

**FORMULARIO DE AUDITORIA DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS
PERSONAS CON INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN (IAE).**

FECHA: ___/___/___

DATOS DEL USUARIO/A:

CI: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento:

Hay registro en la Historia Clínica de con quien vive la persona: Si No S/D

Hay registro en la Historia Clínica de la situación laboral de la persona: Si No S/D

DATOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO:

1) Ingreso a la institución:

¿Hay registro respecto al servicio por el que ingresó? Sí No

Especifique cuál Policlínica: Emergencia: Domicilio:

¿Figura en la H.C. la valoración del riesgo? Si No

Especificar nivel de riesgo: alto moderado bajo

¿Consta en la H.C. que la persona fue valorada por psiquiatra? Sí No

¿Figura en la H.C. que la persona menor de 15 años permaneció en observación? Sí No

¿Requirió internación por causa psiquiátrica? Sí No

¿La internación se realizó en Sanatorio/ hospital general? Sí No

¿Se completó la primera sección de la ficha de registro (FRO- IAE)? Sí No Parcialmente

2) Consulta ambulatoria con equipo de salud mental:

¿Se efectivizó la consulta con equipo de salud mental antes de los 7 días? Sí No

El tratamiento integral en la H.C. incluye:

Adulto referente: Sí No

Articulación entre los distintos niveles de atención: Sí No

Articulación interinstitucional: Sí No

Articulación con espacio adolescente: Sí No

Se completó la segunda sección de la ficha de registro (FRO-IAE): Sí No Parcialmente

3) Seguimiento activo de la persona durante 6 meses:

¿Existe registro de las consultas de seguimiento? Sí No

En caso de inasistencia a las consultas estipuladas se realizó:

Llamado telefónico

Visitas domiciliarias

Re-coordinación de hora