

**CONFIDENCIAL****Consentimiento para compartir la información**

*Se deberá leer este formulario a la/el víctima/sobreviviente o su tutor/a en su idioma materno. Se deberá explicar claramente a la/el usuaria/o que puede seleccionar cualquiera o ninguna de las opciones presentadas.*

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a (**nombre de su organización**) para que comparta la información acerca del incidente que les he notificado, según se explica a continuación:

1. Entiendo que al otorgar mi autorización al pie de este documento, estoy dando a (**nombre de su organización**) permiso para compartir alguna información de mi caso con base en mi declaración sobre el incidente al proveedor o los proveedores que he indicado, de manera que pueda recibir ayuda para mis necesidades de seguridad, salud, psicosociales o legales.

Entiendo que la información compartida se tratará de manera confidencial y respetuosa, y solo se compartirá cuando sea necesario para prestarme la ayuda que he solicitado.

Entiendo que compartir esta información significa que alguna persona de las organizaciones o servicios marcados en las casillas podrá comunicarse conmigo. Tengo el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento con respecto a compartir la información total o parcialmente respecto de los servicios señalados

Desearía que la información sea compartida a los siguientes servicios:

(Marque todas las casillas que correspondan, y especifique el nombre, establecimiento y organismo u organización que corresponda)

- Servicios psicosociales o de orientación (especifique): \_\_\_\_\_
- Servicios médicos o de salud (especifique): \_\_\_\_\_
- Servicios de Justicia o Seguridad:  
Policía: \_\_\_\_\_  
Fiscalía: \_\_\_\_\_  
Comisaría: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_
- Servicios de protección (especifique): \_\_\_\_\_
- Otros (especifique tipo de servicio, nombre y organización): \_\_\_\_\_

**1. Autorización que debe marcar la/el víctima/sobreviviente: Sí  No**

**(O uno de los padres o su tutor si la/el víctima/ sobreviviente es NNA menor de 18 años)**

2. He sido informado(a), y entiendo, que parte de la información, en forma no identificable, podría ser compartida para elaborar informes. Cualquier información que se intercambie no será específicamente acerca de mí o del incidente. No será posible que alguien me identifique basándose en la información que se intercambie. Entiendo que la información compartida será tratada en forma confidencial y respetuosa.

**Firma o huella digital de la/el víctima/sobreviviente**

*(o de uno de los padres o del tutor si la/el víctima/sobreviviente es menor de 18 años)*

<b>2. Autorización que debe marcar la/el víctima/sobreviviente:</b> <i>(o uno de los padres o su tutor si la/el superviviente es menor de 18 años)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Firma/Huella digital de la/el víctima o sobreviviente.

\_\_\_\_\_

**Código de persona que tramita el consentimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA EL MANEJO DEL CASO**

*(OPCIONAL-BORRE SI NO ES NECESARIA)*

*Nombre de la/el víctima/sobreviviente:* \_\_\_\_\_

*Número y tipo de documento de identidad:* \_\_\_\_\_

*Nombre del/a tutor/a u otra persona que se ocupa de la/el víctima/sobreviviente (si es menor de edad):* \_\_\_\_\_

*Número y tipo de documento de identidad del/a tutor/a (si es niño, niña o adolescente):*

\_\_\_\_\_

*Número de teléfono:* \_\_\_\_\_ *Celular:* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

*Nombre y número de celular de persona cercana:* \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE**

**POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE:**

Deberá explicar en qué consiste el Formulario de consentimiento *al comenzar* su reunión con la/el víctima/sobreviviente y llenarlo *después* de que haya llenado el formulario de admisión.

No adjunte el Formulario de consentimiento directamente al Formulario de admisión; deberá guardarse por separado para garantizar la confidencialidad de la información suministrada por la/el víctima/sobreviviente.

**CONFIDENCIAL**  
**CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN MÉDICO**

**Nota para ella médico/a:**

Este formulario debe ser leído a la víctima/sobreviviente o a su tutor/a en su lenguaje materno. Explique claramente a la/el víctima/sobreviviente el procedimiento a seguir para el examen médico y permítale a ella o él o elegir alguna o ninguna de las opciones que se describen a continuación. La/el víctima/sobreviviente puede cambiar su decisión en cualquier momento y un nuevo formato deberá ser completado.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso a \_\_\_\_\_ para  
(Nombre de la/el la víctima/sobreviviente) (Nombre, título del médico/a e IPS)  
realizar las siguientes pruebas (seleccione una opción, no las deje en blanco):

1. Un examen médico:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
2. Un examen pélvico:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
3. Un examen con espéculo (Si es médicamente necesario):	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
4. Recolección de evidencia, tal como muestras de fluido corporal, ropa, cabello, raspaduras o cortes, uñas:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
5. Muestra de sangre:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Yo tengo conocimiento y puedo rechazar cualquier aspecto del examen y decidir no continuar con el mismo.

