

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)	
<input type="checkbox"/>	Intento reales de suicidio <input type="checkbox"/> En la vida entera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de esperanza
<input type="checkbox"/>	Intento interrumpido <input type="checkbox"/> En la vida entera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Episodio Depresivo Mayor
<input type="checkbox"/>	Intentos abortados o auto-interrumpido <input type="checkbox"/> En la vida entera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Episodio Afectivo Mixto (ejemplo: Bipolar)
<input type="checkbox"/>	Otros actos preparatorios para matarse <input type="checkbox"/> En la vida entera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alucinacion que Mandan hacerte dano
<input type="checkbox"/>	Auto-lesion sin el intento de suicidio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento altamente impulsivo
Pensamientos de Suicidio Marque el mas serio en el ultimo mes)			<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancia o dependencia
<input type="checkbox"/>	Deseas estar muerto			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pensamientos de suicidio			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pensamientos de suicidio (pero sin un plan especifico o intento de completarlo)			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio (sin un plan especifico)			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio			<input type="checkbox"/>
Eventos de Activacion (Reciente)			<input type="checkbox"/>	Metodo de suicidio disponible (pistola, pastillas,etc)
<input type="checkbox"/>	Reciente perdida o otros eventos negativos (ejemplo: legal, economico, relacion/amistad, etc)			<input type="checkbox"/>
Describe:			<input type="checkbox"/>	Abuso sexual (en la vida entera)
			<input type="checkbox"/>	Historial de suicidio en la familia (la vida entera)
<input type="checkbox"/>	Encarcelamiento pendiente o la falta de vivienda	Factores de Proteccion (reciente)		
<input type="checkbox"/>	Aislamiento actual/ pendiente o sentirse solo	<input type="checkbox"/>	Identifica razones para vivir	
Historial de Tratamiento			<input type="checkbox"/>	Responsable por familia/otros; viviendo con familia
<input type="checkbox"/>	Diagnosticos/ tratamientos psiquiatricos anteriores			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sin esperanza o insatisfecho con el tratamiento			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	No cumple con el tratamiento			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	No esta recibiendo tratamiento			<input type="checkbox"/>
Otros Factores de Riesgo			Otros Factores de Proteccion	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Describe cualquier comportamiento de suicidio, auto-lesion, o aggression (incluye las fechas)				