Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aproximadamente a la(s) (hora) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el estudiante (nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_me reveló que él/ella ha contemplado la posibilidad de tomarse su propia vida. Después de una evaluación preliminar, es mi recomendación de que el estudiante sea evaluado más a fondo y se ha referido a SAMHC o CRC.

Southern Arizona Mental Health Corporation (SAMHC)

2502 N Dodge Blvd. #190

Tucson, AZ 85716 (520) 622-6000

O

Crisis Response Center (CRC)

2802 E District

Tucson, AZ 85714 (520) 770-9909

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) se entregará al padre de familia (nombre del padre/tutor), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que entiende la necesidad inmediata de comunicarse con SAMHC, CRC o un médico profesional familiarizado con el estudiante. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) y el padre de familia/tutor hará un seguimiento con el consejero escolar para informarle sobre los resultados después de la visita a la agencia de referencia.

Firma del padre de familia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del consejero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del administrador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_