Firma de la/el paciente: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento de identidad: \_\_\_\_\_

Firma del/la representante (si la/el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento de identidad del/la tutor/a (si es menor de edad):  
\_\_\_\_\_

Código del/a médico/a: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre y número de celular de persona cercana: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE:**

Deberá explicar en qué consiste el Formulario de consentimiento *al comenzar* su reunión con la/el víctima/sobreviviente y llenarlo *después* de que haya llenado el formulario de admisión.

**No adjunte el Formulario de consentimiento directamente al Formulario de admisión; deberá guardarse por separado para garantizar la confidencialidad de la información suministrada por la/el víctima/sobreviviente.**

ID DEL INCIDENTE

FORMULARIO GBVIMS

Código del/la  
víctima/sobreviviente

<b>Instrucciones</b>	1- Este formulario deberá llenarlo un/a administrador/a de casos, trabajador/a social, médico/a, enfermera u otra persona autorizada que preste servicios a la/el víctima/sobreviviente.
	2- Tenga en cuenta que las preguntas seguidas de un asterisco* deben permanecer en el formulario de admisión y deben ser contestadas. Estas preguntas forman parte de un conjunto de datos mínimos esenciales para el sistema.
	3- A menos que se especifique lo contrario, marque siempre <u>un sólo</u> campo de respuesta para cada pregunta.
	4- Este formulario es sólo para diligenciar los incidentes de violencia basada en género.

Antes de comenzar la entrevista, por favor asegúrese de recordarle a la/el sobreviviente que toda la información que suministre será de carácter confidencial, y que puede optar por no contestar cualquiera de las preguntas siguientes

## SECCIÓN GENERAL PARA TODOS LOS FORMULARIOS

### 1- Información administrativa

ID del incidente*:	Código del/la víctima/sobreviviente:	Código del administrador/a del caso:
1.1. Fecha de la entrevista (día /mes /año) *:	1.2. Fecha del incidente ( día /mes /año) *:	
1.3. <input type="checkbox"/> Caso notificado por la/el víctima/sobreviviente o por el acompañante del/la víctima/sobreviviente y la/el víctima/sobreviviente está presente en el momento de la notificación* (Estos incidentes serán ingresados en el Sistema)		
<input type="checkbox"/> Caso notificado por alguien distinto del la/el víctima/sobreviviente y la/el víctima/sobreviviente no está presente en el momento de la notificación (Estos incidentes <u>no</u> serán ingresados en el Sistema)		

### 2- Información de la/el víctima/sobreviviente

2.1. Fecha de nacimiento (aproximada si es necesario) *:	2.2. Sexo*: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Intersexual		
2.3. Grupo étnico*: <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Afrocolombiano/ Negro/ Palenquero <input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> Mestiza/o <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No responde			
2.4. Orientación Sexual/ Identidad de género*: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No responde			
2.5. País de origen* <sup>o</sup> : <input type="checkbox"/> Colombia <input type="checkbox"/> Panamá <input type="checkbox"/> Ecuador <input type="checkbox"/> Venezuela <input type="checkbox"/> Perú <input type="checkbox"/> Otro (especifique) : _____			
2.6. Estado civil actual*: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) o en unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) o separado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)			
2.7. Número de hijos y otras personas dependientes: _____, edades: <input type="checkbox"/> 0 – 11 <input type="checkbox"/> 12 – 17 <input type="checkbox"/> 18 – 25 <input type="checkbox"/> 26 – 40 <input type="checkbox"/> 41 – 60 <input type="checkbox"/> 61 o más			
2.8. Ocupación:			
2.9. ¿La/el víctima/sobreviviente sabe leer y escribir? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
2.10. Nivel Escolar: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria o técnica <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Ninguno			
2.11. Situación de desplazamiento en el momento del reporte del caso: <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Desplazado interno <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Apátrida <input type="checkbox"/> Repatriado/Retornado <input type="checkbox"/> Reubicado <input type="checkbox"/> Solicitante de asilo <input type="checkbox"/> Apátrida <input type="checkbox"/> Otra			
2.12. ¿La/el víctima/sobreviviente reporta alguna discapacidad? * <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Discapacidad mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Discapacidad sensorial			

