

Formulario de admisión y evaluación inicial de práctica

Instrucciones	1- Este formulario deberá llenarlo un administrador de casos, profesional de la salud, trabajador social u otra persona autorizada que preste servicios a la/el superviviente.
	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 de la VRG. Hay algunas preguntas seguidas de un asterisco* y de un círculo ^o ; estas preguntas pueden adaptarse a las circunstancias, y el texto en cursiva de estos campos puede ser modificado para adaptarlo a cada contexto. Las preguntas que no tienen ninguna marca pueden ser modificadas por su organización o eliminadas si no son necesarias para su programa o el manejo de los casos.
	3- A menos que se especifique lo contrario, marque siempre <u>un solo</u> campo de respuesta para cada pregunta.
	4- Puede agregar a este formulario tantas preguntas como sean necesarias de acuerdo al contexto en que está trabajando y agregar páginas para continuar las explicaciones, si hiciera falta.

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

1- Información administrativa		
ID del incidente*:	Código del superviviente:	Código del asistente social:
Fecha de la entrevista (día/mes/año) *:	Fecha del incidente (día/mes/año) *:	
<input type="checkbox"/> Notificado por el superviviente o notificado por el acompañante del superviviente y el superviviente está presente en el momento de la notificación* <i>(Estos incidentes serán ingresados en el Registro de incidentes)</i>		
<input type="checkbox"/> Notificado por alguien distinto del superviviente y el superviviente no está presente en el momento de la notificación <i>(Estos incidentes <u>no</u> serán ingresados en el Registro de incidentes)</i>		
2- Información de la/el superviviente		
Fecha de nacimiento (aproximada si es necesario) *:	Sexo*: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Clan o grupo étnico:
País de origen* ^o : <input type="checkbox"/> Nombres de los países aquí <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) :
Nacionalidad (si es diferente de la del país de origen):	Religión:	
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)
Número de hijos y otras personas dependientes, y sus edades:		
Ocupación:		
Calidad de desplazamiento en el momento de la notificación*:		
<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Repatriado	<input type="checkbox"/> Desplazado interno <input type="checkbox"/> Extranjero	<input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Solicitante de asilo
<input type="checkbox"/> Apátrida <input type="checkbox"/> No corresponde		
¿Tiene el cliente alguna discapacidad? * <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Discapacidad mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Ambas		
¿Es el cliente un menor no acompañado, niño separado o niño con alguna otra vulnerabilidad?*		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Menor no acompañado <input type="checkbox"/> Niño separado <input type="checkbox"/> Niño con otra vulnerabilidad		
Subsección para niños(as) supervivientes (menores de 18 años)		
Si el superviviente es un menor de 18 años, ¿vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(si la respuesta es "No", conteste las tres preguntas siguientes)</i>		
Si el superviviente vive con alguien, ¿qué relación tiene el menor con la persona que lo cuida?		
<input type="checkbox"/> Padre/madre o tutor <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Esposo(a) o en unión libre <input type="checkbox"/> Otra:_____		
¿Cuál es el estado civil actual de la persona que cuida al menor?		
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado o en unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado o separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Desconocido/No corresponde		
¿Cuál es la ocupación principal de la persona que cuida al menor?		

ID del incidente

3-Detalles del incidente

Relato o descripción del incidente (resuma los detalles del incidente en las palabras que utilice la/el cliente)

Etapa de desplazamiento en el momento del incidente*:

- No desplazado o en su comunidad de origen
 Antes del desplazamiento
 Durante la huida
 Durante el refugio
 Durante la repatriación o en tránsito
 Después del desplazamiento
 Otra: _____

Hora del incidente*:

- Mañana (desde el amanecer hasta el mediodía)
 Tarde (desde el mediodía hasta la puesta del sol)
 Noche (desde la puesta del sol hasta el amanecer)
 Desconocida/no corresponde

Lugar del incidente / Dónde tuvo lugar el incidente*^o:

