



Departamento de Justicia Juvenil de la Florida  
Prevención del Riesgo de Suicidio  
Notificación al Padre o Guardián

---

Yo, como padre o guardián, he sido notificado que un examen de Prevención del Riesgo de Suicidio ha determinado que mi hijo (a) \_\_\_\_\_ necesita una evaluación de salud mental que incluya una evaluación de riesgo de suicidio. He sido notificado que las respuestas de mi hijo(a) a las preguntas del examen de prevención de riesgo de suicidio indican que él/ella debe recibir  de inmediato  dentro de las próximas 24 horas una prueba de riesgo de suicidio.

Si usted necesita asistencia para obtener una evaluación de salud mental, que incluya una prueba de riesgo de suicidio, para su hijo(a) comuníquese con su doctor de familia, el centro de salud mental de su comunidad, la oficina del Departamento de Niños y Familia de su comunidad, la Línea Nacional de Esperanza, AYUDA, al 1-800-SUICIDA (1-800-784-2432) o la Red Nacional de Prevención del Suicidio al 1-888-628-9454.

Firmando en la línea abajo, confirmo que he recibido esta notificación y que comprendo la información que me fue provista.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre(s)/Guardián(s)

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre (En letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Nombre (En letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

La siguiente persona recibió la custodia del menor de edad:

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Relación)

Comentarios:

El representante del Departamento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre/Título

cc: Case File/Copia al Expediente