2.13. ¿Es la/el víctima/sobreviviente un niño, niña adolescente (NNA) no acompañado/a, niño/a separado/a o niño/a con alguna otra situación de vulnerabilidad?\*

No  NNA no acompañado/a  NNA separado /a  NNA con otra vulnerabilidad

**Subsección para niños(as) víctimas/sobrevivientes (Niños, Niñas y Adolescentes menores de 18 años)**

2.14. Si la/el víctima/sobreviviente es un niño, niña adolescente (NNA) menor de 18 años, ¿vive sola/o?  Sí  No (si la respuesta es "No", conteste las dos preguntas siguientes)

2.15. Si el/la víctima/sobreviviente vive con alguien, ¿qué relación tiene la/el NNA con la persona que lo/a cuida?

Padre/madre o tutor (a)  Padrastro/madrastra  Pariente  Esposo/a o en unión libre  Otra: \_\_\_\_\_

2.16. La niña, niño o adolescente asiste a la escuela?  Sí  No

### 3-Detalles del incidente

3.1. Relato o descripción del incidente (resuma los detalles del incidente en las palabras que utilice la/el víctima/sobreviviente). En todo caso, asegúrese de recoger las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

3.2 La/el víctima/sobreviviente perdió la conciencia durante el incidente?  Sí  No

3.3 ¿Se utilizó algún tipo de sustancia para poner a el/la víctima/sobreviviente en estado de indefensión?  Sí  No

3.4. Etapa de desplazamiento en el momento del incidente\*:

No desplazado/a o en su comunidad de origen  Durante la huida  Durante la repatriación o en tránsito  Otra: \_\_\_\_\_  
 Antes del desplazamiento  Durante el refugio  Después del desplazamiento

<b>3.5. Hora del incidente*:</b> <input type="checkbox"/> Mañana (desde el amanecer hasta el mediodía) <input type="checkbox"/> Tarde (desde el mediodía hasta la puesta del sol) <input type="checkbox"/> Noche (desde la puesta del sol hasta el amanecer) <input type="checkbox"/> Desconocida/no corresponde	<b>3.6. Lugar del incidente / Dónde tuvo lugar el incidente*<sup>o</sup>:</b> <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Lugar público (discoteca, almacén, centro comercial) <input type="checkbox"/> Institución Educativa <input type="checkbox"/> Calle o carretera <input type="checkbox"/> Hogar de la/el víctima/sobreviviente <input type="checkbox"/> Hogar del agresor <input type="checkbox"/> Otra casa <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Otro (suministre detalles) _____
<b>3.7 Zona donde ocurrió el incidente:</b> <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
<b>3.8. Municipio en el que ocurrió el incidente*<sup>o</sup>:</b> <input type="checkbox"/> Barrancabermeja <input type="checkbox"/> Puerto Wilches <input type="checkbox"/> Betulia <input type="checkbox"/> Sabana de Torres <input type="checkbox"/> Yondó <input type="checkbox"/> Cantagallo <input type="checkbox"/> San Pablo <input type="checkbox"/> Girón <input type="checkbox"/> Otro (especifique) : _____	
<b>3.9. Comuna o corregimiento en la que ocurrió el incidente*<sup>o</sup>:</b> <input type="checkbox"/> Comuna 1 <input type="checkbox"/> Comuna 2 <input type="checkbox"/> Comuna 3 <input type="checkbox"/> Comuna 4 <input type="checkbox"/> Comuna 5 <input type="checkbox"/> Comuna 6 <input type="checkbox"/> Comuna 7 <input type="checkbox"/> Corregimiento El Llanito <input type="checkbox"/> Corregimiento El Centro <input type="checkbox"/> Corregimiento La Fortuna <input type="checkbox"/> Corregimiento San Rafael de Chucuri <input type="checkbox"/> Corregimiento Ciénaga del Opón <input type="checkbox"/> Corregimiento Meseta de San Rafael <input type="checkbox"/> Otro (especifique) : _____	
<b>3.10. Barrio o asentamiento en el que ocurrió el incidente:</b>	
<b>3.11 Tipo de violencia del incidente*:</b> (Por favor utilice la Herramienta de clasificación de la VBG del GBVIMS y seleccione sólo UNO)  <input type="checkbox"/> Violación (incluye la violación en grupo y la violación marital)  <input type="checkbox"/> Agresión Sexual (incluye el intento de violación y <u>todo tipo de violencia o abuso sexual sin penetración</u> , y mutilación o ablación genital femenina)  <input type="checkbox"/> Agresión / Violencia física (incluye golpes, bofetadas, patadas, empujones, etc., que no sean de carácter sexual)  <input type="checkbox"/> Convivencia/ Matrimonio Forzado (incluye matrimonio precoz)  <input type="checkbox"/> Denegación de recursos, oportunidades o servicios  <input type="checkbox"/> Maltrato psicológico o emocional	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>En el incidente notificado, ¿hubo penetración?</b>          Sí → clasifique el incidente como "<u>violación</u>".          No → pase al siguiente tipo de incidente.</li> <li><b>En el incidente notificado, ¿hubo contacto sexual forzado?</b>          Sí → clasifique el incidente como "<u>agresión sexual</u>".          No → pase al siguiente tipo de incidente.</li> <li><b>En el incidente notificado, ¿hubo agresión o violencia física?</b>          Sí → clasifique el incidente como "<u>agresión/violencia física</u>".          No → pase al siguiente tipo de incidente.</li> <li><b>¿Fue el incidente un acto de convivencia o matrimonio forzado?</b>          Sí → clasifique el incidente como "<u>convivencia/matrimonio forzado</u>".          No → pase al siguiente tipo de incidente.</li> <li><b>En el incidente notificado, ¿hubo negación de recursos, oportunidades o servicios?</b>          Sí → clasifique el incidente como "<u>negación de recursos, oportunidades o servicios</u>".          No → pase al siguiente tipo de incidente.</li> <li><b>En el incidente notificado, ¿hubo maltrato psicológico o emocional?</b>          Sí → clasifique el incidente como "<u>maltrato psicológico o emocional</u>".          No → Si el incidente corresponde a un caso de VBG vuelva a empezar en el número 1 y trate de reclasificar el incidente (si usted ha tratado de clasificar el incidente varias veces, pídale a su supervisor/a que le ayude a clasificar este incidente). Si aún con su supervisor/a no logra clasificarlo descarte este registro y garantice la atención que requiera el caso.</li> </ol>
<b>3.12. ¿Hubo intercambio de dinero, bienes, beneficios o servicios relacionado con este incidente*?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>3.13. Tipo de rapto o secuestro en el momento del incidente*:</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Reclutamiento forzado <input type="checkbox"/> Trata de personas <input type="checkbox"/> Otro tipo de rapto o	

