

**PROTOCOLO DE ASISTENCIA****1. DATOS DE LA INTERVENCIÓN**

Fecha:	Coordinador:
Nro de Ficha:	Operador:
Breve reseña del hecho:	

**2. DERIVACIÓN**

Nombre y Apellido del Derivador: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

CEO 911		Min. Seguridad		Min. Público Fiscal		Municipio:	
Hospital		Centro de Salud		Demanda espontánea		Otro:	

**3. DATOS DEL HECHO DELICTIVO**

Número de Expediente: \_\_\_\_\_

Nros de Agresores: \_\_\_\_\_

Robo		Homicidio		Violencia de género	
Robo con arma de fuego		Homicidio por accidente vial		Abuso sexual simple	
Robo con arma blanca		Homicidio/ Av. Hecho		Abuso sexual agravado	
Lesiones		Homicidio por delito		Travestisidio/ transfemicidio	
Lesiones con arma de fuego		Amenazas		Otros:	
Lesiones con arma blanca		Femicidio			

Ubicación geográfica del hecho

Calle y nro / Barrio/ Lugar \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_

Fecha del hecho: \_\_\_\_\_ Hora del hecho: \_\_\_\_\_

**4. ACCIONES REALIZADAS EN PRIMERA LINEA**

--

## 5. ABUSO SEXUAL

Aplicación del kit

SI

☐

NO

☐

Relación entre la víctima y presunto agresor:

Conocido		Desconocido		Familiar		Pareja		Otro:
----------	--	-------------	--	----------	--	--------	--	-------

Tipo del lugar del hecho:

Institución		Vía Pública		Dom. particular		Lugar de trab.		Otro:
-------------	--	-------------	--	-----------------	--	----------------	--	-------

## 6. VÍCTIMA

Cantidad de víctimas: \_\_\_\_\_

### Identificación:

DNI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Género: M ☐ F ☐ X ☐ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Calle y nro / Barrio/ Lugar: \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

### Persona entrevistada:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Calle y nro / Barrio/ Lugar: \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Relación con la víctima: \_\_\_\_\_

## 7. TIPO DE INTERVENCIÓN:

Intervención en crisis		Intervención social		Intervención legal	
Intervención telefónica		Intervención Psicológica		Intervención médica	
Intervención domiciliaria		Sin intervención		Archivo	

Detalle de la intervención:

Se realizó seguimiento:

SI ☐

NO ☐

Tipo de seguimiento:

Asesoramiento legal		Tratamiento psicológico		Seguimiento legal		Archivo	
---------------------	--	-------------------------	--	-------------------	--	---------	--