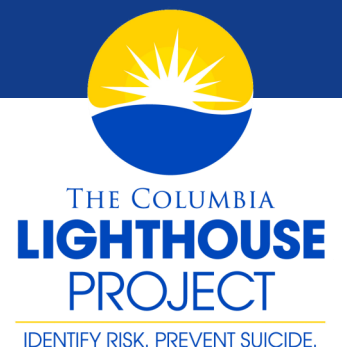




***A**SK FRIENDS & FAMILY*
***C**ARE FOR FRIENDS & FAMILY*
***E**MBRACE FRIENDS & FAMILY*

**See Reverse Side for
Questions that Can Save a Life**



Always ask questions 1 and 2.		Past Month	
1) Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?			
2) Have you actually had any thoughts about killing yourself?			
If YES to 2, ask questions 3, 4, 5 and 6. If NO to 2, skip to question 6.			
3) Have you been thinking about how you might do this?			
4) Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?		High Risk	
5) Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Did you intend to carry out this plan?		High Risk	
Always Ask Question 6		Life-time	Past 3 Months
6) Have you done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life? <i>Examples:</i> Took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, 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, collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, etc. If yes, was this within the past 3 months?			High Risk



If YES to 2 or 3, seek behavioral healthcare for further evaluation.
If the answer to 4, 5 or 6 is YES, get **immediate help: Call or text 988, call 911 or go to the emergency room.**
STAY WITH THEM until they can be evaluated.



Download Columbia Protocol app



Tri County CMO está implementando una iniciativa que alinea los principios de la Academia de Cero Suicidios con sus prácticas diarias. Para brindar una mejor atención a todos los jóvenes y minimizar los comportamientos de alto riesgo, todos los administradores de cuidado utilizarán la Escala de Severidad de Suicidio de Columbia en visitas periódicas con todos los jóvenes mayores de 12 años. Esta herramienta de evaluación breve de 6 preguntas se utiliza rutinariamente en escuelas y consultorios médicos por profesionales de la salud mental y proveedores no clínicos. Cada dos meses, el administrador de cuidado realizará esta evaluación que pregunta sobre pensamientos y comportamientos suicidas y realizará un seguimiento de cualquier riesgo identificado según los protocolos de la agencia. ¡Por favor, hágale saber a su Administrador de Cuidado si tiene alguna pregunta!

	Pasado Mes	
	Sí	No
Formule las preguntas que están en negrilla.		
Formule las preguntas 1 y 2		
1) ¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?		
2) ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?		
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.		
3) ¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo? Esto incluye a un(a) participante que diría: <i>"He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría".</i>		
4) ¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo? a diferencia de <i>"Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".</i>		
5) ¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tenía e intenciones de llevar a cabo este plan?		
6) ¿Alguna vez ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida? Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.		
Si la respuesta es "Sí", formule: ¿Fue esto en los últimos 3 meses?		