**3.14. ¿Ha reporta la/el víctima/sobreviviente este incidente en alguna otra parte?\***

(Si la respuesta es "sí", seleccione el tipo de proveedor de servicio y escriba el nombre del proveedor ante el cual se hizo el reporte);  
(seleccione todas las opciones correspondientes).

No  Sí

Servicios médicos/de salud \_\_\_\_\_

Servicios psicosociales/de orientación \_\_\_\_\_

Servicios de Justicia o Seguridad: Policía: \_\_\_\_\_

Fiscalía: \_\_\_\_\_

Comisaría: \_\_\_\_\_

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

Servicios de asistencia legal \_\_\_\_\_

Servicios de acceso a medios de subsistencia \_\_\_\_\_

Hogar de paso o refugio \_\_\_\_\_

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**3.15. ¿Ha experimentado la/el víctima/sobreviviente otros incidentes de VBG (Violencia basada en género) anteriores a este?\***

Sí  No

Incluya una breve descripción.

**4- Información sobre el presunto agresor**

**4.1. Número de presuntos agresores\*:**  1  2  3  Más de 3  Desconocido

**4.2. Sexo de los presuntos agresores\*:**  Hombre  Mujer  Agresores de ambos sexos

**4.3. Grupo de edad del presunto agresor\*** (si se conoce o puede calcularse):

0 – 11  12 – 17  18 – 25  26 – 40  41-60  61 o más  Múltiples agresores de múltiples edades

Desconocido

**4.4. Relación del presunto agresor con la/el víctima/sobreviviente\*:**

(Seleccione la **primera** opción que corresponda)

