**HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA**

Nombre: Apellido Paterno: Apellido Materno:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de Expediente: | Edad: | Sexo: | Fecha Nacimiento: | / | / |
| Unidad médica: | Estado civil: | Ocupación: | Hora: |  |  |

Procedencia: Nombre de familiar: Contacto de familiar: Prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección. Cédula Profesional: Nombre: Apellido Paterno: Apellido Materno:

|  |  |
| --- | --- |
| **VIOLENCIA PSICOLÓGICA** | |
| **Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:** | |
| **¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?** | **Si ¿Quién lo hizo? No** |
| **¿Le ha menospreciado o humillado?** | **Si ¿Quién lo hizo? No** |
| **¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?** | **Si ¿Quién lo hizo? No** |
| **Sospecha.**  **Anote indicadores de sospecha:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VIOLENCIA FÍSICA** | |
| **Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:** | |
| **¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas u otras lesiones?** | **Si ¿Quién lo hizo? No** |
| **¿Le ha tratado de ahorcar? Si ¿Quién lo hizo? No** | **Si ¿Quién lo hizo? No** |
| **¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?** | **Si ¿Quién lo hizo? No** |
| **Sospecha.**  **Anote indicadores de sospecha:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VIOLENCIA SEXUAL** | | | |
| **Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:** | | | |
| **¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?** | **Si** | **¿Quién lo hizo?** | **No** |
| **¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?** | **Si** | **¿Quién lo hizo?** | **No** |
| **¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?** | **Si** | **¿Quién lo hizo?** | **No** |
| **¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?** | **Si** | **¿Quién lo hizo?** | **No** |
| **Si él o la usuaria responde afirmativamente más de una de las preguntas de la Sección 1 o a cualquiera de las preguntas de las Secciones 2 y 3 está viviendo en situación de violencia. Debe realizarse evaluación de riesgo.** | | | |