



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología
Prevención y Control de
EnfermedadesANEXO 1: VIGILANCIA CENTINELA DEL INTENTO SUICIDA
FICHA DE REGISTRO

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

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 (raticidas, carbamatos, etc) Suspensión (ahorcamiento) Ingesta de alimentos
- 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 Yanasha 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 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA
LA FICHA DE REGISTRO