(Adapte las opciones del lugar añadiendo otras o eliminando casillas de acuerdo con su ubicación)

- Arbustos / bosque
 Jardín / campo cultivado
 Escuela
 Calle o carretera
 Hogar del cliente
 Hogar del perpetrador
 Otro (suministre detalles) _____

Zona en la que ocurrió el incidente*^o:

- Nombre de la zona aquí
 Otro
 Otro
 Otro
 Otro (especifique) :

Subzona en la que ocurrió el incidente*^o:

- Nombre de la subzona aquí
 Otro
 Otro
 Otro
 Otro
 Otro (especifique) :

Campamento/ciudad/lugar:

- Nombres de campamento/ ciudad/ lugar aquí
 Otro
 Otro
 Otro
 Otro (especifique) :

ID del incidente

3-Detalles del incidente (cont.)

Tipo de violencia del incidente*:

(Por favor utilice la Herramienta de clasificación de la VBG del GBVIMS y seleccione sólo UNO)

 Violación

(incluye la violación en grupo y la violación marital)

 Agresión sexual

(incluye el intento de violación y todo tipo de violencia o abuso sexual sin penetración, y mutilación o ablación genital femenina)

 Agresión física

(incluye golpes, bofetadas, patadas, empujones, etc., que no sean de carácter sexual)

 Matrimonio forzado

(incluye matrimonio precoz)

 Denegación de recursos, oportunidades o servicios Maltrato psicológico o emocional Violencia no por razón de género (especifique)

Nota: estos incidentes no se incluirán en el Registro de incidentes

1. En el incidente notificado, ¿hubo penetración?

Sí → clasifique el incidente como "violación".

No → pase al siguiente tipo de incidente.

2. En el incidente notificado, ¿hubo contacto sexual forzado?

Sí → clasifique el incidente como "agresión sexual".

No → pase al siguiente tipo de incidente.

3. En el incidente notificado, ¿hubo agresión física?

Sí → clasifique el incidente como "agresión física".

No → pase al siguiente tipo de incidente.

4. ¿Fue el incidente un acto de matrimonio forzado?

Sí → clasifique el incidente como "matrimonio forzado".

No → pase al siguiente tipo de incidente.

5. En el incidente notificado, ¿hubo denegación de recursos, oportunidades o servicios?

Sí → clasifique el incidente como "denegación de recursos, oportunidades o servicios".

No → pase al siguiente tipo de incidente.

6. En el incidente notificado, ¿hubo maltrato psicológico o emocional?

Sí → clasifique el incidente como "maltrato psicológico o emocional".

No → pase al siguiente tipo de incidente.

7. El incidente notificado, ¿es un caso de VRG?

Sí → 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 que le ayude a clasificar este incidente).

No → clasifique el incidente como "no es VRG".

¿Fue este incidente una práctica tradicional perjudicial*^o? No Tipo de práctica Tipo de práctica Tipo de práctica Tipo de práctica Tipo de práctica**¿Hubo intercambio de dinero, bienes, beneficios o servicios relacionado con este incidente*?** No Sí**Tipo de rapto o secuestro en el momento del incidente*:** Ninguno Conscripción forzada Trata de personas Otro tipo de rapto o secuestro**¿Ha notificado el cliente 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 la denuncia); (seleccione **todas** las opciones correspondientes). No Servicios médicos/de salud _____ Servicios psicosociales/de orientación _____ Policía/otro agente de seguridad _____ Servicios de asistencia legal _____ Servicios de acceso a medios de subsistencia _____ Casa segura/refugio _____ Otro (especifique) _____**¿Ha experimentado el cliente otros incidentes de VRG anteriores a este?*** No Sí

Si la respuesta es "sí", incluya una descripción breve:

