|  |
| --- |
| **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)** |