

SOS Signs of Suicide® Prevention Program

Informacion del Estudiante

Nombre (primer nombre y apellido): _____

Grado escolar: _____ Maestro de Homeroom: _____

Cuestionario para el Estudiante

- ¿Estás recibiendo tratamiento para la depresión? Sí No

Breve Prueba para la Depresión en los Adolescentes (BSAD)*

Por favor, contesta las siguientes preguntas con la mayor franqueza posible marcando "Sí" o "No" con un círculo.

En las últimas cuatro semanas...

1. ¿Has sentido que nada te parecía divertido y que nada te interesaba?	Sí	No
2. ¿Has tenido menos energía que de costumbre?	Sí	No
3. ¿Has sentido que no podías hacer nada bien o que no eres tan atractivo/a o inteligente como las demás personas?	Sí	No
4. ¿Has pensado seriamente en quitarte la vida o has hecho un intento de suicidio?	Sí	No
5. ALGUNA VEZ, EN TODA TU VIDA ¿has intentado matarte o has hecho un intento de suicidio?	Sí	No
6. ¿Te has sentido cansado/a incluso después de hacer esfuerzos pequeños?	Sí	No
7. ¿Te ha parecido que no podías pensar con la misma claridad o rapidez que de costumbre?	Sí	No

Identificando a un Adulto de Confianza

Anote el nombre de un adulto de confianza con quien podría contar si necesita ayuda para usted a un amigo (ejemplo: "Mi maestro de Ingles," "consejera," "mi madre," "tío," etc.)

En la escuela: _____ Fuera de la escuela: _____

Basado en el video y/o en el cuestionario/prueba, yo siento

- Necesito hablar con alguien hoy (emergencia)...
- Me gustaría hablar con alguien dentro de la semana (no de emergencia)...
- No necesito hablar con alguien...

...SOBRE MI MISMO O UN AMIGO