

Name _____

Date _____

Events that are stressful (or trigger me)	What I can do to stay calm	People I can call for support
	<p>When feeling stressed or triggered:</p> <p>When feeling unsafe:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Name _____ Relationship _____ Phone _____ • Name _____ Relationship _____ Phone _____ • Name _____ Relationship _____ Phone _____
<p>Signs that I am having difficulty (Check all that apply)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Isolating/keeping to myself <input type="checkbox"/> Not taking my medications as prescribed <input type="checkbox"/> Changes in mood <input type="checkbox"/> Missing appointments <input type="checkbox"/> Alcohol or drug use <input type="checkbox"/> Changes in appetite <input type="checkbox"/> Changes in sleep <input type="checkbox"/> Thoughts of hurting self or others <input type="checkbox"/> Not completing daily tasks/routines <p>Other: _____</p>	<p>These are my safe places:</p> <p>Things people can do/say to help me when I'm upset:</p> <p>Things people should not do/say to help me when I'm upset:</p>	<p>Community support and other resources:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapist _____ Phone _____ • Local crisis team number _____ • 9-8-8 (Suicide and Crisis Lifeline) • 9-1-1 Local Emergency Room

Note: This form is designed to aid in (not take the place of) treatment from a licensed professional.

Eventos estresantes (o desencadenantes)	Lo que puedo hacer para mantener la calma	Personas a las que puedo llamar para pedir apoyo
	<p>Cuando siento estrés o un desencadenante:</p> <p>Cuando siento inseguridad:</p> <p>Estos son mis lugares seguros:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ • Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ • Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____
<p>Señales de que estoy teniendo dificultades</p> <p>(Marque todos los que correspondan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Aislarme/mantenerme alejado de los demás <input type="radio"/> No tomar mis medicamentos como me indicaron <input type="radio"/> Tener cambios en el estado de ánimo <input type="radio"/> Faltar a las citas <input type="radio"/> Consumir alcohol o drogas <input type="radio"/> Tener cambios en el apetito <input type="radio"/> Tener cambios en el sueño <input type="radio"/> Pensar en herirme a mí o a otros <input type="radio"/> No completar las tareas o rutinas diarias <p>Otro: _____</p>	<p>Cosas que la gente puede hacer/decir para ayudarme cuando me siento mal:</p> <p>Cosas que la gente no debe hacer/decir para ayudarme cuando me siento mal:</p>	<p>Apoyo comunitario y otros recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapeuta _____ Teléfono _____ • Número del equipo local para crisis _____ _____ • 9-8-8 (Línea para la prevención de crisis y suicidio) • 9-1-1 Sala de emergencias local

Nota: Este formulario está diseñado para ayudar en el tratamiento de un profesional autorizado (pero no para reemplazarlo).