**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** |  |