



# MY DEPRESSION SELF-MANAGEMENT PLAN

DATE \_\_\_\_\_

PATIENT'S NAME \_\_\_\_\_

NEXT VISIT \_\_\_\_\_

PROVIDER NAME/NUMBER \_\_\_\_\_

GREEN ZONE

I FEEL GREAT!



### In the Green Zone, I am:

- Energetic.
- Feeling liked by others.
- Happy and hopeful about my life in general.
- Able to sleep.
- Eating normally.

I take this medicine EVERY DAY to keep my symptoms in CONTROL:

1. \_\_\_\_\_  
(NAME OF MEDICINE)  
\_\_\_\_ (DOSE),  
\_\_\_\_ times a day.
2. \_\_\_\_\_  
(NAME OF MEDICINE)  
\_\_\_\_ (DOSE),  
\_\_\_\_ times a day.
3. \_\_\_\_\_  
(NAME OF MEDICINE)  
\_\_\_\_ (DOSE),  
\_\_\_\_ times a day.

### What I can do:

- Take my medicine(s) daily.
- Go to my health-care provider regularly.
- Not use alcohol, tobacco, illegal drugs, or drugs that do not belong to me.
- Talk to friends and family about what is going on in my life.
- Participate with friends, family, and other activities.

YELLOW ZONE

MY SLEEP TIME AND APPETITE HAVE CHANGED, AND I FEEL ALONE.



### In the Yellow Zone, I:

- Find it hard to focus.
- Notice changes in sleep time or appetite.
- Feel angry.
- Cannot stop crying.
- Have poor grades.

### What I can do:

- Talk to a parent, friend, or counselor.
- Keep up with my hobbies or sports.
- Keep a regular schedule.

### CALL MY HEALTH CARE PROVIDER WHEN:

- Medicines have not been helping me.
- I feel worthless.
- I have not slept for 3 to 4 days.
- I gained or lost weight.

RED ZONE

I AM HAVING A CRISIS.

### In the Red Zone, I:

- Do not want to go to school.
- Am angry and want to hit someone.
- Have thoughts about suicide or homicide.
- Hear voices and/or think unusual things.

**DANGER ZONE:** Call your doctor immediately or go to the nearest emergency center. Suicide Prevention Lifeline: 1-800-273-8255.

QUESTIONS? Texas Children's Health Plan Nurse Help Line 24/7: 1-800-686-3831





# MI DEPRESIÓN PLAN DE MANEJO

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

PRÓXIMA CONSULTA

NOMBRE/NÚMERO DEL PROVEEDOR

ZONA VERDE

¡ME SIENTO ESTUPENDO!



### En la zona verde, yo:

- Estoy enérgico.
- Siento que les agrado a los demás
- Estoy feliz e ilusionado acerca de mi vida en general.
- Puedo dormir
- Me alimento de forma normal.

Tomo este medicamento **TODOS LOS DÍAS** para mantener mis síntomas bajo CONTROL:

1. \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL MEDICAMENTO)  
\_\_\_\_ (DOSIS),  
\_\_\_\_ veces al día.
2. \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL MEDICAMENTO)  
\_\_\_\_ (DOSIS),  
\_\_\_\_ veces al día.
3. \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL MEDICAMENTO)  
\_\_\_\_ (DOSIS),  
\_\_\_\_ veces al día.

### En la zona verde, yo:

- Tomaré mi medicamento/s a diario.
- Veré a mi proveedor de atención médica con frecuencia.
- No usaré alcohol, tabaco, drogas ilegales o medicamentos que no me pertenecen.
- Hablaré con mis amigos y familiares acerca de lo que sucede en mi vida.
- Participaré con amigos, familiares y en otras actividades.

ZONA AMARILLA

MIS HÁBITOS DE SUEÑO Y APETITO HAN CAMBIADO Y ME SIENTO SOLO.



### En la zona amarilla, yo:

- Hallo que me cuesta concentrarme.
- Noto cambios en las horas de sueño o el apetito.
- Me siento enojado.
- No puedo dejar de llorar.

- Tengo malas calificaciones.

### En la zona amarilla, yo:

- Hablaré con alguno de mis padres, amigos o consejero.
- Seguiré con mis pasatiempos o deportes.
- Mantendré un horario regular.

## LLAMARÉ A MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CUANDO:

- Los medicamentos no me ayuden.
- Sienta que no sirvo para nada.
- No haya dormido por 3-4 días.
- Aumente o baje de peso.

ZONA ROJA

TENGO UNA CRISIS.

### En la zona roja:

- No quiero ir al escuela.
- Estoy enojado y con ganas de golpear a alguien.

- Pienso en el suicidio u homicidio.
- Escucho voces y/o pienso cosas raras.

**ZONA DE PELIGRO:** Llame a su proveedor de inmediato o diríjase al centro de emergencias más cercano. Línea de Vida Nacional de Prevención del Suicidio: 1-800-273-8255.

¿PREGUNTAS? Línea de Asistencia de Enfermería de Texas Children's Health Plan las 24 /7: 1-800-686-3831