Pareja íntima o ex pareja

Persona principal que cuida a la/el víctima/sobreviviente

Familiar distinto de la pareja o persona que cuida a la/el víctima/sobreviviente

Supervisor / empleador

Compañero de escuela

Maestro/ funcionario escolar

Proveedor de servicios

Coinquilino/persona que comparte la vivienda

Amigo/vecino de la familia

Otro desplazado interno /refugiado/ repatriado

Miembro de la comunidad de residencia

Sin relación

Desconocida

Otro



**4.5. Ocupación principal del presunto agresor (si se conoce) \*O\*:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Actor Armado ilegal                                   | <input type="checkbox"/> Guarda de Seguridad     | <input type="checkbox"/> Maestro   | <input type="checkbox"/> Voluntario comunitario        |
| <input type="checkbox"/> Miembro de la Fuerza Pública (Ejército, Policía, etc) | <input type="checkbox"/> Miembro de la comunidad | <input type="checkbox"/> Funcionario de una ONG  | <input type="checkbox"/> Trabajador de la salud        |
| <input type="checkbox"/> Campesino   | <input type="checkbox"/> Estudiante              | <input type="checkbox"/> Trabajador del sector agroindustrial y/o explotación de recursos naturales. | <input type="checkbox"/> Camionero/mototaxista/taxista |
| <input type="checkbox"/> Comerciante/dueño de negocio                          | <input type="checkbox"/> Funcionario público     | <input type="checkbox"/> Trabajador del sector privado   | <input type="checkbox"/> Desempleado                   |
|  | <input type="checkbox"/> Líder religioso         |  | <input type="checkbox"/> Pescador                      |
|  | <input type="checkbox"/> Habitante de la calle   |  | <input type="checkbox"/> Maestro de obra               |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> Desconocido                   |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> Otro _____                    |

**5. Punto de Evaluación**

**PUNTO DE EVALUACIÓN**

**5.1. Describa el estado emocional de la/el víctima/sobreviviente al comienzo de la entrevista (observación de conductas y actitudes durante la consulta, dimensiones cognitivas, físicas y emocionales, imaginarios frente a la situación de violencia, prejuicios, emociones, reacciones):**

---

---

---

---

---

---

**5.2. Describa el estado emocional de la/el víctima/sobreviviente al final de la entrevista.**

---

---

---

---

---

---

## 6- ASESORÍA PSICOSOCIAL (SÓLO SI PRESTA ESTE SERVICIO)

6.1. ¿La/el víctima/sobreviviente saldrá en condiciones de seguridad? Sí  No

Si la respuesta es "no", diga las razones:

---

---

---

---

---

---

6.3. ¿Se hicieron los contactos necesarios para garantizar la seguridad de la/el víctima o sobreviviente (institucionales, red de apoyo)?

---

---

---

---

---

---

6.5. Describa cómo se hará el tratamiento, seguimiento y acompañamiento al caso.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6.2. ¿Quién va a darle apoyo emocional a la/el usuario/a?

---

---

---

---

---

---

6.4. Describa las redes de apoyo de la/el víctima/sobreviviente (familia, comunidad, entre otras)

---

---

---

---

---

---

6.6 Otra información pertinente.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 7. EXÁMEN MÉDICO Y ATENCIÓN EN SALUD (SOLO SI PRESTA EL SERVICIO)

### INFORMACIÓN GENERAL

**7.1. Nivel de la institución prestadora de servicios**

Nivel 1                       Nivel 2                       Nivel 3 o 4

**7.2 La/el víctima o sobreviviente pertenece al siguiente régimen de seguridad social en salud:**

Contributivo                       Subsidiado                       Vinculado                       Ninguno

**7.3. Hora del Incidente (si es conocida)\***

00:00 HRS

**7.4. Fecha y hora del Examen\***

DD / MM/ AAAA 00:00 HRS

**7.5. HISTORIA MÉDICA Y EXAMEN**

**Si**

**No**

¿Alergias?

¿Condiciones crónicas?

Antecedentes gineco – obstétricos?

¿Otras cirugías previas?

**7.6. ¿Método anticonceptivo en el momento del incidente?\***

Ninguno     Píldora     Inyección     Implante Subdérmico  
 Condón     DIU     Tubectomía     Otro

**7.7. ¿Este incidente implicó penetración?**

Si – Vaginal     Si – Otro orificio  
 Si – Anal     No

**7.8. ¿Herida grave presente?**

Si     No    Descripción (si la respuesta es si) \_\_\_\_\_

**7.9. ¿Estaba embarazada la víctima/ sobreviviente en el momento del incidente?\***

No     Si (# de semanas: \_\_\_\_\_)  
 No Sabe

**7.10 ¿Quedó embarazada la víctima/sobreviviente luego del incidente de VBG?**

No     Si (# de semanas: \_\_\_\_\_)  
 No Sabe

**7.11. Ciclo Reproductivo:**

Edad fértil  
 Desaparición parcial de la menstruación  
 Desaparición total de la menstruación  
 No aplica

**7.12. ¿Sabe la víctima/sobreviviente si vive con VIH/SIDA?**

Sí vive con VIH/SIDA  
 No vive con VIH/SIDA  
 No sabe  
 No responde

**7.13 Examen físico realizado**

Si                       No - Paciente no aceptó  
 No - Aplica

Describe los hallazgos:

