

Relevamiento en materia de suicidios y tentativas de suicidio del personal policial de la provincia de santa fe

### 1. DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

N.I:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Genero:

- F
- M
- Otros:

Observaciones:

### 2. DATOS FAMILIARES Y CONTEXTUALES

Cantidad de hijos/as y edades:

Grupo de conviviente:

Pareja actual

Si

No

La pareja trabaja en la fuerza

No

Si

Si es si, Jerarquía y destino:

### 3. DATOS DEL AREA LABORAL

#### Situación de revista

Servicio de tareas diferentes SI NO

Si realiza tareas diferentes, qué tipo de tareas realiza: *(aclaración de... por ahora sólo ven tareas diferentes y licencias medica (83 "A" o art. 14)*

Cuanto hace que se encuentra con tareas pasiva: Desde hasta

En disponibilidad SI NO

Retirado SI NO

Otras observaciones:

Antigüedad en la fuerza:

Si se encuentra en actividad, destino donde presta servicio:

DIRECCIÓN DE BIENESTAR POLICIAL DE LA POLICIA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE. Ministerio de Seguridad.

Restricción del armamento: SI NO  
Si es SI: desde hasta  
Posee otra arma además de la de la repartición: SI NO  
Medidas disciplinarias en los últimos 6 meses: SI NO  
Sumario administrativo: SI NO  
Sanciones: SI NO

Días de arresto:  
Apercibimiento:  
Cesantía:  
Exoneración:  
Denuncias /causas penales:

Licencias en los últimos meses

Otras observaciones:

#### 4. ANTECEDENTES DE SALUD

Curso alguna enfermedad grave los últimos 6 meses: SI NO  
En el caso afirmativo, describir:

Enfermedades familiares graves: SI NO  
En el caso afirmativo, describir:

Tratamientos psicológicos/psiquiátricos previos: SI NO  
En el caso afirmativo, describir:

Tratamientos psicológicos/psiquiátricos actuales: SI NO  
En el caso afirmativo, describir:

Antecedes de suicidio en la familia: SI NO  
En el caso afirmativo, describir:

Enfermedades psiquiátricas en la familia: SI NO  
En el caso afirmativo, describir:

### 5. EN CASO DE INTENTO DE SUICIDIO

Lugar donde se llevó a cabo el intento:

Centro medico al que fue derivado/a:

Dictamen de la junta medica:

Aptitud para el trabajo:

Restricción del armamento: SI NO

Cambio de destino: SI NO

Tareas diferentes: SI NO

Licencia: SI NO

### 6. SEGUIMIENTO DE INTENTO DE SUICIDIO

A los 7 días

Tratamiento psicológico/psiquiátrico en la actualidad:

Situación laboral:

Alta medica

---

A los 30 días

Tratamiento psicológico/psiquiátrico en la actualidad:

Situación laboral:

Alta medica:

---

A los 60 días

Tratamiento psicológico/psiquiátrico en la actualidad:

Situación laboral:

Alta médica:

---

A los 90 días

Tratamiento psicológico/psiquiátrico en la actualidad:

Situación laboral:

Alta medica:

---

### 7. INFORMACION SOBRE EL HECHO CONSUMADO

Descripción del hecho consumado:

Fecha y hora del hecho:

Región donde ocurrió:

Jurisdicción (unidad regional):

Lugar del hecho:           Domicilio particular  
                                  Vía publica  
                                  Dependencia policial  
                                  Otro:

Situación de servicio al momento del hecho:           Franco de servicio  
(en caso de personal en actividad)De servicio

Medio empleado:    arma de fuego, indicar:  
  a) Si es reglamentaria o particular  
  b) Si es propia o de terceros

arma blanca

ahorcamiento  
envenenamiento

sobreingesta medicamentosa

arrojamiento a vías del tren  
caída desde la altura  
otros:

### 8. ACTUACIONES DE POSVENCION

Contención familiar:

Contención a compañeros de trabajo:

Descripción breve: