienestar



COMPROMISO DEL ADULTO RESPONSABLE

Como el adulto responsable del joven, haré lo siguiente para garantizar su seguridad:

- Proporcionar las necesidades básicas del joven y promover hábitos saludables: alimentación, vestimenta, educación, atención médica, etc.
- Asegurar la supervisión apropiada de acuerdo a la edad y las necesidades individuales del joven. Nuestro plan de supervisión es lo siguiente: _____

- Establecer reglas y expectativas consistentes para el joven en el hogar. En nuestra casa, las reglas son: _____

- Apoyar al joven en el aprendizaje de conductas apropiadas para su edad, sin recurrir a la intimidación ni a la violencia. Nuestro plan de conducta incluye: _____

- Apoyar la participación del joven en actividades positivas, tales como: _____

- Esta es la palabra clave de nuestra familia si el joven avisarme de una situación peligrosa o un problema de seguridad: _____
- Si me siento abrumado o frustrado, tomaré los siguientes pasos para calmarme antes de reaccionar: _____

- _____
- _____

He participado en la creación del Plan de Seguridad mencionado anteriormente:



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



Guarde este plan en un lugar seguro.

