



DIGESA/DPES/PNSM

Ficha de Registro de Intento de Autoeliminación (IAE)

Prestador Integral de Salud _____

Fecha de Consulta ____/____/____

Fecha de IAE ____/____/____

Nombre _____ Sexo Fecha nac Edad CI

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Tel. _____ Celular _____

Dirección _____

Departamento _____ Localidad _____ Urbano

Rural

Persona de referencia _____ Teléfono de contacto _____

Vive con Familia/pareja Amigo

Solo Institución

Otros _____

Ocupación _____

Método utilizado para el IAE

Ahorcamiento Arma de fuego

Ingesta de sustancias tóxicas Fármacos

Inmersión Precipitación

Otros métodos (especifique)

Se encuentra en atención por problemas de Salud Mental SI NO NO SABE

Farmacológico Psicoterapia

Otros (especifique)

DISPOSITIVO DE SALUD INTERVINIENTE EN 1° INSTANCIA

Puerta de emergencia Otros

Médico de radio/ urgencia en domicilio

Policlínica Especifique _____

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

SERVICIO O EQUIPO DE SALUD MENTAL

Fecha ____/____/____ Concurrió Si No

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

Otros datos a completar por el profesional de salud mental

FACTORES DE RIESGO

IAE previos

Si No

Especifique: 1

Dos o más

Trastornos mentales:

Depresión

Alcoholismo

Esquizofrenia

Uso P sustancias

Otros

Enfermedades físicas crónicas y/o graves

Especifique

Aislamiento social

Situación laboral :

Desocupado

Jubilado

Eventos vitales estresantes

Duelo

Otras pérdidas

Otros

Historia familiar de suicidio

Otros

FACTORES DE PROTECCIÓN

Apoyo familiar

Buena integración social

Habilidad en la resolución de conflictos

Otros

—

—

—

—

—

—
—

—