

## Evaluación de riesgo de suicidio

Patient Label

Para ayudar a su proveedor a saber cómo se ha sentido usted, responda las siguientes preguntas.

Responda estas preguntas respecto al último mes.	SÍ	NO
1. En el último mes, ¿ha deseado estar muerto o poder irse a dormir y no despertar?		
2. En el último mes, ¿ha pensado en suicidarse?		
3. En el último mes, ¿ha estado pensando en cómo podría suicidarse?		
4. En el último mes, ¿ha tenido la intención de actuar con respecto a esos pensamientos suicidas?		
5. En el último mes, ¿ha planeado algunos o todos los detalles sobre cómo suicidarse?		
6. <u>Si la respuesta a la pregunta n.º 5 es SÍ, ¿piensa llevar a cabo este plan?</u>		
7. ¿Alguna vez ha hecho algo o empezado a hacer algo, o se ha preparado para hacer algo, con el fin de terminar con su vida? Ejemplos: Almacenar medicamentos, conseguir un arma, regalar objetos valiosos, escribir un testamento o una carta suicida, sacar medicamentos pero no tomar ninguno, sostener el arma pero cambiar de opinión o que se la hayan quitado de las manos, subir al techo pero no saltar; o tomar las píldoras, intentar dispararse, cortarse, intentar ahorcarse, etc.		
8. <u>Si la respuesta a la pregunta n.º 7 es SÍ, ¿hace cuánto tiempo lo hizo?</u> <input type="checkbox"/> ¿Hace más de un año? <input type="checkbox"/> ¿Entre tres meses y un año? <input type="checkbox"/> ¿En los últimos tres meses?		

## Suicide Risk Assessment



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

To help your provider understand how you've been feeling, please complete the following questions.

Please answer these questions about the past month.	YES	NO
1. During the past month, have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?		
2. During the past month, have you actually had any thoughts of killing yourself?		
3. During the past month, have you been thinking about how you might kill yourself?		
4. During the past month, have you had some intention of acting on those suicidal thoughts?		
5. During the past month, have you worked out some or all of the details of how to kill yourself?		
6. <u>If YES to #5</u> , do you intend to carry out this plan?		
7. Have you ever done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life?  Examples: Collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump; or actually took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, etc.		
8. <u>If YES to #7</u> , how long ago did you do any of these?  <input type="checkbox"/> Over a year ago? <input type="checkbox"/> Between three months and a year ago? <input type="checkbox"/> Within the last three months?		