

Suicide Risk **Screening Tool**Ask **Suicide-Screening** Questions

Date/Time: _____

Name: _____/Screener _____

Ask the patient:

1. In the past few weeks, have you wished you were dead? ☐ Yes ☐ No
2. In the past few weeks, have you felt that you or your family would be better off if you were dead? ☐ Yes ☐ No
3. In the past week, have you been having thoughts about killing yourself? ☐ Yes ☐ No
4. Have you ever tried to kill yourself? ☐ Yes ☐ No

If yes, how? _____

When? _____

5. Are you having thoughts of killing yourself right now? ☐ Yes ☐ No

Next steps:

- If patient answers “No” to all questions 1 through 5, screening is complete. No intervention is necessary.
(*Note: Clinical judgment can always override a negative screen.)
- If patient answers “**Yes**” to any of questions 1 through 4, or refuses to answer, they are considered a **positive screen**. For assessing acuity, if the answer to Q5 was:
 - ☐ “**Yes**” to question #5 = **acute positive screen** (imminent risk identified).
 - **Initiate Jail Suicide Prevention Policy**. Place patient on suicide observation/watch.
 - **Contact the practitioner or mental health clinician responsible for the patient's care for further instruction.**
 - ☐ “**No**” to question #5 = **non-acute positive screen** (potential risk identified)
 - **Contact the practitioner or mental health clinician responsible for the patient's care for further instruction.**

The ASQ "Next Steps" have been adapted in consultation with detention facility mental health experts for use in detention facilities



Ask **Suicide-Screening** Questions

Fecha y hora: _____

Nombre: _____ /Evaluador: _____

Pregúntele al paciente: _____

1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto? ☐ Sí ☐ No
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto? ☐ Sí ☐ No
3. En la última semana, ¿ha pensado en matarse? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Alguna vez ha tratado de matarse? ☐ Sí ☐ No

Si contestó que sí, ¿cómo? _____

¿Cuándo? _____

5. ¿Está pensando en matarse en este momento? ☐ Sí ☐ No

Siguientes pasos:

- Si el paciente responde que “no” a todas las preguntas de la 1 a la 5, la evaluación está completa y no es necesario intervenir.
(*Nota: la opinión clínica siempre puede anteponerse a una prueba de detección negativa.)
- Si el paciente contesta que “sí” a cualquiera de las preguntas de la 1 a la 4 o se niega a responder, esto se considera una **prueba de detección positiva**.
 - ☐ “Sí” a la pregunta 5 = **prueba de detección positiva aguda** (identificación de riesgo inminente).
 - Ponga en práctica la política de prevención del suicidio de la cárcel. Ponga al paciente en observación o supervisión por riesgo de suicidio.
 - Contacte al proveedor o el médico de salud mental responsable de la atención del paciente para recibir más instrucciones.
 - ☐ “No” a la pregunta 5 = **prueba de detección positiva no aguda** (identificación de riesgo)
 - Contacte al proveedor o el médico de salud mental responsable de la atención del paciente para recibir más instrucciones.

Los “siguientes pasos” de ASQ se adaptaron con la colaboración de los expertos en salud mental de las instalaciones carcelarias para usar en las cárceles.