



MUERTE POR SUICIDIO (CÓD.901)  - INTENTO DE SUICIDIO (CÓD.902)

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE

TIPO ID:

No. IDENTIFICACION:

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

LUGAR DE LOS HECHOS

- 1. DOMICILIO
- 2. FINCA O PARAJE RURAL
- 3. ESTABLECIMIENTO PÚBLICO
- 4. VÍA PÚBLICA
- 5. LUGAR DE TRABAJO
- 6. CENTRO DE RECLUSIÓN
- 7. RIO /MAR
- 8. VEHICULO AUTOMOTOR
- 9. SIN DATOS
- 10. OTRO SITIO


CUAL: \_\_\_\_\_

MECANISMO QUE FUE UTILIZADO

- 1. ARMA DE FUEGO
- 2. AHORACAMIENTO
- 3. AHOGAMIENTO
- 4. INTOXICACIÓN


- 5. ARMA CORTOPUNZANTE
- 6. LANZAMIENTO AL VACIO
- 7. OTRO MEDIO
- 8. SIN INFORMACIÓN


EN CASO DE INTOXICACIÓN, ESPECIFICAR:

- 1. PLAGUICIDAS
- 2. FARMACOS
- 3. METANOL
- 4. SOLVENTES


- 5. SUSTANCIAS SPA
- 6. OTRA SUSTANCIA
- 7. SIN DATOS


NOMBRE PRODUCTO: \_\_\_\_\_

HORA DEL HECHO

		:		
HH : MM				

NARRACIÓN CORTA DE LOS HECHOS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATOS DE LA VICTIMA

ESCOLARIDAD

- 1. PRIMARIA
- 2. SECUNDARIA
- 3. TÉCNICA
- 4. UNIVERSITARIA
- 5. POSTGRADO
- 6. SIN ESCOLARIDAD

ESTADO CIVIL

- 1. CASADO
- 2. UNION LIBRE
- 3. VIUDO
- 4. SEPARADO
- 5. SOLTERO
- 6. SIN DATOS

COMUNIDAD LGTBI SI  NO

EVENTOS RELACIONADOS

- 1. DUELO RECIENTE
- 2. CONFLICTOS FAMILIARES
- 3. PROBLEMAS SENTIMENTALES
- 3. PROBLEMAS ESCOLARES
- 4. PROBLEMAS LABORALES
- 5. PROBLEMAS DE SALUD
- 6. CRISIS ECONOMICA
- 7. ANTECEDENTES SOCIALES
- 8. ANT. FAMILIARES CONSUMO SPA
- 9. CONSUMO DE SUSTANCIAS SPA
- 10. CONSUMO DE ALCOHOL
- 11. OTRO EVENTO
- 12. SIN DATOS


CUAL: \_\_\_\_\_

INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO

- SÍ
- NO
- SIN DATOS

FECHA DEL HECHO: DD/MM/AAAA

HOSPITALIZADO SI  NO

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL

- SÍ
- NO
- SIN DATOS

CUAL ENFERMEDAD MENTAL: \_\_\_\_\_

CONSUMO RECURRENTE DE SPA U OTRA SUSTANCIA

NOMBRE DE LA SUSTANCIA: \_\_\_\_\_

ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

- 1. ATENCIÓN PSICOSOCIAL
- 2. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ESPECIALZIADA
- 3. INFORME A LA AUTORIDAD
- 4. OTRA ACCIÓN EN SALUD PÚBLICA

CUAL: \_\_\_\_\_

DATOS DE QUIEN NOTIFICA

NOMBRE RESPONSABLE EN LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

SECTOR QUE NOTIFICA: SALUD  JUSTICIA  EDUCACIÓN  PROTECCIÓN  OTRO