**ACTA INSTITUCIONAL DE INTERVENCIÓN EN CRISIS POR IDEACIÓN O RIESGO SUICIDA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**

| Directivo:  |
| --- |
| Supervisor:  |
| Nombre de la Institución Educativa:  |
| Nivel Educativo: |   | CUE |   | Localidad: |
| Modalidad: |   | Orientación/es:  |  | Urbana \_\_\_\_ Rural \_\_\_\_ |
| Cantidad de Divisiones: |   | Matricula: |  | Mes: Ciclo Lectivo: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido**  | **DNI** | **Fecha de Nacimiento** |
| **Edad** | **Localidad de residencia** | **Domicilio** |
| **Obra Social** | **Teléfono** | **Responsable a cargo****Nombre y Apellido:****DNI:****Parentesco:****Teléfono:** |

**Breve reseña de la situación**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Contacto con línea de atención de situaciones de suicidio** |
| **Fecha**  |  |
| **Hora** |  |
| **Referente escolar que contactó a la línea** |  |
| **Referente de la línea con quien se contactaron** |  |
| **Derivación** |  |