**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE INTERNACIONES INVOLUNTARIAS**

1. **Nombre y Apellido de la persona internada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Tipo de discapacidad:**

Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Intelectual ( )

Psicosocial ( ) Múltiple ( )

1. **Lugar de realización de la entrevista:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Fecha de realización de la entrevista:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **N° de Cédula de Identidad Civil**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Edad**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **Género**

Masculino Femenino Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Datos personales de la persona entrevistada:** (si contesta el paciente, se deja en blanco este apartado)

**Nombre y apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N° de C.I:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vínculo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Condición en la que se encuentra:** describir la situación de la persona, ejemplos: encamado, condición física, emocional, higiene, embarazo, entre otras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Expresiones y manifestaciones de la persona**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **LGBTI** SÍ NO obs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Pueblos originarios[[1]](#footnote-0)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Datos del área de salud:**
1. **Nombre del médico y/o especialista tratante (médico de cabecera):\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Nº de registro profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Otra especialidad que la atiende al paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Diagnóstico actual de la persona:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
5. **Medicamentos prescriptos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Datos del lugar donde se encuentra la persona con discapacidad:**
1. **Situación de los espacios físicos pertenecientes al establecimiento:**

*Habitaciones de internación en condiciones salubres* SÍ NO

*Sanitarios en condiciones salubres* SÍ NO

*Cuentan aires acondicionados*  SI NO

*Cuentan con calefacción*  SI NO

*Cuentan con ventilador de techo* SI NO 

*Patio en condiciones para personas* SÍ NO

**Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Datos relevados en la visita:**
1. **Indicios de hechos de violencia dentro del recinto de internación u hogar:**

SÍ NO 

1. **Recuerda la fecha del hecho o hace cuánto tiempo ocurrió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Recuerda la hora en que ocurrió el hecho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Tipo de hecho:** *Selecciona todas las que correspondan*



Física Psicológica Sexual

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Si existieren indicios ¿Qué derecho se vulneró?:** *Selecciona todas las que correspondan*

Acceso a la justicia Acceso a la salud Vínculo Familiar

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Describir brevemente el hecho:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **En caso de existencia de hechos de violencia física a la persona:**

*Selecciona todas los que correspondan*

Estirones Arrojaron objetos Bolsa en la cabeza

Empujones Golpe con objeto Puños, golpes con la mano

Patadas Hematomas visibles Cortes en el cuerpo

Exposición al clima Hambre Sed Aislamiento

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **En caso de violencia física ¿En qué parte del cuerpo lastimaron a la persona?**

*Selecciona todas los que correspondan*

Cabeza Rostro Abdomen

Extremidades Genitales

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **En caso de violencia psicológica:** *Selecciona todas los que correspondan*



Amenazas Agresión verbal

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **En caso de violencia sexual:** *Selecciona todas los que correspondan*

Violación

Amenazas de violación

Manoseos

Revisión de cavidades íntimas

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Indicar en qué momento ocurrieron los hechos:**

Al ingreso de la internación

Durante la internación:

En otro momento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Indicar espacio físico donde ocurrieron los hechos:**

Habitación de nosocomio Sanitarios

Salas de consultas médicas Patio

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Si el agresor pertenece a la Institución o vive con la persona, mencionar aquí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Nombre y Apellido del presunto agresor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Sabe si se realizó algún tipo de denuncia por el hecho relatado:**

SI NO 

A quién o donde?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Anexos:**
* Tomas fotográficas (indicar si se adjunta o no): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Medidas de urgencia a ser adoptadas inmediatamente:**

Denuncia ante el Ministerio Público 

Denuncia ante Juzgado de Paz

Solicitud de traslado a otro centro

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA Y ACLARACIÓN FIRMA Y ACLARACIÓN DEL**

**DEL ENTREVISTADO**

 **DEFENSOR PÚBLICO/A**

1. Pueden ser: Aché, Ava Guaraní, Mbyá Páî Tavyterâ, Guaraní Ñandeva, Guaraní Occidental, Toba Maskoy, Enlhet Norte, Enxet Sur, Sanapaná, Toba, Angaité, Guaná, Nivaclé, Maká, Manjui, Ayoreo, Yvytoso, Tomárâho, Toba-Qom, Otro. [↑](#footnote-ref-0)