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

**7.14 Examen mental realizado**

Si                       No - Paciente no aceptó

Describe los principales hallazgos:

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

**7.15. ¿Examen genital realizado?**

No - Paciente no aceptó     No - No disponible     No - No Aplica  
 Si - Examen Externo     Si - Examen con espéculo

**7.16. ¿Examen anal realizado?**

No - Paciente no aceptó     No - No disponible     No - Aplica  
 Si – examen externo

**7.17. Si se ha realizado un examen anal o vaginal entonces se encontró:**

**Heridas traumáticas presentes:**

No

Si

**Objetos extraños presentes:**

No

Si

**Líquidos biológicos presentes (esperma, etc.)**

No

Si

7.18. Exámenes Realizados	No – paciente No Acepto	No - No Disponible	No - No Aplica	Si - Negativo	Si - Positivo	Resultados
Prueba de Embarazo						
Prueba de VIH						
Thayer Martin						
Test de Clamidia						
VDRL						
Directo y Gram de Secreción						
Hepatitis B						
Hemoleucograma						
Ecocardiograma						
Radiología						
EKG						
<b>7.19 TRATAMIENTO PRESCRITO</b>						
ITS Prevención/Tratamiento*: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Paciente no aceptó <input type="checkbox"/> No – No aplica <input type="checkbox"/> No – No Disponible						
Anticoncepción de emergencia*: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Paciente no aceptó <input type="checkbox"/> No – No aplica <input type="checkbox"/> No – No Disponible						
Tratamiento para heridas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Paciente no aceptó <input type="checkbox"/> No – No aplica <input type="checkbox"/> No – No Disponible						
Profilaxis del tétano*: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Paciente no aceptó <input type="checkbox"/> No – No aplica <input type="checkbox"/> No – No Disponible						
Vacuna Hepatitis B*: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Paciente no aceptó <input type="checkbox"/> No – No aplica <input type="checkbox"/> No – No Disponible						
VIH Profilaxis (PEP)*: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Paciente no aceptó <input type="checkbox"/> No – No aplica <input type="checkbox"/> No – No Disponible						
<b>7.20 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO – IVE (Sólo se responde si la pregunta 7.10 es positiva)</b>						
¿En caso de que la mujer haya quedado en embarazo a causa del incidente de VBG, después de haber brindado la información pertinente, solicita la mujer una IVE según sentencia C-355 de 2006?						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
<b>7.21 Si respondió positivamente la pregunta anterior ¿qué causal aplica?</b>						
<input type="checkbox"/> Causal violación/incesto (requisito: copia de denuncia interpuesta ante autoridad judicial)						
<input type="checkbox"/> Causal salud (requisito: copia de certificación médica que indique la afectación a la salud del embarazo)						
<input type="checkbox"/> Causal malformación fetal incompatible con la vida extrauterina (requisito: copia de certificación médica)						
<b>ACCIÓN PLANEADA / ACCIÓN TOMADA: ALGUNA ACCIÓN / ACTIVIDAD EN VISTA DE ESTE REPORTE</b>						
<input type="checkbox"/> Si (Indicar cuál de las siguientes servicios): <input type="checkbox"/> Control Prenatal <input type="checkbox"/> Vacunación <input type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> APV (Asesoría Prueba Voluntaria VIH) <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Ginecología-Obstetricia <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> IVE <input type="checkbox"/> Otro servicio especializado						
<b>7.22. ¿Usted envió a la/el paciente a otro servicio médico? *</b> <input type="checkbox"/> No (Indicar por cuál de las siguientes razones): <input type="checkbox"/> Usted dio los servicios <input type="checkbox"/> Servicios ya recibidos <input type="checkbox"/> Paciente no aceptó <input type="checkbox"/> Servicio no aplica <input type="checkbox"/> Servicio no disponible						
<b>7.23. ¿Se recolectó evidencia médica?</b>						
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -Servicios ya recibidos <input type="checkbox"/> No-Paciente no aceptó <input type="checkbox"/> No-Servicio no aplicable <input type="checkbox"/> No-Servicio no disponible						
<b>7.24. ¿La/el paciente solicitó certificado médico?</b>	<b>7.25. ¿Se le proporcionó a la/el paciente un certificado médico?</b>	<b>7.26. ¿Fue programada una cita médica de seguimiento?*</b>	<b>7.27. ¿Fue el examen médico explicado previamente a la/el paciente? *</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

