

Estimado padre, madre o tutor:

Fulton County Schools se toma muy en serio la seguridad personal, social y física de nuestros estudiantes. Para poder abordar de forma proactiva los temas relacionados con la depresión y el suicidio infantil/adolescente, el distrito está brindando al personal docente capacitación sobre la prevención de suicidios y una lección sobre la prevención del suicidio estudiantil como parte del Programa de Prevención “Los Signos del Suicidio” (“Signs of Suicide Prevention” o SOS, por sus siglas en inglés). El programa SOS logró con éxito aumentar el número de estudiantes que buscan ayuda para ellos mismos o para un(a) amigo(a). Es el único programa escolar de prevención del suicidio seleccionado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias para su Registro Nacional de Programas y Prácticas basados en Evidencias que aborda el riesgo del suicidio y de la depresión, y que al mismo tiempo reduce los intentos de suicidio. Los objetivos de nuestro programa SOS son los siguientes:

- Explicar que el suicidio es una tragedia que se puede prevenir, que con frecuencia ocurre como resultado de una depresión que no se ha tratado.
- Brindar a los estudiantes la capacitación para saber identificar casos graves de depresión y un riesgo de suicidio potencial en un(a) amigo(a).
- Inculcar a los estudiantes que pueden ayudarse a sí mismos o a un(a) amigo(a) dando un simple paso: conversar con un adulto responsable sobre sus inquietudes.

El Departamento de Consejería Escolar local coordinará/presentará la lección “Los Signos del Suicidio” a través de las clases de Salud u otra clase adecuada en las siguientes fechas: _____.

Si **NO** desea que su hijo(a) participe en la lección sobre prevención del suicidio SOS en la escuela, complete el formulario adjunto y devuélvalo al Departamento de Consejería Escolar de su escuela. Si **NO** recibimos ninguna respuesta suya hasta el día _____, asumiremos que su hijo(a) tiene permiso para participar en este programa.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con relación a este programa, no dude en comunicarse con el Departamento de Consejería Escolar de su escuela.

Atentamente,

Yo, _

(Nombre del padre o madre)

NO le doy permiso a

(Nombre del estudiante)

para que participe en el programa de prevención “Los Signos del Suicidio” en la escuela. Este programa está agendado para empezar en la siguiente fecha:

(Se requiere firma del padre o madre en la página 2)