ID del incidente

4- Información sobre el presunto perpetrador

Número de presuntos perpetradores*:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Más de 3	<input type="checkbox"/> Desconocido
Sexo de los presuntos perpetradores*:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Agresores de ambos sexos		
Nacionalidad del presunto perpetrador:	Clan o grupo étnico del presunto perpetrador:				
Grupo de edad del presunto perpetrador* (si se conoce o puede calcularse):					
<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 <input type="checkbox"/> Desconocido
Relación del presunto perpetrador con la/el superviviente*: (Seleccione la primera opción que corresponda)					
<input type="checkbox"/> Pareja íntima o ex pareja					
<input type="checkbox"/> Persona principal que cuida al superviviente					
<input type="checkbox"/> Familiar distinto de la pareja o persona que cuida al superviviente					
<input type="checkbox"/> Supervisor / empleador					
<input type="checkbox"/> Compañero de escuela					
<input type="checkbox"/> Maestro/ funcionario escolar					
<input type="checkbox"/> Proveedor de servicios					
<input type="checkbox"/> Coinquilino/persona que comparte la vivienda					
<input type="checkbox"/> Amigo/vecino de la familia					
<input type="checkbox"/> Otro refugiado/desplazado interno/ repatriado					
<input type="checkbox"/> Otro miembro de la comunidad de residencia					
<input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> Sin relación					
<input type="checkbox"/> Desconocida					
Ocupación principal del presunto perpetrador (si se conoce) *O: (Puede adaptar las opciones de ocupación añadiendo otras o eliminando algunas casillas de acuerdo a su ubicación)					
<input type="checkbox"/> Agricultor	<input type="checkbox"/> Comerciante/ dueño de negocio	<input type="checkbox"/> Líder religioso	<input type="checkbox"/> Funcionario de una organización comunitaria	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Persona armada/rebelde/ miliciano no de un Estado	<input type="checkbox"/> Maestro	<input type="checkbox"/> Voluntario comunitario	<input type="checkbox"/> Desempleado	
<input type="checkbox"/> Funcionario público	<input type="checkbox"/> Funcionario de seguridad	<input type="checkbox"/> Funcionario de las Naciones Unidas	<input type="checkbox"/> Trabajador de la salud	<input type="checkbox"/> Desconocido	
<input type="checkbox"/> Policía	<input type="checkbox"/> Líder del campamento o de la comunidad	<input type="checkbox"/> Funcionario de una ONG			
<input type="checkbox"/> Militar de un Estado					

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

¿Quién le remitió al cliente?*	
<input type="checkbox"/> Servicios médicos/de salud	<input type="checkbox"/> Maestro/funcionario escolar
<input type="checkbox"/> Servicios psicosociales/de orientación	<input type="checkbox"/> Líder de la comunidad o del campamento
<input type="checkbox"/> Policía/otro agente de seguridad	<input type="checkbox"/> Casa segura/refugio
<input type="checkbox"/> Servicios de asistencia legal	<input type="checkbox"/> Otro agente de ayuda humanitaria o para el desarrollo
<input type="checkbox"/> Servicios de acceso a medios de subsistencia	<input type="checkbox"/> Otro servicio gubernamental
<input type="checkbox"/> Iniciativa propia/primer punto de contacto	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
¿Remitió usted al cliente a una casa segura o refugio?*	Fecha de la notificación o fecha de una cita posterior (día/mes/año) y hora :
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y lugar:
Si la respuesta es "no", ¿por qué no?*	Notas (incluye medidas tomadas o recomendadas):
<input type="checkbox"/> Su organización prestó el servicio	
<input type="checkbox"/> Ya se recibía el servicio de parte de otra organización	
<input type="checkbox"/> El servicio no correspondía	
<input type="checkbox"/> El superviviente no aceptó ser remitido	
<input type="checkbox"/> El servicio no estaba disponible	
¿Remitió usted al cliente a algún servicio médico o de salud?*	Fecha de la notificación o fecha de una cita posterior (día/mes/año) y hora :
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y lugar:
Si la respuesta es "no", ¿por qué no?*	Cita de seguimiento
<input type="checkbox"/> Su organización prestó el servicio	Fecha y hora:
<input type="checkbox"/> Ya se recibía el servicio de parte de otra agencia	
<input type="checkbox"/> El servicio no correspondía	
<input type="checkbox"/> El superviviente no aceptó ser remitido	
<input type="checkbox"/> El servicio no estaba disponible	
	Notas (incluye medidas tomadas o recomendadas):