## 8. ASESORÍA LEGAL (SÓLO SI PRESTA ESTE SERVICIO)

Información de la/el víctima/sobreviviente	
8.1. ¿Se ha declarado como víctima ante el Ministerio Público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8.2. ¿Existe información escrita (dada por un médico) sobre la discapacidad de la/el víctima/sobreviviente si la reporta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Anexe la justificación médica)	
8.3. ¿Hubo un arma involucrada en el incidente?*	8.4. Tipo de Arma <sup>o</sup> :
<input type="checkbox"/> Sí, El presunto agresor <b>usó</b> un arma. <input type="checkbox"/> Sí, El presunto agresor <b>amenazó</b> con usar un arma. <input type="checkbox"/> No, no había un arma presente	<input type="checkbox"/> Contundente (mazo, garrote, piedra, hacha) <input type="checkbox"/> Blanca o corto-punzante (cuchillo, navaja, puñal, machete, destornillador). <input type="checkbox"/> De fuego: (pistola, fusil, bomba, granada). <input type="checkbox"/> Otra: _____
8.5. ¿Alguna persona fue testigo del incidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <u>La información de contacto del testigo debe ser registrada en un hoja a parte de este formulario.</u>	8.6. ¿Sufrió la/el víctima/sobreviviente alguna lesión personal como causa del incidente?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.7. ¿La/el víctima/sobreviviente reportó algunas otras consecuencias del incidente?° <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, incluya una breve descripción (embarazo, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, afectaciones psicológicas...)	
8.8. ¿La/el víctima/sobreviviente tiene en posesión alguna de las siguientes evidencias documentales donde se reporte el incidente?:*	
<input type="checkbox"/> Reporte de examen médico	<input type="checkbox"/> Copia de la denuncia
<input type="checkbox"/> Fotografías de las heridas físicas	<input type="checkbox"/> Otra _____
<b>Nota: Si usted es la autoridad competente para tomar la denuncia, debe adjuntar las pruebas a la denuncia.</b>	
8.9. Si la/el víctima/sobreviviente sufrió incidentes anteriores de VBG (Violencia basada en género), ¿Estuvo involucrado el presunto agresor actual en los anteriores incidentes?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8.10. ¿Se ha tomado alguna acción legal contra los incidentes anteriores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8.11. Si la respuesta es positiva ¿Cuál fue el resultado de la acción legal?°	
<input type="checkbox"/> Conciliación	<input type="checkbox"/> Multa/Indemnización
<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Prisión <input type="checkbox"/> En proceso de investigación
8.12. ¿Se cometió una situación de VBG (Violencia basada en el género) contra alguna otra persona en el incidente que se ha reportado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información del presunto agresor	
8.13. ¿Está en capacidad la/el víctima/sobreviviente de identificar al agresor?*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde [Si la/el víctima/sobreviviente no responde, diríjase directamente a la sección de medidas previstas/medidas ejecutadas de esta sección]	
8.14. ¿Conoce la/el víctima/sobreviviente la ubicación actual del presunto agresor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8.15. Si la respuesta es sí, ¿Dónde se encuentra el presunto agresor? _____	
8.16. ¿Ha intentado el presunto agresor contactar a la/el víctima/sobreviviente después de ocurrido el incidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

8.17. Detalles de intento de contacto (medio por medio del cual la contactó, número de veces, qué le dijo, etc):

**Medidas previstas / medidas ejecutadas:** cualquier medida o actividad relacionada con esta denuncia.

8.18. ¿Ha sido informado la/el víctima/sobreviviente acerca de las potenciales consecuencias, tanto positivas como negativas, de tomar acciones legales?\*  Sí  No

8.19. ¿Desea la/el víctima/sobreviviente testificar en contra del presunto agresor?\*  Sí  No  No ha decidido en el momento del reporte ¿por qué? \_\_\_\_\_

**Punto de Evaluación**

8.20. ¿El presunto agresor conoce donde vive o trabaja la/el víctima/sobreviviente?  Sí  No

8.21. ¿Teme la/el víctima/sobreviviente acerca de su seguridad física?  Sí  No

8.22. ¿La/el víctima/sobreviviente teme por la seguridad de algún miembro de su familia?  Sí  No

8.23. ¿Está la/el víctima/sobreviviente pidiendo que el presunto agresor deje el lugar de residencia compartida?  Sí  No

8.24. ¿Desea la/el víctima/sobreviviente una orden de restricción?  Sí  No

**IMPORTANTE:** Cada víctima/sobreviviente tendrá necesidades diferentes de acuerdo a su situación. Incluso en el contexto de provisión de servicios legales, tenga en cuenta que otro tipo de servicios están disponibles en otros sectores (psicosocial, asistencia social, etc.) y refiéralos en lo posible. A la/el víctima/sobreviviente se le debe entregar información suficiente sobre otros servicios disponibles, pero nunca debe ser forzada(o) u obligada(o) a tomar alguno de estos servicios.

