



FICHA DE REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASOS CRÍTICOS

Protocolo de Crisis y Emergencia Psicológica – ISL

Uso exclusivo de la persona encargada de Crisis definido por la entidad empleadora.
Registrar solo información objetiva y necesaria, resguardando la confidencialidad.

1. DATOS GENERALES DEL CASO

- Fecha del incidente: _____
- Hora del incidente: _____
- Lugar / Unidad de trabajo: _____
- Nombre o código de la o el trabajador afectado: _____
(Uso de código recomendado según nivel de confidencialidad)

Tipo de situación (marcar):

Intento de suicidio
Ideación suicida
Crisis emocional severa Evento traumático (accidente, agresión, fallecimiento, hallazgo)
Testigo afectado

Otra: _____

- Persona que detecta o reporta la situación: _____
- Cargo: _____

Medio de aviso:

Directo
Telefónico
Correo
Tercero
Otro: _____

2. DESCRIPCIÓN BREVE DEL INCIDENTE

(Registrar solo hechos observables, sin diagnósticos, interpretaciones ni juicios de valor.)

3. EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO (OPERATIVA)

Riesgo vital inmediato:

Sí No

Señales observadas (marcar las que correspondan):

Verbalizaciones suicidas
Conductas autolesivas
Conducta desorganizada / pérdida de control
Presencia de arma, intoxicación o peligro físico
Crisis emocional severa / pánico
Evento traumático reciente

Otra: _____

Conclusión de la evaluación:

Riesgo alto (emergencia)
Riesgo moderado
Sin riesgo vital inmediato

4. ACCIONES INMEDIATAS REALIZADAS

(Marcar lo aplicado y complementar solo cuando sea necesario)

Contención inicial mediante Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

Breve descripción: _____

Traslado a espacio seguro y privado

No se dejó sola a la persona

Retiro o aseguramiento de objetos peligrosos (si corresponde)

Contacto con red personal de apoyo

Nombre: _____ Teléfono: _____

Llamado a servicios de emergencia
SAMU (131) Carabineros (133)

Hora: _____ Resultado: _____

Traslado a centro asistencial de urgencia

Centro: _____

Aviso a Gestión de Personas / Área Psicosocial

Aviso a jefatura directa

Activación del Organismo Administrador ISL

Hora: _____ Medio: Teléfono Correo Plataforma

Contacto ISL (si aplica): _____

Activación Programa APPS ISL (marcar):

Urgencias Psicológicas Individual
Contención Reactiva Grupal
Registro del hecho realizado (sin detalles sensibles)
Denuncia DIAT realizada (si corresponde)
Observaciones relevantes:

5. IDENTIFICACIÓN DEL ORIGEN DEL EVENTO (SI CORRESPONDE)

Violencia ejercida por terceros
Acoso laboral
Acoso sexual
Otra vivencia disruptiva de alto impacto emocional
No aplica
Activado Programa de Atención Psicológica Temprana ISL Ley 21.643 (Ley Karin)
Denuncia formal realizada por la persona afectada (según normativa):
Empleador Contraloría Dirección del Trabajo No aplica

6. SEGUIMIENTO INICIAL (24–72 HORAS)

- Contacto realizado por: _____
- Fecha: _____

Estado emocional observado:

Estable
Con angustia persistente
Requiere nueva evaluación
Derivado nuevamente

Acceso a atención de salud mental:

APS
Salud privada
ISL
No ha accedido

Medidas laborales transitorias adoptadas:

Ajuste de tareas
Jornada reducida
Teletrabajo temporal
Cambio transitorio de funciones
Ninguna

Observaciones:

7. SEGUIMIENTO INTERMEDIO (2–4 SEMANAS)

Revisión con jefatura:
Fecha: _____

Principales acuerdos o medidas:

Evaluación de reincorporación / adaptación laboral:

Adecuada
Requiere apoyos adicionales
Riesgo persistente

Acciones del ISL (si aplica):

Atención psicológica

Intervención grupal
Asesoría técnica
Prescripción de medidas preventivas

8. CIERRE DEL CASO

Fecha de cierre: _____

Condición al cierre:

Caso resuelto
En seguimiento clínico externo
Se mantiene vigilancia laboral
Derivado al ISL para monitoreo prolongado

Firma responsable entidad empleadora: _____

Nombre / Cargo: _____

Firma profesional ISL (si intervino): _____