Formulario de admisión y evaluación inicial de práctica

<p>¿Remitió usted al cliente a algún servicio psicosocial?*</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "no", ¿por qué no?*</p> <p><input type="checkbox"/> Su organización prestó el servicio <input type="checkbox"/> Ya se recibía el servicio de parte de otra agencia <input type="checkbox"/> El servicio no correspondía <input type="checkbox"/> El superviviente no aceptó ser remitido <input type="checkbox"/> El servicio no estaba disponible</p>	<p>Fecha de la notificación o fecha de una cita posterior (día/mes/año) y hora :</p> <p>Nombre y lugar:</p> <p>Notas (incluye medidas tomadas o recomendadas):</p>
<p>¿Desea el cliente iniciar una acción legal?*</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No ha decidido en el momento de la notificación</p>	
<p>¿Remitió usted al cliente a algún servicio de asistencia legal?*</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "no", ¿por qué no?*</p> <p><input type="checkbox"/> Su organización prestó el servicio <input type="checkbox"/> Ya se recibía el servicio de parte de otra organización <input type="checkbox"/> El servicio no correspondía <input type="checkbox"/> El superviviente no aceptó ser remitido <input type="checkbox"/> El servicio no estaba disponible</p>	<p>Fecha de la notificación o fecha de una cita posterior (día/mes/año) y hora :</p> <p>Nombre y lugar:</p> <p>Notas (incluye medidas tomadas o recomendadas):</p>
<p>¿Remitió usted al cliente a la policía u otro tipo de agente de seguridad?*</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "no", ¿por qué no?*</p> <p><input type="checkbox"/> Su organización prestó el servicio <input type="checkbox"/> Ya se recibía el servicio de parte de otra organización <input type="checkbox"/> El servicio no correspondía <input type="checkbox"/> El superviviente no aceptó ser remitido <input type="checkbox"/> El servicio no estaba disponible</p>	<p>Fecha de la denuncia o fecha de una cita posterior (día/mes/año) y hora :</p> <p>Nombre y lugar:</p> <p>Notas (incluye medidas tomadas o recomendadas):</p>
<p>¿Remitió usted al cliente a algún programa de acceso a medios de subsistencia?*</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "no", ¿por qué no?*</p> <p><input type="checkbox"/> Su organización prestó el servicio <input type="checkbox"/> Ya se recibía el servicio de parte de otra organización <input type="checkbox"/> El servicio no correspondía <input type="checkbox"/> El superviviente no aceptó ser remitido <input type="checkbox"/> El servicio no estaba disponible</p>	<p>Fecha de la notificación o fecha de una cita posterior (día/mes/año) y hora :</p> <p>Nombre y lugar:</p> <p>Notas (incluye medidas tomadas o recomendadas):</p>

ID del incidente

6 – Punto de evaluación

Describe el estado emocional del cliente al comienzo de la entrevista:

¿El cliente saldrá en condiciones de seguridad? Sí No
Si la respuesta es "no", diga las razones:

¿Qué medidas se tomaron para garantizar la seguridad del cliente?

Describe el estado emocional del cliente al final de la entrevista:

¿Quién va a darle apoyo emocional al cliente?

Otra información pertinente

Si ocurrió una violación ¿le explicó a la/el cliente las posibles consecuencias de dicha violación (si es mayor de 14 años)?
 Sí No

¿Le explicó a la persona que cuida a la/el cliente las posibles consecuencias de la violación (si el o la cliente es menor de 14 años)?
 Sí No