



Código único de Ficha _____

Fecha de notificación _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/DISA/DIRESA/GERESA _____

Establecimiento de Salud _____

Nivel de atención _____

Fecha de atención _____

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____ 2. N° H. Clínica _____

3. Fecha de Nacimiento _____ 4. Teléfono _____ 5. Celular (apoderado) _____ 6. N° DNI _____

7. Dirección Actual _____ 8. Departamento _____

9. Provincia _____ 10. Distrito _____ 11. Edad _____ 12. Sexo F M 13. Seguro de salud: Si () No () 14. Tipo de Seguro _____

15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres Hermanos Pareja Abandono Social Otros Especificar _____

16. Grado de Instrucción Sin instrucción Primaria Secundaria Universitario Técnico 17. Ocupación _____

18. Gestante: Si No Edad Gestacional _____ 19. Puerpera Si No Semanas Postparto _____

III. ANTECEDENTES

1. Antecedente de intento suicida Nunca Una Vez Dos Veces Más de dos veces

2. Edad del paciente en su primer intento suicida _____ 3. Número de intentos en el presente año _____

4. Tratamiento psicológico / psiquiátrico previo al/ los intento (s) Si No

IV. CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO ACTUAL

1. Motivo (s) del Intento

- a. Problemas con su pareja o cónyuge
- b. Problemas con sus padres
- c. Problemas con sus hijos
- d. Problemas con sus pares
- e. Problemas con otros parientes
- f. Problemas económicos
- g. Por problemas con su salud física
- h. Por problemas en su salud mental
- i. Experiencia violenta, inesperada o traumática Especificar: _____
- j. Otro Especificar: _____
- k. Sin motivo aparente
- l. Desastre natural

2. Planificación del intento Si No 3. Uso de sustancias psicoactivas No Alcohol Marihuana PBC Clorhidrato de cocaína Otro

4. Medio utilizado

- Ingesta de plaguicidas y órganos fosforados (ratidas, carbamatos, etc)
- Suspensión (ahorcamiento)
- Ingesta de medicamentos
- Arma blanca (hoja de afeitar, vidrio, tijera, cuchillo)
- Arma de fuego (pistola, revólver)
- Corrosivo (ácido muriático, desinfectante, lejía)
- Lanzamiento al vacío
- Otro
- Especificar: _____

5. Caso procedente de Comunidad Indígena Amazónica Si No

6. Etnia Amazónica Ashaninka Awajún Shipibo-Konibo Yanesha Otro Especificar: _____

V. DIAGNÓSTICO ACTUAL

1. Diagnóstico Psiquiátrico

Ninguno Episodio depresivo Esquizofrenia Alcoholismo Trastorno de la personalidad Trastorno depresivo recurrente Otros Especificar: _____

2. Diagnóstico de otra enfermedad médica

Ninguno TBC VIH/SIDA Cáncer Otros Especificar: _____

3. Tipo de violencia

Ninguna Físico Sexual Psicológico Negligencia

4. Condición final de la atención actual

Alta Alta voluntaria o fuga Referido Especificar nombre del EESS: _____ Hospitalizado Fallecido

VI. SEGUIMIENTO (3 meses)

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

a. Número de sesiones por tipo de intervención recibida

Consulta médica () Intervención individual () Intervención familiar ()
Consulta psicológica () Psicoterapia individual () Visita familiar integral ()

b. Completo número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud Si No

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

Realiza actividades Personal/familiares: Totalmente Parcialmente
Realiza actividades labores y/o estudiantiles: Totalmente Parcialmente
Realiza actividades sociales: Totalmente Parcialmente Mínima o ninguna

3. EVOLUCIÓN

Favorable Desfavorable sin repetición de intento suicida Alta Desfavorable con repetición de intento suicida Abandono de tratamiento Pérdida de Seguimiento