



PATIENT I.D. DATA /
DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
(name, DOC #, birthdate /
nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

MENTAL HEALTH SAFETY PLAN / PLAN DE SEGURIDAD DE SALUD MENTAL

Table with 3 columns: DATE / FECHA, FACILITY / INSTALACION, UNIT / UNIDAD (optional / opcional)

Safety Plan / Plan de Seguridad

List recommended actions for patient to take to stay safe (select from the list and/or add your own) /

Lista de acciones recomendadas al paciente para permanecer seguro (Seleccionar de la lista y/o agregar su propia):

- See my Primary Therapist, on a regular basis and follow recommendations.
Ver a mi terapeuta principal, regularmente y seguir sus recomendaciones.
Meet with my psychiatric prescriber to discuss medications if appropriate.
Reunirme con mi médico Siquiatra para discutir acerca de los medicamentos si es necesario.
If prescribed medications, take them as directed.
Si se prescribieron medicamentos, tómelos como se le indica.
Attend the therapy group so I can learn and apply some new skills that will help me to manage my distress better.
Asistir a terapia de grupo para poder aprender y aplicar algunas nuevas habilidades que me ayudaran a manejar mejor mi angustia.
List patient specific ideas to personalize the Safety Plan / Liste ideas concretas del paciente para personalizar el plan de seguridad:
Additional actions / Acciones Adicionales:

What warning signs could you or others be looking for to show you might be thinking of suicide in the future?
¿Qué señales de advertencia podría usted u otras personas notar si usted pudiera estar pensando en suicidio en el futuro?

What will you do when you recognize these signs? / ¿Qué haría usted cuando reconozca estas señales?

Who can you notify if you are feeling suicidal? (Be specific)
¿A quién podría notificarle si usted se siente suicida? (Sea específico)

Housing Considerations (check all that apply)
Consideraciones de Vivienda (marque todas las que correspondan)

- No alternate housing needs at this time / No hay necesidad de vivienda alternativa en este momento
Urgent transfer to another facility for MH reasons indicated
Traslado urgente a otra instalación por las razones de SM indicadas
Urgent referral to Residential Treatment Unit indicated
Remisión urgente a la unidad tratamiento residencial indicada
Routine referral to Residential Treatment Unit indicated
Remisión urgente a la unidad tratamiento residencial indicada
Other housing considerations / Otras consideraciones de vivienda:

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.
Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.



PATIENT I.D. DATA /
DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
(name, DOC #, birthdate /
nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

MENTAL HEALTH SAFETY PLAN / PLAN DE SEGURIDAD DE SALUD MENTAL

DATE / FECHA	FACILITY / INSTALACION	UNIT / UNIDAD (optional / opcional)
--------------	------------------------	-------------------------------------

Housing Unit Supervisor alert needed? / ¿Alerta necesaria al Supervisor de Unidad de Vivienda?

Yes/Sí No

Comments / Comentarios:

Once a Safety Plan is developed and agreed to, the patient signs and dates below:

Una vez que un plan de Seguridad es desarrollado y se ha acordado en él, el paciente firma y escribe la fecha abajo:

PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE

DATE / FECHA

CLINICIAN PRINTED NAME, TITLE, AND SIGNATURE / NOMBRE DEL MEDICO, TITULO, Y FIRMA

DATE / FECHA

All Safety Plans must be reviewed and signed by a Clinical Supervisor:

Todos los planes de Seguridad tienen que ser revisados y firmados por un Supervisor Clínico:

CLINICAL SUPERVISOR PRINTED/STAMPED NAME, TITLE, AND SIGNATURE
NOMBRE Y SELLO DEL SUPERVISOR CLINICO, TITULO, Y FIRMA

DATE / FECHA

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.
Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.