## PARA TODOS LOS FORMULARIOS

### 9-Medidas previstas / medidas ejecutadas: cualquier medida o actividad relacionada con esta denuncia

#### 9.1 ¿La/el víctima/sobreviviente fue remitida por? \*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Iniciativa propia/primer punto de contacto<br><input type="checkbox"/> Servicios médicos/de salud<br><input type="checkbox"/> Servicios psicosociales/de orientación<br><input type="checkbox"/> Servicios de Justicia o Seguridad:<br>Policía: _____<br>Fiscalía: _____<br>Comisaría: _____<br>Otro: _____<br>_____ | <input type="checkbox"/> Servicios de asistencia legal<br><input type="checkbox"/> Servicios de acceso a medios de subsistencia<br><input type="checkbox"/> Maestro/funcionario escolar<br><input type="checkbox"/> Líder de la comunidad<br><input type="checkbox"/> Casa segura/refugio<br><input type="checkbox"/> Otro agente de ayuda humanitaria o para el desarrollo<br><input type="checkbox"/> Otro servicio gubernamental<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
|---|--|

#### 9.2. ¿Remitió usted a la/el víctima/sobreviviente a una hogar de paso o refugio?\*

- Sí    No

##### Si la respuesta es "no", ¿por qué no?\*

- Su organización prestó el servicio  
 Ya se recibía el servicio de parte de otra organización  
 El servicio no correspondía  
 La/el víctima/sobreviviente no aceptó ser remitido  
 El servicio no estaba disponible

#### 9.3. ¿Remitió usted a la/el víctima/sobreviviente a algún servicio médico o de salud?\*

- Sí    No

##### Si la respuesta es "no", ¿por qué no?\*

- Su organización prestó el servicio  
 Ya se recibía el servicio de parte de otra organización  
 El servicio no correspondía  
 La/el víctima/sobreviviente no aceptó ser remitido  
 El servicio no estaba disponible

#### 9.4. ¿Remitió usted a la/el víctima/sobreviviente a algún servicio psicosocial?\*

- Sí    No

##### Si la respuesta es "no", ¿por qué no?\*

- Su organización prestó el servicio  
 Ya se recibía el servicio de parte de otra organización  
 El servicio no correspondía  
 La/el víctima/sobreviviente no aceptó ser remitido  
 El servicio no estaba disponible

#### 9.5. ¿Desea la/el víctima/sobreviviente iniciar una acción legal?\*

- Sí                       No

- No ha decidido en el momento de la notificación

#### 9.6. ¿Remitió usted a la/el víctima/sobreviviente a algún servicio de asistencia legal?\*

- Sí    No

##### Si la respuesta es "no", ¿por qué no?\*

- Su organización prestó el servicio  
 Ya se recibía el servicio de parte de otra organización  
 El servicio no correspondía  
 La/el víctima/sobreviviente no aceptó ser remitido  
 El servicio no estaba disponible

#### 9.7. ¿Remitió usted a la/el víctima/sobreviviente a la justicia o seguridad?\*

- Sí    No

##### Si la respuesta es "no", ¿por qué no?\*

- Su organización prestó el servicio  
 Ya se recibía el servicio de parte de otra organización  
 El servicio no correspondía  
 La/el víctima/sobreviviente no aceptó ser remitido  
 El servicio no estaba disponible

#### 9.8 ¿Remitió usted a la/el víctima/sobreviviente a algún programa de acceso a medios de subsistencia?\*

- Sí    No

##### Si la respuesta es "no", ¿por qué no?\*

- Su organización prestó el servicio  
 Ya se recibía el servicio de parte de otra organización  
 El servicio no correspondía  
 La/el víctima/sobreviviente no aceptó ser remitido  
 El servicio no estaba disponible

9.8. Si remitió a la/el víctima/sobreviviente a otros servicios, o si consiguió una cita para ella en los servicios a los que la remitió, o si le dio un oficio de remisión por favor anótelos acá. Favor señalar fecha de la remisión y de la cita.

9.9 ¿La/el víctima/sobreviviente permite intercambiar información sobre el incidente, que no permite identificarla, para la creación de informes?\*

Sí

No