|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)**  Posner, Brent, Lucas, Gould, Stanley, Brown, Fisher, Zelazny, Burke, Oquendo, & Mann; © 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.  **Evaluacion de Riesgos** | | | | | | |
| **Instrucciones:** Marque todos los factores de riesgo y de proteccion que se aplican. Se completara despues de la entrevista con el paciente, revision de la historia clinica(s) y/o consulta con los miembros de la familia y/u otros profesionales. | | | | | | | | |
| **Ultimo 3 meses** | | | | **Suicidio y Auto-Lesion** | **Toda La Vida** | **Estado Clinico (Reciente)** | | |
|  | | | | Intento reales de suicidio  En la vida entera |  |  | Falta de esperanza | |
|  | | | | Intento interumpido  En la vida entera |  |  | Episodio Depresivo Mayor | |
|  | | | | Intentos abortados o auto-interumpido  En la vida entera |  |  | Episodio Afectivo Mixto (ejemplo: Bipolar) | |
|  | | | | Otros actos preparatorios para matarse  En la vida entera |  |  | Alucinacion que Mandan hacerte dano | |
|  | | | | Auto-lesion sin el intento de suicidio) |  |  | Comportamiento altamente impulsivo | |
| **Pensamientos de Suicidio**  **Marque el mas serio en el ultimo mes)** | | | | | |  | Abuso de sustancia o dependencia | |
|  | | | Deseas estar muerto | | |  | Agitacion o Anxiedad grave | |
|  | | | Pensamientos de suicidio | | |  | Carga percibida en la familia o otras personas | |
|  | | | Pensamientos de suicidio (pero sin un plan especifico o intento de completarlo) | | |  | Dolor fisico cronico o otro problema medico (VIH/ SIDA, COPD, cancer, etc.) | |
|  | | | Intento de suicidio (sin un plan especifico) | | |  | Pensamientos o ideas de homicidio | |
|  | | | Intento de suicidio | | |  | Comportamiento agresivo hacia otras personas | |
| **Eventos de Activacion (Reciente)** | | | | | |  | Metodo de suicidio disponible (pistola, pastillas,etc) | |
|  | | Reciente perdida o otros eventos negativos (ejemplo: legal, economico, relacion/amistad, etc) | | | |  | Niega o incapaz de estar de acuerdo con el plan de seguridad | |
| Describe: | | | | | |  | Abuso sexual (en la vida entera) | |
|  | Historial de suicidio en la familia (la vida entera) | |
|  | | Encarcelamiento pendiente o la falta de vivienda | | | | **Factores de Proteccion (reciente)** | | |
|  | | Aislamiento actual/ pendiente o sentirse solo | | | |  | Identifica razones para vivir | |
| **Historial de Tratamiento** | | | | | |  | Responsable por familia/otros; viviendo con familia | |
|  | | Diagnosticos/ tratamientos psiquiatricos anteriores | | | |  | Apoyo social y de familia | |
|  | | Sin esperanza o insatisfecho con el tratamiento | | | |  | Miedo a muerte o morir por dolor o sufrimiento | |
|  | | No cumple con el tratamiento | | | |  | Piensas que el suicidio es inmoral; Muy espiritual | |
|  | | No esta recibiendo tratamiento | | | |  | Participa/ comprometido en el trabajo o escuela | |
| **Otros Factores de Riesgo** | | | | | | **Otros Factores de Proteccion** | | |
|  | |  | | | |  |  | |
|  | |  | | | |  |  | |
|  | |  | | | |  |  | |
| **Describe qualquier comportamiento de suicidio, auto-lesion, o aggression (incluye las fechas)** | | | | | | | | |